

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 28. oktober 2015

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Sakliste

SAK 63/2015 GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Oslo, den 20. oktober 2015

Stener Kvinnsland
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

Møtenavn:	Styremøte 6/2015
Dato møte:	28. oktober 2015
Møtetid:	Klokken 8.00 - 14.00
Møtested:	Radiumhospitalet, seminarrom 1 og 2.

63/2015	Beslutning:	Godkjenning av innkalling og sakliste
64/2015	Beslutning:	Godkjenning av protokoll styremøte 28. oktober 2015
65/2015	Beslutning:	Ledelsens gjennomgang 2. tertial 2015
66/2015	Orientering:	Rapport per september 2015
67/2015	Orientering:	Budsjett 2016
68/2015	Orientering:	Migranthelse
69/2015	Beslutning:	Virksomhetsoverdragelse av Dopingtelefonen til Antidoping Norge
70/2015	Beslutning:	Leie av Storgata 40
71/2015	Orientering:	Møte med Brukerutvalget
72/2015	Orientering:	PWC rapport om gjennomgang av eiendomsrådet
73/2015	Orientering:	Plan for styrets arbeid
74/2015	Orientering:	Administrerende direktørs orienteringer

Stener Kvinnsland
sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 28. oktober 2015
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Protokoll fra styremøte 25. september 2015

**SAK 64/2015 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA
STYREMØTE 25. SEPTEMBER 2015**

Forslag til vedtak

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 25. september 2015.

Oslo, den 20. oktober 2015



Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

UTKAST

Protokoll

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	25. september 2015
Dato møte:	25. september 2015 kl 8.00 – 1350 på Radiumhospitalet, Oslo
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

Tilstede: Stener Kvinnsland, Anne Carine Tanum, Bjørg Månnum Andersson, Berit Kjøll, Aasmund Magnus Bredeli, Else Lise Skjæret-Larsen; Ole Petter Ottersen, Bård Eirik Ruud

Forfall: Svein Erik Urstrømmen

Til stede fra administrasjon: Bjørn Erikstein, Morten Reymert, Terje Rootwelt, Tove Strand, Erlend Smeland, Rolv Økland, Annelene Foss Svingen m.fl.

Tilstede ellers: observatør fra Brukerutvalget og publikum

Sak 50/2015 Godkjenning av innkalling og sakliste

Styreleder viste til at det er mottatt et brev ettermiddagen 24.9.2015 fra Øyvind Eriksen og Arthur Buchardt, hvor det er forslag til utsettelse eller endring av behandlingsrekkefølge på sak 55/2015. Styret vil få brevet før behandling av saken slik at det kan ta stilling forslagene til saksbehandling.

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Sak 51/2015 Godkjenning av protokoll

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 25. juni 2015.

Sak 52/2015 Rapport per august 2015

Enstemmig vedtak:

Styret tar rapporteringen til orientering.

Sak 53/2015 Tilleggsdokument til Oppdrag og bestilling 2015

Enstemmig vedtak:

Styret tar tilleggsdokument til Oppdrag og bestilling 2015 for Oslo universitetssykehus HF til etterretning.

Sak 54/2015 Budsjett 2016

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 55/2015 Forslag til avtale med stiftelsen Det Norske Radiumhospital

Styret vedtok å gjennomføre dagsorden slik at sak 55/2015 ble behandlet etter sak 58/2015. Sak 55/2015 ble behandlet som sak 61/2015.

Vedtak:

Styret slutter seg til prinsippene i avtaleforslaget med stiftelsen Det Norske Radiumhospital og Helse- og omsorgsdepartementet.

Styremedlem Aasmund Magnus Bredeli ønsket følgende ført til protokollen:

Styremedlem Aasmund M. Bredeli stemmer imot vedtaksforslaget. Alternativt vedtaksforslag var å utsette saken til mottatt gaveskisse til klinikkbygg på Radiumhospitalet er behandlet ihht. vedtak i sak 58/2015. Styrerepresentanten etterspør en juridisk betenkning om hvorvidt prosess og forslag til avtale er ihht. Stiftelseslovgivningen. Dette ønsket ble ikke etterkommet.

Sak 56/2015 Forlenget leie av Forskningsveien 2A

Saken ble behandlet som sak 55/2015.

Enstemmig vedtak:

1. Styret slutter seg til at leieavtalen for Forskningsveien 2A forlenges med 5 år fra 31. desember 2016 ved utøvelse av opsjon i leieavtalen, og ber administrerende direktør om å fremme saken for Helse Sør-Øst RHF.
2. Administrerende direktør gis fullmakt til å forlenge leieavtalen for Forskningsveien 2A med 5 år fra 31. desember 2016, forutsatt godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF.

Sak 57/2015 Eierskap i selskaper

Saken ble behandlet som sak 56/2015.

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 58/2015 Status for mottak av gave: Skisse til klinikkbygg på Radiumhospitalet

Saken ble behandlet som sak 60/2015. Øyvind Eriksen og Arthur Buchardt var invitert til å holde en presentasjon.

Enstemmig vedtak:

1. Styret anerkjenner gaven i form av skisse til nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet og vil rette takk til giverne.
2. Styret ber om at det med utgangspunkt i skisseforslaget etableres en egen idfase for et nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet som sammenholdes med planene for vedlikehold av bygningsmassen og med arbeidet med idfase for hele foretaket.

Sak 59/2015 Antibiotikaresistente bakterier i Oslo universitetssykehus

Saken ble behandlet som sak 62/2015.

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 60/2015 Oppfølging av styresaker

Saken ble behandlet som sak 57/2015.

Enstemmig vedtak:

Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak fram til og med juni 2015 til orientering.

Sak 61/2015 Plan for styrets arbeid

Saken ble behandlet som sak 58/2015.

Enstemmig vedtak:

Styret tar til saken til orientering.

Sak 62/2015 Administrerende direktørs orienteringer

Saken ble behandlet som sak 59/2015.

Enstemmig vedtak:

Styret tar til saken til orientering.

Stener Kvinnsland
Styreleder

Anne Carine Tanum
Nestleder

Berit Kjøll

Bjørg Månum Andersson

Ole Petter Ottersen

Aasmund Magnus Bredeli

Svein Erik Urstrømmen
(forelagt)

Else Lise Skjæret-Larsen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 28. oktober 2015

Saksbehandler: Direktør for pasientsikkerhet og kvalitet

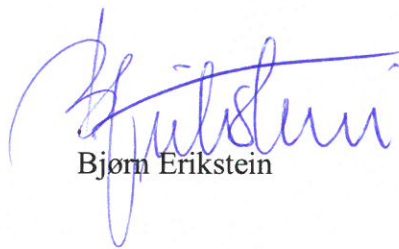
Vedlegg: Utvalgte områder og kommentarer fra 2. tertial 2015

SAK 65/2015 LEDELSENS GJENNOMGANG 2. TERTIAL 2015

Forslag til vedtak:

Styret tar ledelsens gjennomgang fra 2. tertial 2015 til etterretning.

Oslo, den 20. oktober 2015



Bjørn Erikstein

Sammendrag

Ledelsens gjennomgang er avholdt i alle klinikker etter 2. tertial 2015. Ledelsens gjennomgang må ses i sammenheng med de månedlige resultatrapporteringene til styret.

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Det har gjennomgående vært stort fokus på daglig drift gjennom 2. tertial og sommerferien ble avviklet som planlagt uten større hendelser. Det er etablert ukerapporter som gir enkel tilgang på driftsresultater, samt andre kilder som gir kunnskap om virksomheten. Dette forbedrer både styringsdialog og styringsevne. Tett oppfølging av ventelister, fristbrudd og bedre planlegging av aktivitet viser positive resultater. Nedtrekk av sommervikarer og bemanning etter sommerferieperioden er ikke gjennomført i overensstemmelse med målsetningen. Målet om at bemanningen i klinikkene skal tas ned til nivået før sommerferien følges opp med tiltaksoppfølging i klinikkene og i administrerende direktørs ledermøte. Risikovurderinger etter 2. tertial viser ingen større endringer.

Faktabeskrivelse

Risikovurdering - pasientbehandling

Risikoelementer knyttet til pasientbehandlingen har stor oppmerksomhet, og det gjennomføres mange tiltak for å redusere risiko. Sykehuset har fortsatt en utfordrende venteliste- og fristbruddsituasjon, selv om det i 2015 har vært en svært positiv utvikling. Situasjonen vil fortsatt ha stor oppmerksomhet fremover. I tillegg er det en vedvarende utfordring knyttet til utilfredsstillende arealer, begrenset kapasitet, gammelt utstyr og mangel på kompetent personell innen enkelte områder.

De registrerte svartider fra AMK-sentralen er nå betydelig bedret. Innflyttingen av Østfold AMK har vært vellykket og enheten er forsterket med kompetent personell. Høyere aktivitet og et større geografisk område krever imidlertid bedre verktøy for styring av ressurser for å opprettholde effektivitet og responstid. Resultatene er nå innenfor forskriftens krav, med august resultater på 92 % svar innen 10 sekunder, kravet er over 90 %. Statens Helsetilsyn har gitt tilbakemelding om at de avslutter sin sanksjonering i form av bøter.

Sykehusets nye IKT-systemer er velfungerende, men det kreves både opplæring og avlæring ved bytte av sentrale systemer som EPJ. Arbeidet med elektronisk utsending av laboratoriesvar og epikriser kontinueres og papirutsendelser opphører gradvis. Pakkeforløp for kreft stiller store krav til koordinering slik at pasientene får oppleve et forløp uten unødig ventetid, kontinuitet i pasientbehandlingen, et godt tverrfaglig samarbeid mellom avdelingene og mot andre sykehus og fastleger. Det er implementert 10 nye pakkeforløp fra 1. mai og 14 nye pakkeforløp ble innført 1. september. Det er etablert system for registrering av forløpstider i pakkeforløpene. De første rapportene fra dette arbeidet viser at sykehuset er godt i gang spesielt med forløpene for tykk- og endetarmskreft og for lungekreft, men har større utfordringer innen andre forløp. I arbeidet med standardiserte forløp er det tydeliggjort fortsatt kapasitetsutfordringer i sentrale funksjoner som radiologi, patologi og kirurgisk behandling. Det arbeides med tiltak for å bedre situasjonen.

Det blir i 3. tertial tilsatt samhandlingsoverlege og praksiskonsulent som vil bidra til å forsterke samhandlingen med primærhelsetjenesten.

Interne avviksregistreringer viser noen uheldige og uønskede hendelser knyttet til intern transport av kritisk syke pasienter mellom sykehuslokalisasjonene. Det arbeides med å systematisere kunnskap om dette for å utlede tiltak som kan øker pasientsikkerheten.

Andel sykehusinfeksjoner og infeksjoner med resistente bakterier er bekymringsfulle, og det arbeides både med presentasjon av robuste data og med forbedringstiltak.

For ytterligere omtale vises det til kapittel 10 i vedlegget.

Risikovurdering av forskning, innovasjon og utdanning

Det fremgår ikke vesentlig nye elementer i klinikkens risikoanalyser. IKT-situasjonen for forskere har vært rapportert som vanskelig over lang tid og har vært fulgt opp tett av sykehuset overfor Helse Sør-Øst RHF. Det pågår et omfattende arbeid for å forbedre situasjonen i både Oslo universitetssykehus HF (infrastruktur moderniseringsprogrammet - IMP), Sykehuspartner og Helse Sør-Øst. Risiko er redusert som følge av dette, selv om konkrete forbedringer ikke er realisert ennå. Utrulling av IMP pågår. Situasjonen vil bli kommentert i kommende risikoanalyser.

Sykehuset har ansvar for 11 nasjonale kvalitetsregistre og er i tillegg forpliktet til å rapportere data til et stort antall registre som andre helseforetak har ansvar for (totalt 52 nasjonale registre). Den nasjonale dekningsgraden er fortsatt ikke tilfredsstillende for mange registre. Det er tid- og kompetansekrevende med innlegging og uttrekk av data med dagens ordninger. Det arbeides med å få sykehusets registre over på nasjonalt foretrukne IT-løsninger. Dette medfører betydelig økte IKT-utgifter for registrene. Å avsette tilstrekkelig tid og ressurser til kliniske studier, utdanning og innovasjon, kombinert med klinisk virksomhet, er fortsatt like krevende, gitt effektiviseringskravene klinikkene står overfor. Dette reflekterer sykehusets totale ressursituasjon. Eier har i oppdragsdokument for 2015 stilt særskilte krav til forbedret infrastruktur for kliniske studier. Det er et langsiktig arbeid å forbedre logistikk og infrastruktur for kliniske studier vesentlig. Prioritering av dette området er fremhevet i budsjettskriv til klinikkene for 2016.

Etterutdanningsaktiviteter, praksisplasser og veiledningskapasitet er for flere yrkesgrupper under sterkt press. Mangelfull veiledning dokumenteres også i evalueringer av spesialistutdanning for leger, som viser mange problemområder ved sykehuset. Mange klinikker melder om press på tid til fagutvikling i sine risikovurderinger, en risiko som må håndteres i hver klinikk i planlegging av aktiviteter. Det er fortsatt stor mangel på utdannede spesialsykepleiere innen flere områder, jf. risikobildet for pasientbehandling. Flere utdanningstiltak er iverksatt for å bedre situasjonen, jf. handlingsplan for pasientbehandling.

Risikovurdering - arbeidsmiljø

Arbeidspress og ikke tilstrekkelig bemanning er områder som rapporteres hyppigst gjennom avvikssystemet når det gjelder arbeidsmiljøet. Det er til dels store forskjeller på antall registreringer mellom klinikkens enheter og det jobbes derfor systematisk med å forbedre situasjonen i de enheter der arbeidsbelastningen vurderes å være for høy.

Det er også en økning i antall meldinger hvor ansatte har skadet seg ved stikk, kutt og fall 2. tertial. Økning i ansattes opplevelser av vold og trusler i 2. tertial er ikke i tråd med sykehusets mål om en trygg arbeidsplass for alle. Det arbeides med ulike tiltak innenfor tema sikkerhet for å minimalisere risiko samt skape økt bevissthet på problemstillingen i organisasjonen.

I 2. tertial er det registrert totalt 9540 brudd på bestemmelsene om arbeidstid. Det er om lag uendret siden første tertial 2015. Sammenlignet med tilsvarende periode i 2014 ser man derimot en nedgang på 12,2 %. Alle typer brudd med unntak av brudd på årsregelen viser nedgang siden 2014.

Direktørens HR-stab har fulgt opp arbeidet med å unngå brudd på arbeidstidsbestemmelsene blant annet med møter med avdelingsledere i hver klinikk våren 2015. Nye møter i alle klinikker planlegges i oktober. I disse møtene diskuteres tiltak for å unngå brudd og behov for tettere oppfølging avklares for den enkelte enhet. Det er gjennomgående behov for opplæring i regelverk og ressursplanlegging. Videre rettes det innsats inn mot enheter med særskilte utfordringer, som eksempelvis kan skyldes kompetansemangel, sykefravær eller uhensiktsmessig turnus.

Når det gjelder fysiske arbeidsmiljøutfordringer er det ”bygningssmassens tekniske standard” og ”plassforhold” som er hovedutfordringene. Det er gjennomført mange bygningsmessige tiltak i perioden 2011 - 2015, og det er etablert tiltaksplaner videre fram til 2019 for å imøtekomme pålegg fra Arbeidstilsynet, Branntilsynet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. På arbeidsmiljøområdet dreier dette seg om midlertidige eller varige tiltak som vil bidra til en positiv arbeidsmiljøutvikling i et lengre perspektiv.

Risikovurdering for Økonomi og infrastruktur

Aktiviteten etter 2. tertial er noe lavere enn budsjett innenfor somatikken. Sykehusets økonomiske resultat avviker negativt med om lag 61 millioner kroner fra styringsmålet etter 2. tertial. Avvikene er noe redusert gjennom 2. tertial. Likevel innebærer avviket hittil i år en betydelig risiko i forhold til å levere et resultat i henhold til styringsmålet for 2015. På bakgrunn av at den økonomiske utviklingen gjennom 2015 ikke er tilfredsstillende, har administrerende direktør i ledermøter og i dialog med klinikkene understreket behovet for å lukke det økonomiske avviket gjennom resten av året. Virkemidlene vil være både bedre kapasitetsutnyttelse gjennom høyere aktivitet og reduksjon av kostnader. Gjennom prioriteringer i budsjettet er kapasiteten økt både innenfor radiologi, patologi og operasjon noe som gir muligheter for betydelig økt aktivitet. Innenfor poliklinikkene er det fokus på å utvide planleggingshorisonten ved å ha åpne timebøker lengre frem i tid, men også å redusere variasjonen i antall konsultasjoner mellom ukene. I tillegg til økt aktivitet er det nødvendig å redusere kostnadene, først og fremst gjennom å holde bemanningen så lav som mulig, avvikle ekstrabemanning fra sommeren og redusere bruk av ekstern innleie og variabel lønn.

Problemerkene med for lav investeringsgrad og fornying av medisinskteknisk utstyr og utbedring av bygningsmassen er fremdeles betydelige, selv om foretaket har hatt ett høyere investeringsnivå fra 2013. Store deler av bygningsmassen har et vedlikeholds- etterslep med pålegg fra ulike tilsynsorganer. I behandling av økonomisk langtidsplan for årene 2016-2019 er det derfor lagt til grunn et betydelig investeringsnivå innenfor medisinskteknisk utstyr og bygg. For å sikre en god plan for forvaltning av bygg ble det søkt om lånefinansiering for utbedring og oppgradering av bygg for årene 2016-2019 (styresak 18. desember 2014). Investeringsnivået avhenger dermed av lånefinansiering fra Helse- og omsorgsdepartementet og også av sykehusets driftsresultater. Svakere

resultat enn budsjettet gir derfor en betydelig risiko for ikke å få tilstrekkelig finansiering av de planlagte investeringsnivåene for årene 2016 til 2019.

Innenfor prosjektering og gjennomføring av bygginvesteringer har det vært en meget stor utvikling i aktivitetene fra 2012. Størrelse på volum, kostnad og komplekse styringsprosesser, samt styresak 71/2015, gjør at området defineres med risiko.

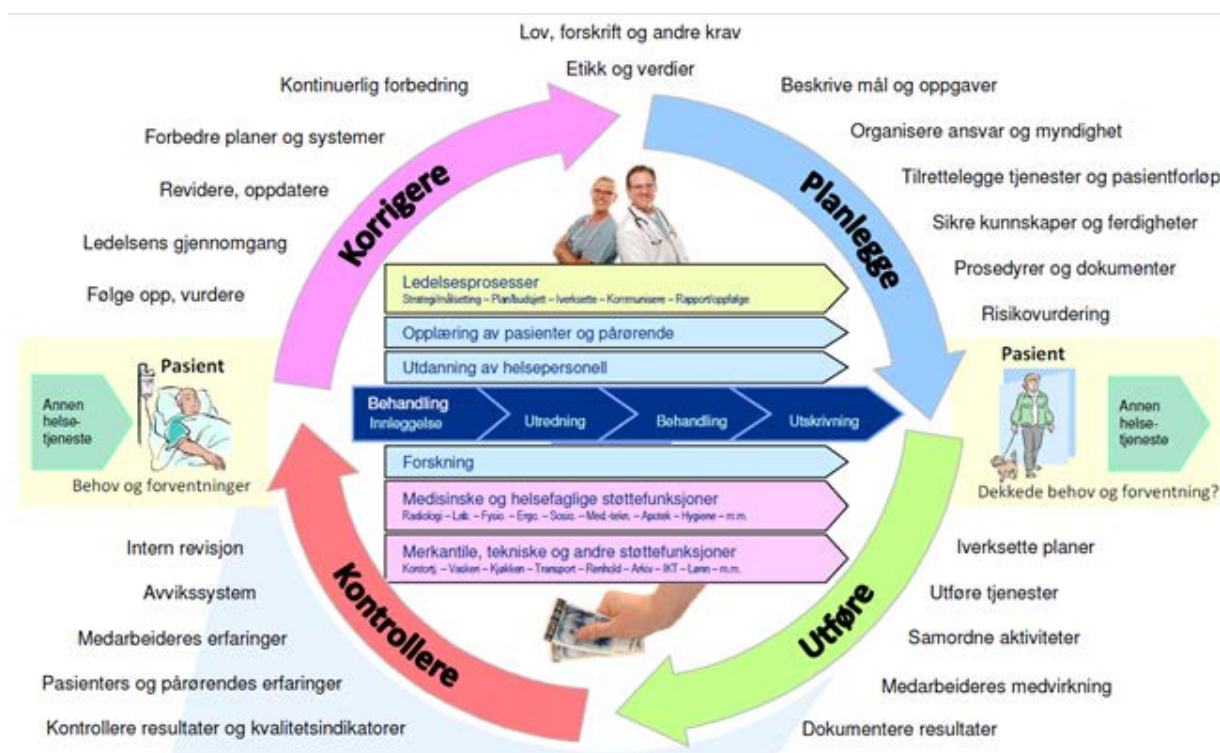
Det innføres og endres løpende en rekke kliniske- og administrative systemer. Eksterne krav medfører også løpende endring er i kodeverk med mer. I tillegg er det ett meget stort antall brukere av de ulike systemene. Dette gir betydelige utfordringer når det gjelder å oppnå konsistens mellom systemene, registreringer og å kunne bruke alle virksomhetsdata som ett samlet økonomi og logistikk system. Felles organisasjonsforvaltningsløsning er etablert. Dette vil bidra til en mer koordinert og sammenhengende organisasjonsforvaltning.

Det er et jevnt høyt antall kritiske feil i flere viktige IKT-applikasjoner. Dette vil først bedres når felles regionale prosjekter gjennomføres innen klinisk dokumentasjon og infrastruktur. Sykehusets hovedoperativsystem (ikke servere) gikk ut av support fra Microsoft i april 2014. Oppgradering av infrastruktur og utskifting av utstyr er kommet godt i gang og fullføres 2016. Det rapporteres fortsatt om problemer knyttet til gjennomføringskraft i Sykehuspartner HF. For en del områder er det likevel blitt en bedring.



1 Virksomhetsstyring, intern styring og kontroll	3
1.1 Oppdrag og bestilling.....	3
1.2 Styrende dokumentasjon som ledd i god intern styring og kontroll.....	4
1.3 Risikovurdering.....	5
1.4 Hendelsesregistrering og avvikshåndtering.....	7
1.5 Kontrolltiltak (revisjoner og tilsyn).....	10
1.6 Juridiske forhold - rettsvister.....	14
1.7 Beredskap.....	16
2 Brukermedvirkning.....	18
2.1 Brukerutvalg.....	18
2.2 Ungdomsrådet.....	19
2.3 Brukertilbakemeldinger.....	20
2.4 Pasienterfaringer med norske sykehus i 2014 (PasOpp).....	22
3 Pasientbehandling med fokus på pasientsikkerhet og samhandling.....	24
3.1 Risikovurdering - pasientbehandling.....	24
3.2 Uønskede pasienthendelser.....	25
3.3 Sykehusinfeksjoner.....	29
3.4 Sykehusobduksjon.....	30
3.5 Melding til Kunnskapssenteret etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3.....	31
3.6 Varsel til Statens helsetilsyn etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a.....	31
3.7 Norsk Pasientskadeerstatning (NPE).....	32
3.8 Pasientsikkerhetsprogrammet.....	33
3.9 Pasientsikkerhetsvisitter.....	34
3.10 Pasientsaker.....	35
3.11 Etikk (Klinisk etikk komiteé).....	38
3.12 Metodevurdering.....	41
3.13 Pasientforløpsarbeidet.....	43
3.14 Samhandling.....	44
3.15 Pasientkommunikasjon.....	49
3.16 Likeverd.....	51
3.17 Internasjonalt samarbeid.....	53
4 Opplæring av pasienter og pårørende.....	55
4.1 Læringstilbud til pasienter og pårørende.....	55
4.2 Barn som pårørende.....	56
5 Forskning og utvikling.....	58
5.1 Risikovurdering av forskning, innovasjon og utdanning.....	58
5.2 Forskning.....	58
5.3 Innovasjon.....	60
6 Utdanning av helsepersonell.....	63
7 Arbeidsmiljø (Helse Miljø Sikkerhet)	65
7.1 Risikovurdering - arbeidsmiljø.....	65
7.2 Sykehusets vernetjeneste.....	66
7.3 Brudd på arbeidstidsbestemmelser.....	67
7.4 Helse Miljø Sikkerhet avvik.....	71
8 Ekstern kommunikasjon og profilering.....	78
9 Risiko	81
9.1 Risikovurdering for pasientbehandling.....	81
9.2 Risikovurdering av forskning, innovasjon og utdanning.....	88
9.3 Risikovurdering for arbeidsmiljø.....	90
9.4 Risikovurdering for økonomi og infrastruktur.....	92
10 Referansetabeller.....	94
10.1 Eksterne tilsyn gjennomført i 2. tertial 2015.....	94
10.2 Eksterne tilsyn fra tidligere perioder - fortsatt under arbeid.....	95

1 Virksomhetsstyring, intern styring og kontroll



Figur 1. Sykehusets modell for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll

1.1 Oppdrag og bestilling

Virksomheten til Helse Sør-Øst er basert på lover og forskrifter, med særlig vekt på helseforetaksloven, spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Rammene for virksomheten er nærmere definert i vedtekter og avtaler. Den nasjonale helsepolitikken og oppgavene til det regionale helseforetaket konkretiseres og utdypes i Nasjonal helse- og omsorgsplan, oppdragsdokument og foretaksmøter.

Status for oppdrag og bestilling for 1. tertial er fulgt opp gjennom Ledelsens gjennomgang i 2. tertial. Foretaksmøte 17. juni ga i tillegg nye mål som er blitt fordelt mellom klinikkene og følges opp videre.

Foretaksmøte – ref. styrsak 53/2015

1.2 Styrende dokumentasjon som ledd i god intern styring og kontroll

Med styrende dokumentasjon menes dokumenter som av ledere beskriver hvordan tjenester og aktiviteter skal planlegges, utføres, kontrolleres og dokumenteres. Eksempler på styringsdokumenter er retningslinjer, prosedyrer, instruksjoner, stillingsbeskrivelser, strategidokumenter, fullmakter og tiltakskort.

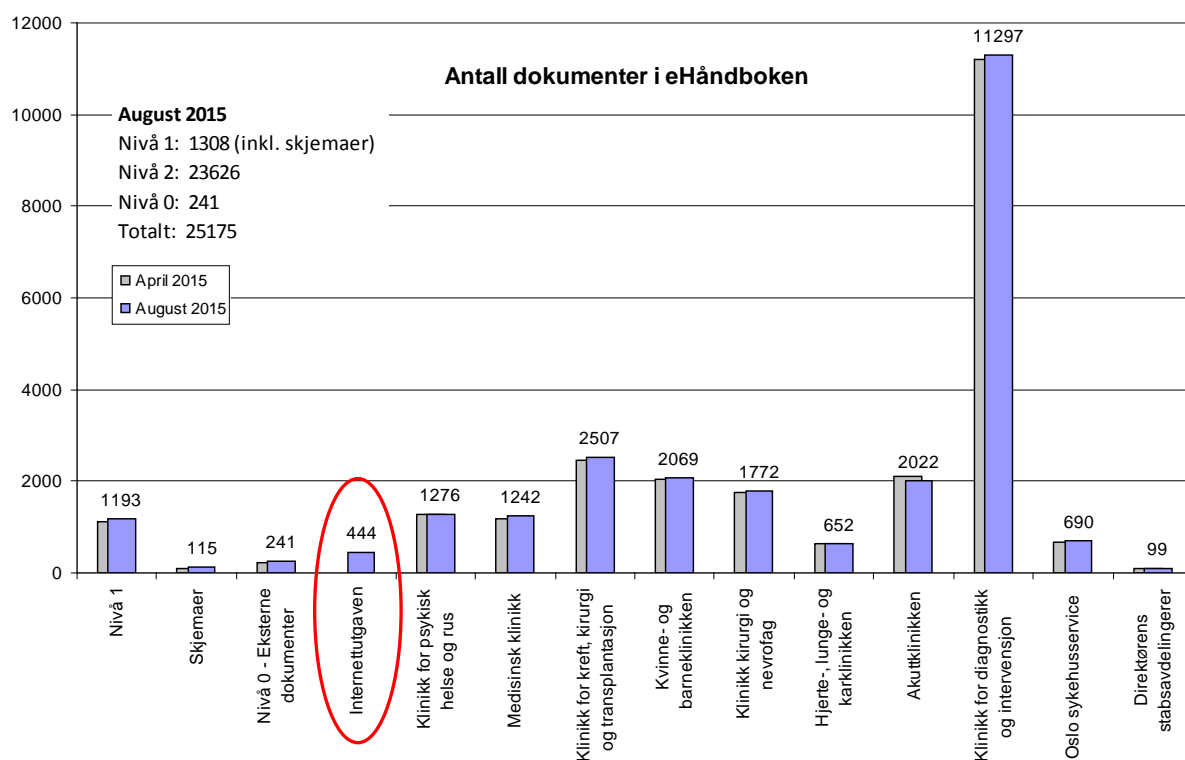
Alle styrende dokumenter i Oslo universitetssykehus HF er samlet i det elektroniske systemet eHåndbok som sikrer tilgjengelighet, oppdatering og godkjenning av dokumenter.

Styrende dokumenter i Oslo universitetssykehus HF inndeles i to nivåer:

- Nivå 1 dokumenter gjelder for alle ansatte uansett funksjon, tittel eller arbeidsplass. Dokumentene godkjennes av administrerende direktør, eventuelt en stabsdirektør etter delegasjon.
- Nivå 2 dokumenter gjelder for en begrenset mengde ansatte, gjerne begrenset til klinikk, avdeling eller enhet. Dokumentene godkjennes av lokal leder.

1.2.1 Interne styringsdokumenter

Det elektroniske systemet eHåndboken har blitt teknisk oppdatert i 2. tertial. Ny tekstbehandler og integrerte verktøy for prosessmodulering er de store nyhetene. Med disse vil arbeidet kunne effektiviseres og det vil gi muligheter for utvikling av økt prosessforståelse. Det arbeides med flere prosjekter for å forbedre verktøyet videre.



Figur 2. Antall styrende dokumenter. Kilde: eHåndbok

Sykehuset har nå over 25 000 styrende dokumenter og en utflating er forventet. Tilveksten i 2. tertial er noe over 300 dokumenter.

Andelsmessig er det nå større vekst i nye dokumenter på sykehusnivå (nivå1) enn i klinikkene (nivå 2). Dette er hensiktsmessig fordi ett nytt dokument på sykehusnivå kan erstatte mange på lokale nivåer.

Fortsatt er det stor aktivitet knyttet til revisjon av tidligere utarbeidede dokumenter. Det er satt krav om at dokumenter skal revideres hvert 3. år eller hyppigere. Lederne og de ansvarlige for dokumentene får automatiske e-poster med påminnelser om dokumenter som nærmere seg revisjonsfristen. Det revideres fortsatt omlag 40-50 dokumenter hver dag. Mengden av dokumenter som «går ut på dato» er likevel så stor at enkelte klinikker ikke klarer å holde oppe en tilstrekkelig revisjonsaktivitet. Det er derfor satt fokus på revisjonsetterslepet i de aktuelle klinikker med månedsrapportering.

1.2.2 Styringsdokumenter på internett

Sykehuset har nå tilgjengeliggjort et utvalg av styrende dokumenter på Internett (<https://ehandboken.ous-hf.no>). Hensikten er å dele utvalgte dokumenter med allmennheten og samarbeidspartnere.

Selv om dokumentene utarbeides for internt bruk, er det mange utenfor sykehuset som kan ha nytte av å lese sykehusets dokumenter. Dette kan gjelde samarbeidspartnere på andre sykehus og i øvrig helsetjeneste. Det kan gjelde pasienter og pårørende som ønsker å sette seg inn i ulik informasjon om behandling og tjenestetilbud.

I noen sammenhenger vil også sykehusets egen ansatte kunne utnytte muligheter ved å hente fram dokumenter på internett.

Foreløpig er det publisert eksternt 400-500 dokumenter, men dette antallet vil trolig fort øke. Innholdsmessig er mange av de publiserte dokumentene fellesdokumenter på sykehusnivå, men også faggrupper i klinikkene ser muligheter i å presentere sine faglige prosedyrer og behandlingsregimer eksternt.

Sykehuset har en ledende faglig rolle på nasjonalt nivå, og erfaringsmessig er det mange norske sykehus som benytter ulike papirhåndbøker fra sykehusets fagavdelinger.

1.3 Risikovurdering

Krav om risikovurderinger og risikostyring er gitt i Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten (og andre internkontrollforskrifter) og i God virksomhetsstyring, rammeverk for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll, Helse Sør-Øst. Oslo universitetssykehus har helt siden etableringen arbeidet systematisk med risikoanalyser, både hendelsesbasert og som ledd i den totale virksomhetsstyringen med rapportering og oppfølging hvert tertial.

Praksis følger av sykehusets Retningslinje for risikovurdering og – styring.

Risikovurderingen i 2. tertial er en oppdatering av hovedgjennomgangen som ble utarbeidet 1. tertial. Prosessen har derfor denne gangen vært noe mindre omfattende men alle klinikker har revidert sine risikovurderinger etter 1.tertial. De klinikkvise risikovurderingene er samlet og brukt som utgangspunkt for den risikovurderingen

direktørens stab har utarbeidet for sykehusnivået. Hovedverneombudet og tillitsvalgte har bidradd i arbeidet.

Det er gjort effektvurderinger av de risikoreduserende tiltak som ble fastsatt og gjennomført etter forrige risikovurdering. Arbeidet med endrings- og forbedringstiltak tar tid, - særlig på sykehusnivå, siden det er omfattende tiltak som må til for å gi varig effekt. Mange tiltak videreføres og vil strekke seg over tertialer og år. Særlig gjelder dette risiko som har sammenheng med sykehusets dårlige standard for bygg og infrastruktur.

Det er ikke store endringer i sykehusets totale risikobilde etter 2. tertial.

Risikomatrise og handlingsplaner er beskrevet i kapittel 9.

1.3.1 Risikovurdering for Økonomi og infrastruktur

Aktiviteten etter 2. tertial er noe lavere enn budsjett innenfor somatikken. Sykehusets økonomiske resultat avviker negativt med om lag 61 millioner kroner fra styringsmålet etter 2.tertial. Avvikene er noe redusert gjennom 2. tertial. Likevel innebærer avviket hittil i år en betydelig risiko i forhold til å levere et resultat i henhold til styringsmålet for 2015. På bakgrunn av at den økonomiske utviklingen gjennom 2015 ikke er tilfredsstillende, har administrerende direktør i ledermøter og i dialog med klinikkene understreket behovet for å lukke det økonomiske avviket gjennom resten av året. Virkemidlene vil være både bedre kapasitetsutnyttelse gjennom høyere aktivitet og reduksjon av kostnader. Gjennom prioriteringer i budsjettet er kapasiteten økt både innenfor radiologi, patologi og operasjon noe som gir muligheter for betydelig økt aktivitet. Innenfor poliklinikkene er det fokus på å utvide planleggingshorisonten ved å ha åpne timebøker lengre frem i tid, men også å redusere variasjonen i antall konsultasjoner mellom ukene. I tillegg til økt aktivitet er det nødvendig å redusere kostnadene, først og fremst gjennom å holde bemanningen så lav som mulig, avvikle ekstrabemanning fra sommeren og redusere bruk av ekstern innleie og variabel lønn.

Problemene med for lav investeringsgrad og fornying av medisinsk-teknisk utstyr og utbedring av bygningsmassen er fremdeles betydelige selv om foretaket har hatt ett høyere investeringsnivå fra 2013. Store deler av bygningsmassen har et vedlikeholds- etterslep med pålegg fra ulike tilsynsorganer. I behandling av økonomisk langtidsplan for årene 2016-2019 er det derfor lagt til grunn et betydelig investeringsnivå innenfor medisinsk-teknisk utstyr og bygg. For å sikre en god plan for forvaltning av bygg ble det søkt om lånefinansiering for utbedring og oppgradering av bygg for årene 2016-2019 (styresak 18. desember 2014). Investeringsnivået avhenger dermed av lånefinansiering fra Helse- og omsorgsdepartementet og også av sykehusets driftsresultater. Svakere resultat enn budsjettet gir derfor en betydelig risiko for ikke å få tilstrekkelig finansiering av de planlagte investeringsnivåene for årene 2016 til 2019.

Innenfor prosjektering og gjennomføring av bygginvesteringer har det vært en meget stor utvikling i aktivitetene fra 2012. Størrelse på volum, kostnad og komplekse styringsprosesser, samt styresak 71/2015, gjør at området defineres med risiko.

Det innføres og endres løpende en rekke kliniske- og administrative systemer. Eksterne krav medfører også løpende endring er i kodeverk med mer. I tillegg er det ett meget stort antall brukere av de ulike systemene. Dette gir betydelige utfordringer i forhold til å oppnå konsistens mellom systemene, registreringer og kunne bruke alle virksomhetsdata som ett samlet økonomi og logistikk system. Felles organisasjonsforvaltningsløsning er under etablering. Dette vil bidra til en mer koordinert og sammenhengende organisasjonsforvaltning.

Det er et jevnt høyt antall kritiske feil i flere viktige IKT-applikasjoner. Dette vil først bedres når felles regionale prosjekter gjennomføres innen klinisk dokumentasjon og infrastruktur. Sykehusets hovedoperativsystem (ikke servere) gikk ut av support fra Microsoft i april 2014. Oppgradering av infrastruktur og utskifting av utstyr er kommet godt i gang og fullføres 2016. Det rapporteres fortsatt om problemer knyttet til gjennomføringskraft i Sykehuspartner HF. For en del områder er det likevel blitt en bedring.

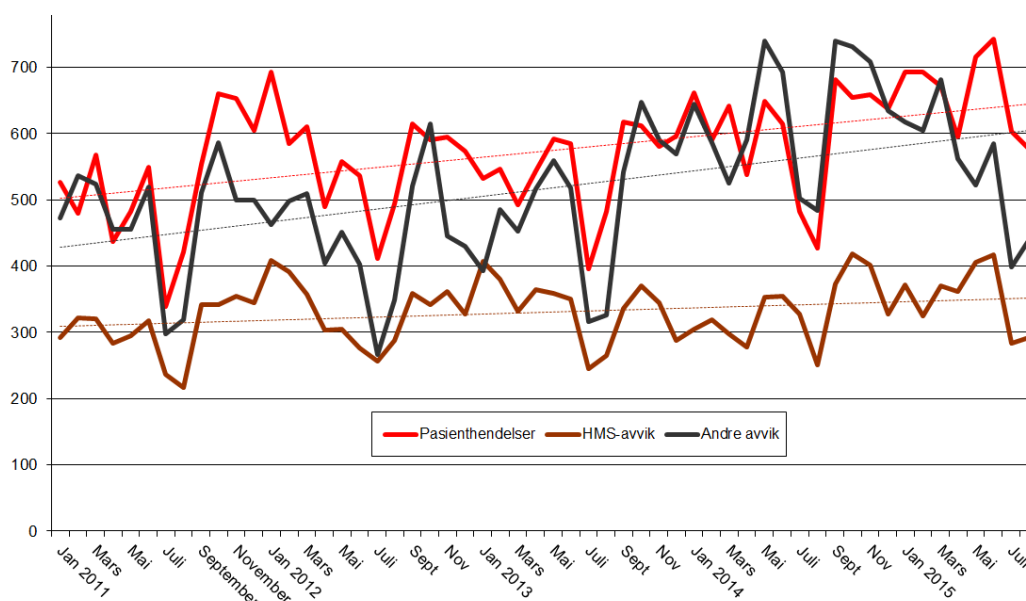
Se ellers kapittel 9.4

1.4 Hendelsesregistrering og avvikshåndtering

Sykehuset og de enkelte enheters evne til å forbedre praksis som følge av uønskede hendelser og nesten-uhell er avhengig av en strukturert tilnærming med gode analyser, kartlegging av problemer, iverksetting av virkningsfulle forbedringstiltak og ledelse med fokus på kontinuerlig forbedring. I tillegg medfører mange hendelser en plikt til å varsle tilsynsmyndigheter. I sykehuset er dette arbeidet samlet i et elektronisk hendelsesregistreringssystem, Achilles.

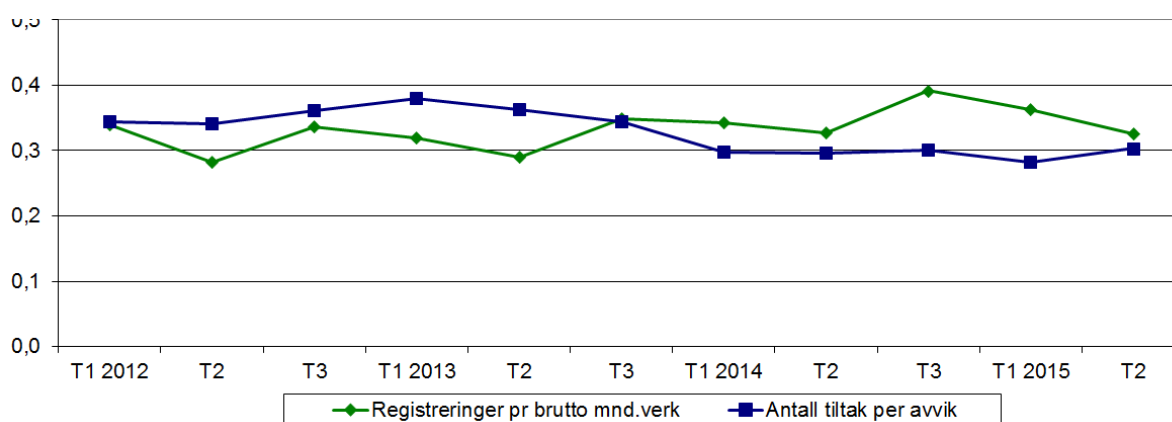
Alle avviksregistreringer kategoriseres i en av hovedkategoriene ”Pasienthendelse”, HMS hendelse” eller ”Andre avvik og forbedringsforslag”.

Det er fortsatt en jevn økning i antall registreringer i Achilles, noe som er en ønsket utvikling.



Figur 3. Uønskede hendelser og risikoforhold registrert i Achilles per måned. Kilde: Achilles

Ledere har i sin avviksbehandling registrert 1819 forbedringstiltak i perioden. Målt mot 5980 avviksregistreringer i perioden, er tiltaksindikatoren 0,30 tiltak per avvik, på linje med 2. tertial 2014. Sykehusets mål er en fortsatt økning i antall tiltak registrert per avvik, og det arbeides kontinuerlig i lederlinjen, i klinikkens kvalitetsutvalg, gjennom opplæring og rapportering for å understøtte dette. Samtidig er det kjent at mange saksbehandlere registrerer tiltak som en del av kommentarfeltet i sakene, noe som ikke medfører at de blir rapportert eller får en strukturert oppfølging. Kvaliteten i de registrerte tiltak har også varierende kvalitet. Det vurderes nå endringer i analysemetodikken for at saksbehandlere lettere skal kunne lage gode og virkningsfulle tiltak, samtidig som veilednings- og støtteteksten i Achilles kontinuerlig oppdateres.

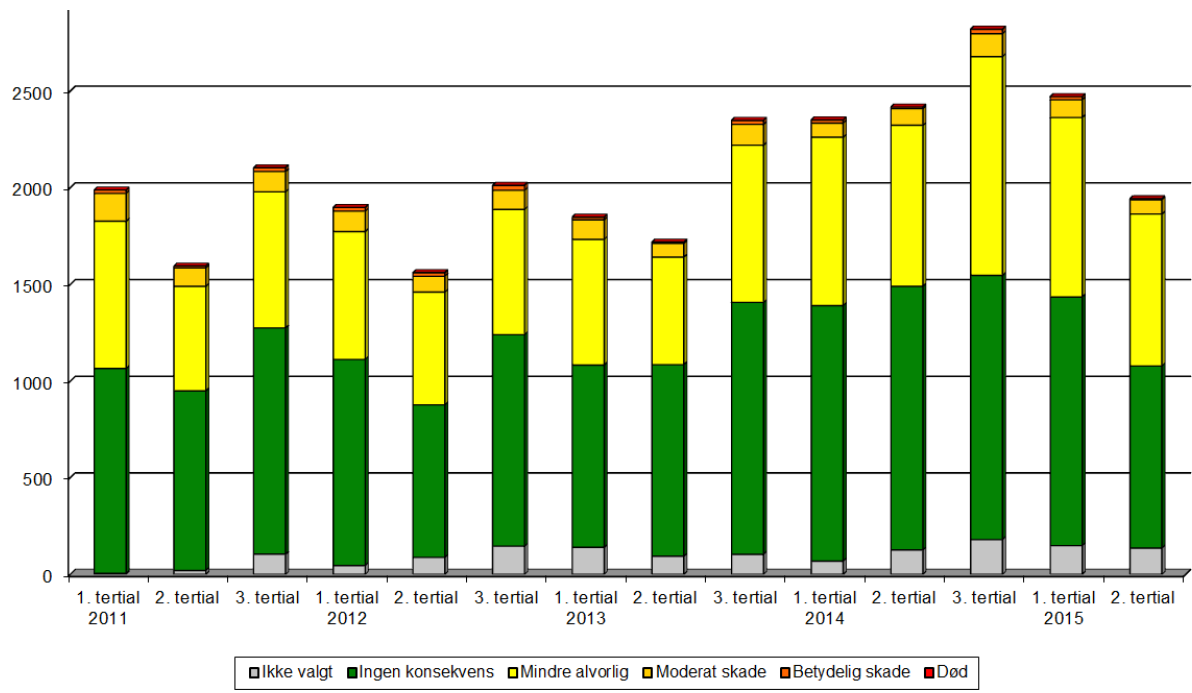


Figur 4. Aktivitetsindikator avviksbehandling per tertial. Antall registrerte saker per ansatt og dokumenterte forbedringstiltak per avvik. Kilde: Achilles.

1.4.1 Andre avvik og forbedringsforslag

Pasientrelaterte hendelser presenteres i kapittel 3.2 og Helse-miljø-sikkerhetshendelser i kapittel 7.4.

Alle avviksregistreringer kategoriseres i hovedkategoriene "Pasienthendelse", HMS hendelse" eller "Andre avvik og forbedringsforslag". Registreringene (Figur 5) viser at antall registreringer er på samme nivå med forrige tertial. 31 % av registreringene er laboratorierelaterte avvik, i hovedsak med ingen eller mindre alvorlig konsekvens.



Figur 5. Avviksregistrering i hovedkategorien "Andre avvik". Faktisk konsekvens. Kilde: Avvikssystemet Achilles.

1.5 Kontrolltiltak (revisjoner og tilsyn)

Med kontrolltiltak menes interne og eksterne strukturerte og planlagte handlinger som medvirker til å avdekke lovbrudd, svakheter eller uønsket risiko i sykehuset. Sykehuset har som ledd i egen lovpålagt internkontroll, jmf Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten og Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten, interne revisjoner. Interne revisjoner skal se etter om prosesser for styring og kontroll fungerer som forutsatt og bidra til forbedringer.

Tilsynsmyndighetens rolle er på vegne av Stortinget å kontrollere om foretaksgruppens internkontrollsystemer faktisk er etablert, og om de virker som forutsatt (etterlever lov- og regelverk).

Tilsynsmyndigheten har myndighet til å påpeke feil, mangler og svakheter ved arbeidet - som må rettes opp. Tilsynsmyndighetene har tilsynsrollen, men den skal også bidra til å skape læring og oppnå forbedringer.

1.5.1 Revisjoner

Internrevisjonen (Seksjon for interne revisjoner i Direktørens stab) ved Oslo universitetssykehus HF skal på vegne av Administrerende direktør kontrollere at det er etablert og gjennomføres tilfredsstillende intern styring og kontroll i linjen.

Revisjonsområdene blir prioritert på bakgrunn av risikoanalyser og aktualitet (Styresak 30/2015).

Revisjonene, som utføres etter en systematisert metode, skal bidra til læring og forbedringer i organisasjonen.

Linjeledelsen har et selvstendig ansvar for å utøve internkontroll i eget myndighetsområde. Flere av klinikkene har etablert praksis med egenrevisjoner.

Internrevisjonen understøtter også klinikkens arbeid med å etablere, gjennomføre og følge opp arbeidet med intern styring og kontroll. Internrevisjonen samhandler med og benytter også andre eksterne aktører, som for eksempel kjøp av eksterne revisjonstjenester.

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst utfører interne revisjoner i foretakene i Helse Sør-Øst.

Konsernrevisjonens rolle og ansvar følger av Helseforetakslovens § 37a som beskriver at

Konsernrevisjonen skal "gjennom en systematisk og strukturert metode og avgivelse av bekreftelse, skal bidra til forbedringer i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring".

Som et ledd i å styrke klinikkens interne styring og kontroll, skal alle klinikker, på bakgrunn av risikovurderingene fra 2. tertial 2015 utarbeide klinikkvise revisjonsplaner for 2016.

Revisjoner utført av sykehusets internrevisjon i 2 tertial

Organisering, intern styring og kontroll innen bruk av ekstravakter

Sykehuset benytter i stor grad ekstravakter. Det er bestemt (ledermøtesak 226/11) at ekstravakter (sykepleiere, hjelpepleiere og assistenter) skal leies inn via personalformidling i Oslo sykehusservice.

Sykehuset er avhengig av ekstravakter for å sikre tilstrekkelig bemanning i enhetene til enhver tid. Det er derfor svært viktig å sikre at kompetansen til ekstravaktene tilfredsstiller kompetansekravene sykehuset/enhetene har, og at systemene som understøtter rekruttering og forvaltning av ekstravakter fungerer.

I Achilles er det registrert flere saker knyttet til ekstravakter og bruk av disse. Det er saker som blant annet omhandler mangler vedrørende tilganger, kunnskap og

opplæring. Det har også ved flere tilsynsbesøk blitt avdekket svakheter i opplæring av ekstravakter. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har gjort en gjennomgang av temaet og konklusjonen er at vikarbruk i spesialisthelsetjenesten gir økt risiko for uønskede hendelser og kan true pasientsikkerheten¹.

Fokusområde for revisjonene var innleie, opplæring og forvaltning av ekstravakter på seksjonen / enheten. Resultatene viser at det er variasjon i hvordan de reviderte enhetene tilnærmer seg dette området. Revisjonen ble gjennomført som en systemrevisjon.

De reviderte enhetene var:

- Avdeling for blodsykdommer, seksjon for sengeposter, gjennomført 9. juni 2015
- Avdeling for ortopedi, seksjon for sengeposter og poliklinikker, sengepost 1, gjennomført 10. juni 2015.

Avvikene var knyttet til:

- Opplæringsplaner av ekstravakter
- Kompetanseplaner i enhetene og seksjonene
- Risikovurderinger
- Avviksbehandling og forbedringsarbeid
- Planer for å redusere AML – brudd

De reviderte enhetene har utarbeidet plan for å utbedre forholdene. Oppfølging av det videre stedlige arbeidet med lukking av avvik følges av revisjonsleder.

«Tematisk område forskning cancer mammae» og tilhørende forskningsbiobank ved Avdeling for kreftbehandling.

og

”Tematisk forskningsområde pankreascancer” med tilhørende forskningsbiobank ved Avdeling for gastro- og barnekirurgi.

Revisjonene avdekket flere funn og forbedringsområder knyttet til rutiner for godkjenning av forskningsprosjekter, melding til Personvernombudet, utlevering til eksterne og informasjon til inkluderte.

Arbeidet med å lukke avvikene pågår.

Oppfølging fra tidligere interne revisjoner

Status revisjon av byggeprosjekter utført av PWC

Det henvises til styresak 71/2015

¹ «Læringsnotat fra Meldeordningen» oktober 2013, Kunnskapssenteret – Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Intern styring og kontroll innen personvern og informasjonssikkerhet i forskning

I revisjonsplan, styresak 30/2015, er det lagt opp til revisjon innen personvern og informasjonssikkerhet:

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

Det ble i februar og mars gjennomført en sykehusomfattende revisjon av informasjonssikkerhet og personvern i klinikkene og direktørens stab. For å sikre effektiv gjennomføring og høy svarprosent ble den gjennomført ved hjelp av et elektronisk spørreskjema.

Gjennomføringen ble forankret i ledermøtesak 49/2015. Deler av revisjonen var grunnlag for å kunne lukke avvik avdekket i forbindelse med Riksrevisjonens kontroll av tilgang til journal, og opplæring i bruk av denne. Revisjonen var obligatorisk og ble sendt til alle som står oppført som ledere på nivå 2, 3 og 4.

Rapporten fra revisjonen er under utarbeidelse.

Punktrevisjoner, henvisninger og ventelister utført mars 2015.

Arbeid gjennom våren og forsommeren på området viser at det skjer en stadig forbedring i de reviderte enheter. Risikonivået er redusert og er i dag på akseptabelt nivå (Figur 6), men viktig forbedringsarbeid gjenstår både i reviderte enheter og i sykehuset generelt.

Linjeledere må være sterkt involvert i dette arbeidet og samarbeide tett med både ventelisterådgivere og kontorfaglig tjeneste om logistikk rundt planlegging av pasientforløp og drift.

AVVIK PR KLINIKK MED RISIKOVURDERING OG ENDRET RISIKO								
Klinikk	AKU	HLK	KDI	KKN	KVB	KKT	MED	PHA
Antall avvik	2	11	2	9	1	1	2	2
Vurdert risiko 9 mars	Yellow	Red	Yellow	Red	Green	Green	Yellow	Yellow
Vurdert risiko 16 juni	Green	Yellow	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green

Figur 6

Revisjoner utført av Konsernrevisjonen

Det er ikke utført revisjoner av Konsernrevisjonen i dette tertial.

Revisjonsrapporter fra Konsernrevisjonen som har vært styrebehandlet i perioden

Det har ikke vært styrebehandlet noen revisjonsrapporter fra Konsernrevisjonen i dette tertial.

Oppfølginger av konsernrevisjoner fra tidligere tertial

Status oppfølging av konsernrevisjonen i Hjerter-, lunge- og karklinikken (Sak 43/2015, 46/2014)

I Hjerter-, lunge- og karklinikken har anbefalingene fra Konsernrevisjonen medført forbedringer i form av endrede arbeidsprosesser og beskrivelser av disse, lederoppfølgingsamtaler hvor oppdrag og måloppnåelse er integrert og månedlig rapportering for å sikre at oppdrag og mål er forstått og kommunisert.

Endring av arbeidsprosesser krever kontinuerlig holdningsarbeid og oppfølging av ledere på alle nivåer i klinikken. Det har blitt en større bevissthet om betydningen av styrende dokumenter. Videre har avdelings- og seksjonslederne sett betydningen av å utarbeide styrende dokumenter på sitt nivå for å sikre bedre planlegging av drift. Lederrollen er blitt tydeliggjort gjennom denne prosessen og det er en større forståelse for hva helhetlig styring og kontroll innebærer.

Administrerende direktør har sett det som vesentlig at de funn og anbefalinger klinikken fikk etter revisjonen breddes i øvrige klinikker. Det ble derfor nedsatt en arbeidsgruppe med representanter fra direktørens stabsavdelinger som i samarbeid med klinikken har forbedret ulike styringsprosesser.

Det er etablert lederopplæring for førstelinjeledere som tydeliggjør sykehusets forventninger til leders ansvar for god virksomhetsstyring og det er etablert nye tiltak for å forbedre øvrige klinikkers interne styring og kontroll. Virksomhetsstyring i øvrige klinikker er tema i innværende periode for intern revisjonen (styresak 30/2015).

I Ledermøtesak 286/2015 ble det vedtatt et nytt tiltak i videreføring av arbeidet; God virksomhetsstyring bygger på god intern styring og kontroll. Som et ledd i å styrke klinikkens interne styring og kontroll, skal alle klinikker, på bakgrunn av risikovurderingene fra 2. tertial 2015, utarbeide planer for egne interne revisjoner i 2016. Alle klinikker er invitert ved en person til et 2 dagers seminar for å lage utkast til revisjonsplaner i egne klinikker for 2016. Utkast til klinikkvise planer skal bygge på erkjent risiko og være tilpasset klinikkens ressurser. Utkast til plan skal deretter diskuteres, justeres og forankres i klinikkens ledergrupper og være godkjent av klinikkleder pr. 1. desember 2015.

1.5.2 Eksterne tilsyn

Oslo universitetssykehus HF forholder seg til en rekke statlige tilsyn som har det overordnede faglige tilsynet innenfor sine fagområder, og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter. Arbeidsområder, rettigheter, ansvar og myndighet er regulert gjennom lov eller forskrift.

De viktigste tilsyn for Oslo universitetssykehus HF er:

- Statens helsetilsyn
- Fylkesmannen i fylkene
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap
- Det lokale el-tilsyn
- Mattilsynet
- Brann- og redningsvesen i kommunene
- Statens strålevern
- Statens legemiddelverk
- Arbeidstilsynet

I 2. tertial har det totalt vært fem tilsynsbesøk fra følgende tilsynsmyndigheter:

- Arbeidstilsynet (2)
- Fylkesmannens helseavdeling (1)
- Mattilsynet (1)
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (1)

Det er foreløpig bare gitt avvik ved to av tilsynene, - til sammen tre avvik hvorav to allerede er lukket. De øvrige sakene er under arbeid og vil bli besvart innen de frister som er satt.

De fem tilsynene vurderes som relativt enkle og lite omfattende.

I kapittel 10 er tilsynsaktiviteten beskrevet mer omfattende der det også er angitt hvordan avvik vurderes opp mot generelle krav til internkontroll. Oversikten viser at hovedvekten av avvik knytter seg til mangler ved bygg og utstyr. Avvik er også gitt i forhold til å sikre nødvendige rutiner og prosedyrer, å forebygge svikt i tjenester og å sikre medarbeidernes kompetanse.

1.6 Juridiske forhold - rettstvister

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

1.6.1 Rettssaker – endringer siden forrige tertial

Proessen i domstolsapparatet vil avklare sykehusets juridiske posisjon. Av arbeidsrettssakene skiller man mellom individuelle og kollektive saker der sistnevnte går for Arbeidsretten.

Arbeidsrettssakene – individuelle saker:

- Oppsigelse i arbeidsforhold

Sykehuset er, etter å ha sagt opp en ansatt, stevnet av den ansatte med krav om at oppsigelsen er usakelig og ugyldig. Siden sist er saken berammet til oktober og sykehuset forbereder forhandlingene.

Siden forrige rapportering har det kommet til 4 nye saker:

- Erstatningskrav i arbeidsforhold
Siden forrige tertial har sykehuset tatt ut forliksklage mot en tidligere ansatt for å ha opptrådt lovstridig og urettmessig i tilknytning til sin tidligere stilling i sykehuset. Saken er under henvisning til tingretten.
- Pengekrav i arbeidsforhold
Siden forrige tertial er sykehuset stevnet av en ansatt med krav om dekning av utgifter til advokat, medierådgiver, dekning av andre kostnader og oppreisning. Saken er berammet for tingretten til januar 2016.
- Spørsmål om arbeidsavtale er inngått
Etter en rekrutteringsprosess er det tatt ut forliksklage overfor sykehuset med spørsmål om det er inngått bindende arbeidskontrakt. Det er påstand om ærekrenkelse og krav på erstatning. Det avventes behandling i forliksrådet.
- Diverse krav – midlertidig arbeidsforhold
Sykehuset er stevnet for tingretten av en lege i spesialisering med påstand om avtalebrudd og usaklig saksbehandling i arbeidsforholdet. Det er krav om å gjennomføre spesialisering og erstatning for økonomisk tap.

Erstatningskrav i kontraktsforhold.

- Oslo universitetssykehus HF har tatt ut forliksklage overfor leverandør (Edsbyn Senab AS) av kontormøbler. Saken gjelder mangel/utbedring av møbler som er levert. Saken er i løpet av 2.tertial behandlet av Forliksrådet (Oslo universitetssykehus HF fikk innfridd kravet) og berammet på nytt. Saken er for tiden uavklart i forbindelse med Forliksrådets saksbehandling.

Krav i pasientforhold

- Sykehuset er sammen med Statens helsetilsyn og Helse- og omsorgsdepartementet stevnet av en pasient for tingretten med krav om erstatning for en transplantasjon i utlandet og for påførte omkostninger. Saken har siden sist vært behandlet av tingretten i juni og dom ble avsagt 25. juni. Saken og kravene ble avvist. I etterkant har pasienten anket avgjørelsen til lagmannsretten. Beramning avventes.
- Sykehuset er av en pasient innklaget til forliksrådet med krav om erstatning for ikke å ha vurdert pasienten for behandling etter henvisning fra fastlegen med den følge at pasienten måtte ordne behandlingen privat i utlandet. Hovedkravet utgjør ca kr. 190 000,-. Siden forrige tertial har saken vært behandlet i forliksrådet og saken er innstilt.

Siden forrige tertial har det kommet ett nytt erstatningskrav i pasientforhold:

- Sykehuset er av en pasient stevnet for tingretten med krav om oppreisning som følge av feildiagnostisering. Saken er under forberedelse og beramning.

1.6.2 Straffbare forhold:

Saker om straff gjelder brudd på samfunnets normer for hva som er definert som ulovlige straffbare handlinger. Et negativt utfall for foretaket kan resultere i økonomiske konsekvenser og det vil berøre foretakets troverdighet - omdømme.

- Rekruttering av spesialsykepleiere til arbeid
Sykehuset har vært tiltalt for brudd på utlendingsloven (§ 108, tredje ledd bokstav b, jfr. straffeloven § 48 a) for medvirkning til utilbørlig utnyttelse av tre sykepleiere.

Dom ble avsagt i tingretten 6. desember 2014 med frifinnelse.

Etter anke til lagmannsretten avsa Borgarting lagmannsrett dom 9. mars 2015 der det ble domfellelse for både sykehuset og de som gjennomførte rekrutteringen. Sykehuset er dømt til foretaksstraff ved å betale bot på kr 1 million til staten samt betale erstatning til sykepleierne. Erstatningen utgjør kr 947 749,- og gjelder tilbakeføring av deler av de beløp som sykepleierne har betalt til ekteparet. Sykehuset hefter solidarisk sammen med ekteparet for erstatningen. I etterkant har sykehuset betalt ut erstatningskravet og sammen med de øvrige partene anket rettsavgjørelsen til Høyesterett.

Saken er blitt sluppet inn til behandling i Høyesterett. Ankeforhandling pågår 13-14 oktober.

1.7 Beredskap

Sykehuset plikter etter «Lov om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven)» å holde oppdatert beredskapsplaner for å legge om og utvide driften under kriser og katastrofer, og å avholde regelmessige øvelser.

Beredskapssjef har i perioden mottatt henvendelser om feil på telefonlinjen til hjertestansteamet på Ullevål, inntaksstopp av pasienter til Akershus universitetssykehus HF på grunn av strømstans og feil på nødbelysning i et sykehusbygg. Ingen av hendelsene har utløst økt beredskapsnivå i foretaket.

Storøvelsen HarbourEx 15 ble avholdt i slutten av første tertial. Det omfattende oppfølgingsarbeidet av erfaringene fra øvelsen varer ut året.

Oslo universitetssykehus HF har støttet Fylkesmannen i Oslo og Akershus i gjennomføringen av kriseledelsesøvelser for flere kommuner og departementene i øvelse av håndtering av pågående livstruende vold (PLIVO).

En serie omfattende nødstrømtester har gitt de berørte avdelingene øvelse i nødrutiner og drift uten elektrisk kraft.

Alle foretakets virksomhetsomfattende beredskapsplaner er under revidering. Det eksisterende planverket blir også utvidet med flere nye planer, særlig innen kriseledelse og håndtering av alvorlig smittsom sykdom. Beredskapsrådet fungerer som høringsinstans, og har nedsatt arbeidsgrupper for de mer omfattende endringene.

2 Brukermedvirkning

Styrets ansvar for å sikre god medvirkning fra brukerne og deres organisasjoner er nedfelt blant annet i vedtektene for Oslo universitetssykehus HF (§ 13) hvor det heter:

Styret skal påse at pasienters og pårørendes rettigheter og interesser blir ivaretatt, blant annet gjennom et fast samarbeid med deres organisasjoner.

Styret skal også påse at erfaringer, behovsvurderinger, prioriteringer og synspunkter som innhentes fra pasienter og pårørende og deres organisasjoner, gis en sentral plass i arbeidet med planleggingen og i driften av virksomhetene.

Brukerutvalget i Oslo universitetssykehus HF ble opprettet 22. januar 2009 (Styresak 21/2009)

Sykehuset ønsker å styrke pasienter og pårørendes medvirkning, og legge til rette for økt grad av samvalg mellom pasient og helsepersonell. For å oppnå større grad av brukermedvirkning, har sykehuset fortløpende fokus på hvordan arbeidet med brukermedvirkning kan organiseres på en mest mulig hensiktsmessig måte.

2.1 Brukerutvalg

I lovgrunnlag, vedtekter og styringsdokument kreves det at det etableres gode ordninger for brukermedvirkning på ulike nivå: Helseforetaksloven og vedtekter for Oslo universitetssykehus HF hjemler brukernes rett til medvirkning i planlegging og gjennomføring av tjenestetilbudet. Brukerutvalget skal være et rådgivende organ for styret og administrasjonen i saker som angår tilbudet til pasientene. Brukerutvalget skal ikke behandle enkeltsaker.

Nytt brukerutvalg ble oppnevnt av styret i juni. Brukerutvalget ble konstituert 24. august. Det nye utvalget har god representasjon fra ulike brukerorganisasjoner og pasientgrupper og det er utvidet til 14 representanter.

Sykehuset har gjennomført «modul 2 - opplæring for medlemmer av brukerutvalg», som i år er utvidet til to dager. Utvidelsen av opplæringstilbudet ble gjort for å gi en grundigere innføring i brukermedvirkning innen spesifikke områder som forskning, innovasjon, pasientsikkerhet og pakkeforløp. I tillegg blir det gitt en generell innføring i brukermedvirkning på Oslo universitetssykehus HF. De klinikkvise brukerrådene og ungdomsrådet deltar også i denne opplæringen.

Brukerutvalget har gitt høringsinnspill til Helse Sør-Øst RHF sitt utkast til «Veileder for likepersonsarbeid og brukerkontor for pasienter og pårørende i helseforetak og sykehus».

Brukerutvalget har jevnlig blitt orientert om og gitt innspill til organisasjonsutviklingsprosjektet og ideofaseprosjektet ved sykehuset.

Brukerutvalget har fokus på brukermedvirkning i forskning, og i utvalgets møte i juni redegjorde stab forskning, innovasjon og utdanning for en tilsynssak i nevrokirurgisk forskning.

Brukerutvalget var representert på regional samling for ledere, nestledere og koordinatore for brukerutvalg i Helse Sør-Øst. Tema som ble tatt opp var brukermedvirkning i pasientsikkerhetsprogrammet, pakkeforløp, implementering av prosedyre for publisering av uønskede hendelser samt samarbeid mellom brukerutvalg på tvers av helseforetakene i regionen.

Aker Helsearena har opprettet et brukerutvalg med representanter fra Oslo kommune, Sunnaas sykehus HF og Oslo universitetssykehus HF. Sykehuset representeres av to medlemmer fra brukerutvalget og et medlem fra ungdomsrådet.

Det er i perioden oppnevnt nytt brukerråd på klinikk for psykisk helse og avhengighet.

2.2 Ungdomsrådet

Ungdom og unge voksnes brukererfaringer skal som kunnskapskilde brukes systematisk for å forbedre sykehusets tilbud til denne gruppen av pasienter og pårørende. Rådet skal også bidra til å bedre tilbudet til ungdom og unge voksne i kommunehelsetjenesten.

Ungdomsrådet har gitt sine innspill til «framtidens OUS – Idefaseprosjektet». Det er viktig å tydeliggjøre de unges stemme og behov for videreutvikling av sykehusets tilbud til ungdom og unge voksne. Prosjektet vil fortsette å møte Ungdomsrådet.

I henhold til føringene som ble lagt i prosjektrapporten vedrørende økning av øvre aldersgrense for barn i Kvinne barn klinikken, fra 16 til 18 år, har Ungdomsrådet kommet med innspill til en evaluering av tilbudet til denne pasientgruppen. Rådet ønsker en aldersdifferensiering av brukertilfredshetsundersøkelsene på sykehuset.

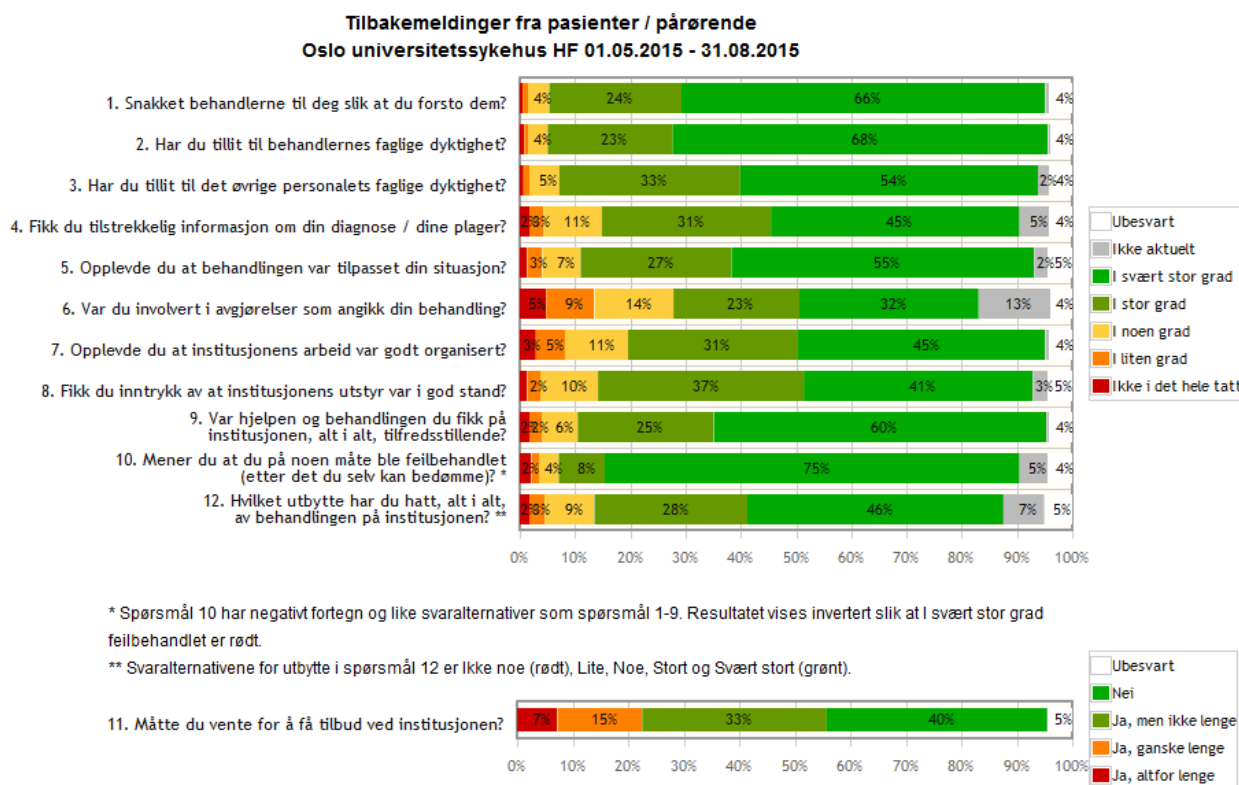
En av representantene i Ungdomsrådet er oppnevnt som brukerrepresentant i rådet for barn som pårørende, samt til prosjektet om utvikling av en applikasjon for barn og ungdom som pårørende, «Meg også».

Brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF ga våren 2015 oppdrag til Ungdomsrådene ved Akershus universitetssykehus HF og Oslo universitetssykehus HF om å utarbeide veileder for ungdomsråd i helseforetak.

Helsedirektoratet har innvilget prosjektmidler til prosjektet «Hvordan lykkes med ungdomsråd i helseforetak» Prosjektet ledes av Akershus universitetssykehus HF og Unge funksjonshemmede, og skal munne ut i en veileder, et e-læringsprogram og en nasjonal samling for eksisterende ungdomsråd og for helseforetak som er i oppstartsfasen. Nestleder og koordinator for ungdomsrådet ved Oslo universitetssykehus HF sitter i referansegruppen for dette prosjektet.

2.3 Brukertilbakemeldinger

Pasienter og pårørende kan via «Min journal» på internett gi en brukertilbakemelding til sykehuset. Alle tilbakemeldinger blir tilgjengelig i Achilles der leder også kan opprette forbedringstiltak.



Figur 7. Fordeling av tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende. Kilde: Achilles.

Utvalgte tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende.

Som vanlig består tilbakemeldingene både av ris og ros. Mange kommentarer er å betrakte som «gull» i forbedringsarbeidet;

- *Jeg ville hatt mer aktiviteter gjennom dagen. Det er lettere å komme bort fra vanskelige tanker når en må bruke flere sanser det ville kreve flere forskjellige aktiviteter noe som kan være enkelt om en tar aktivitetsrommet i bruk. Det ville kanskje være nok med en kontakt tilstede og at ergoterapeuten var der noen ganger. Der kan det føles sosialt både for dem som gjør noe og for dem som ser på.*
- *Vi foreldre er meget godt fornøyd med kreftbehandlingen vårt barn har fått på OUS og da post 3. Utfordringen der har i stor grad vært kapasitetsmangel/plassmangel. Vi vil også fremheve viktigheten av avansert hjemmesykehus. Det har vært svært bra for oss igjennom behandlingen. Dette gjelder for eksempel enkel telefonisk kontakt når det oppstår spørsmål knyttet til forhold om barns diagnose, og svært mye enklere oppfølging av behandlingen hjemme. Vi har kuttet svært mye sykehus tid og overnattinger pga avansert hjemmesykehus.*

- Denne avdelingen fungerer overhodet ikke administrativt. Pasientkoordinator gjør ikke jobben slik at om og når man får avtaler er helt tilfeldig og uforutsigbart. De øvrige med adm. oppgaver er også svært lite servise orientert. Ingen systemer for timeoppsett som kan bidra til effektivitet ser ut til å være i bruk. Responstid på prøver for lang. Koordinering mellom leger dårlig. Info som gis er upresis og mangelfull. Leger dårlig forberedt når pasient kommer. Stiller samme spørsmål mange ganger og virker i liten grad i stand til å motta og vurdere informasjon som gis.
- Oppfølging og ivaretagelse fra personalet er veldig bra. Samordning på tvers av avdelinger når man har sammensatte behov, er under en hver kritikk.
- Vi gikk fra å være en familie i krise til en familie som fungerte bedre sammen enn vi har gjort på flere år. Det beste var å se vår sønn ta eierskap til diagnosen og at han sammen med oss var med på å endre dårlig atferd.
- Flotte mennesker som gjør en flott jobb :-)
- Me and my husband have to been to hospitals for surgerys in USA, UK etc. - well it's very easy to say that Ullevål hospital and its staff are the best.
- Vi var 4 pasienter på ett toalett/bad uten lås på døra.
- Jeg er veldig fornøyd med oppfølgingen jeg fikk rundt min fødsel. Så og si alle jordmødre jeg snakket med viste stor interesse i meg som person og fikk meg til å føle meg svært trygg. Ulempen med å havne på barnsel etter keisersnitt er at far må dra hjem. man er svært hjelpesløs de første timene/dagene og jeg syntes det er vanskelig å be om hjelp for all ting. ender med at jeg gjør det meste selv, som var svært smertefullt. jeg kom på barsel kl 03 om natten. Da er det litt frustrerende at far må reise hjem, selv om jeg forstår at det ikke er plass. Har man hatt en "enkel fødsel" får man komme på enerom på hotellet med far tilstede. Har man hatt et keisersnitt må man på dobbeltrom og må klare seg alene. Dette er ikke helt logisk. Bortsett fra det er jeg svært fornøyd med kunnskap og støtte rundt min fødsel.
- Jeg har vært innlagt ved Ullevål sykehus to ganger de siste månedene. På gastromedisinsk avdeling i høst, og nå på infeksjonsavdeling A. Jeg har i begge tilfeller vært svært fornøyd med måten jeg ble møtt og fulgt opp på. Jeg opplevde å få god informasjon. Ble hørt og møtt med mine små og store spørsmål og bekymringer. Jeg og sykdommen ble tatt på alvor. Utfra det jeg kan bedømme fikk jeg de undersøkelser og den behandling som var nødvendig. Tross stort arbeidspress - jeg er imponert over sykepleiere, leger og andre. Takk!
- 3,5 måneders ventetid på behandling/operasjon var uakseptabelt lang!!! I tillegg ventetid på 1 måned for å få endelig diagnose. Den lange ventetiden har vært en svær og unødvendig mental belastning både for meg, min familie og min arbeidsgiver. Det bør stilles kritisk spørsmål til at "systemet" tillater/legger opp til så lange ventetider; hvilke samfunnsøkonomiske konsekvenser kan så lange fravær med påfølgende nedsatt funksjonalitet p.g.a. psykiske ettervirkninger få!?
- Renholdet på den avdelingen jeg lå på var kritikkverdigg. I løpet av den uken jeg var innlagt, ble det ikke gjort rent i helgen og for øvrig var det kun gulvene som ble feid over. Man ble også oppfordret til å bruke samme vannglass om igjen flere døgn for å spare oppvask - dette i kontrast til at det ikke var lov til å ha friske blomster p.g.a blomstervannets potensielle smittefare. Manglende internettdekning i hele avdelingen.
- Oslo universitetssykehus overbeviser ikke. Rot med prøver, prøver må tas på nytt og månedene går (nå er det snart 1 år siden jeg oppdaget kulen). I tillegg må pasientene vente og vente på Radiumhospitalet; på å ta en blodprøve i 1. etasje, på

å kanskje få en kort samtale med en superstresset lege. Logistikk må tillegges betydelig mer vekt.

- *Konsultasjon som kun er av informativ art bør kunne gis på lokalt sykehus via videokonferanse. Dette da lang reisevei og tidlige konsultasjonstider her, gjør overnatting nødvendig, noe som kan unngås ved videokonferanse. Ref. Sparte utgifter og belastninger for både det offentlige og pasient.*

Alle tilbakemeldinger blir automatisk fordelt til aktuelle avdelinger til informasjon og oppfølging av de aktuelle ledere og ansatte. Lokalt etableres deretter forbedringstiltak med utgangspunkt i tilbakemeldingene som følges opp gjennom Achilles.

Brakerundersøkelsen har så langt vært basert på at det deles ut invitasjoner til pasienter (eller pårørende) i forbindelse med utskrivning eller poliklinisk besøk. Antallet utdelte invitasjoner og dermed antallet svar har gått ned siden starten for snart to år siden, sammen med antallet enheter som aktivt benytter brukerundersøkelsen. I 2014 kom det 2750 svar, hvorav 790 (28 %) fra mobiltelefon og 1545 (55 %) med kommentar. Hittil i 2015 er det innkommet 1700 svar, hvorav 584 (34 %) fra mobiltelefon og 1006 (59 %) med kommentar.

I styresak 39/2015, LG etter 1.tertial 2015 ba styreleder om tiltak for å forbedre svarprosent (vurdere metode og implementering).

Ressursbruken knyttet til kontinuerlig utdeling av invitasjoner målt mot nytteverdi og aktiv bruk av resultatene i den enkelte enhet har ikke resultert i en varig selvpoppbyggende prosess. Det ble derfor i 2014 besluttet å gå videre med en videreutvikling av metoden, der automatisk invitasjon til pasientene blir sendt.

Utvikling av funksjonalitet for utsendelse av invitasjoner via SMS pågår i 3.tertial hos leverandør og Sykehuspartner. Achilles blir da tilknyttet Helse Sør-Østs standard SMS-løsning (Biztalk). Testing kan påregnes i november/desember. Deretter kan fullskala utrulling starte. Risikovurdering av løsningen er levert Personvernombudet.

SMS-invitasjoner vil fra start gi en dekningsgrad på ca. 31 %, som er den gjennomsnittlige andel pasienter som har angitt mobiltelefonnummer i DIPS. Dette er det samme telefonnummeret som benyttes til påminnelse om time ved sykehusets poliklinikker. Økning i denne andelen avhenger av personalets arbeid med oppdatering av pasientopplysningene i DIPS.

2.4 Pasienterfaringer med norske sykehus i 2014 (PasOpp)

Kunnskapscenteret publiserte i september 2015 resultater fra den nasjonale undersøkelsen om brukeropplevd kvalitet i norske sykehus. Resultatene viser at Oslo universitetssykehus HF ligger over landsgjennomsnittet når det gjelder tilfredshet med møtet med helsepersonellet, men under landsgjennomsnittet på flere andre indikatorer og at resultatene har endret seg lite siden 2013-2014.

På indikatorene *organisering*, *utskrivning*, og *samhandling* har vi grunn til å forvente bedre resultater for 2015- 2017 parallelt med ytterligere implementering av DIPS og

etablering av elektronisk kommunikasjon for henvisninger og epikriser. For indikatoren «standard» vil sykehuset måtte leve med et slikt resultat i takt med forbedringer i infrastruktur og bygningsmasse.

Indikator	Antall svar 2014	OUS	Landsnitt 2014
Pleiepersonalet	805	77	76
Legene	800	77	76
Informasjon	804	72	73
Organisering	851	65	68
Pårørende	655	78	80
Standard	851	68	72
Utskrivning	736	56	58
Samhandling	501	58	63
Ventetid	480	63	65

Tabell 1. PasOpp 2014. Resultater for indikatorene for Oslo universitetssykehus HF. Skala 0-100 der 100 er best. Resultatene er vektet og justert, unntatt Ventetid som kun er vektet. Ventetiden er beregnet kun med elektivt innlagte pasienter mot landsgjennomsnittet kun med signifikansnivå $p < 0,01$, og ikke justert for pasientsammensetning. Kilde: PasOpp.

Nytt i 2014 undersøkelsen er et eget kapittel om brukeropplevd pasientsikkerhet med 12 spørsmål og en samlet indikator.

	Antall svarere	Gjennomsnitt på skala 0-100 hvor 100 er best	Prosentandel pasienter med toppskår på indikatoren
Aker	114	85	33
Ullevål	240	84	37
Rikshospitalet	262	88	41
Radiumhospitalet	238	85	31
Oslo universitetssykehus HF	854	86	37
Private sykehus i Helse Sør-Øst	1373	93	60
Nasjonalt	12955	86	40

Tabell 2. Pasientsikkerhet. Noen utvalgte resultater. Kilde: PasOpp

Resultatene viser at Oslo universitetssykehus HF ligger på landsgjennomsnittet når det gjelder brukeropplevd pasientsikkerhet med noen ulikheter mellom lokalisasjonene. Indikatoren for private spesialistsykehus i Helse Sør-Øst er satt inn til sammenlikning.

3 Pasientbehandling med fokus på pasientsikkerhet og samhandling

Mennesker gjør feil fordi de systemer, oppgaver og prosesser som de arbeider med er dårlig utformet.
Professor Lucian Leape, Harvard School of Public Health

Pasientsikkerhet:

- *Vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser²*
- *Pasientsikkerhet er å organisere helsetjenesten slik at uønskede hendelser forebygges³*

Sykehus skal i henhold til Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-8 særlig ivareta «pasientbehandling».

3.1 Risikovurdering - pasientbehandling

Risikoelementer knyttet til pasientbehandlingen har stor oppmerksomhet, og det gjennomføres mange tiltak for å redusere risiko. Sykehuset har fortsatt en utfordrende venteliste- og fristbruddsituasjon, selv om det i 2015 har vært en svært positiv utvikling. Situasjonen vil fortsatt ha stor oppmerksomhet fremover. I tillegg er det en vedvarende utfordring knyttet til utilfredsstillende arealer, begrenset kapasitet, gammelt utstyr og mangel på kompetent personell innen enkelte områder.

De registrerte svartider fra AMK-sentralen er nå betydelig bedret. Innflyttingen av Østfold AMK har vært vellykket og enheten er forsterket med kompetent personell. Høyere aktivitet og et større geografisk område krever imidlertid bedre verktøy for styring av ressurser for å opprettholde effektivitet og responstid. Resultatene er nå innenfor forskriftens krav med august resultater på 92% innen 10 sekunder (krav>90%) og det er gitt tilbakemelding fra Statens Helsetilsyn om at de avslutter sin sanksjonering i form av bøter.

Sykehusets nye IKT-systemer er velfungerende, men det kreves både opplæring og avlæring ved bytte av sentrale systemer som EPJ. Arbeidet med elektronisk utsending av laboratoriesvar og epikriser kontinueres og papirutsendelser opphører gradvis. Pakkeforløp for kreft stiller store krav til koordinering slik at pasientene får oppleve et forløp uten unødig ventetid, kontinuitet i pasientbehandlingen, et godt tverrfaglig samarbeid mellom avdelingene og mot andre sykehus og fastleger. Det er implementert 10 nye pakkeforløp fra 1. mai og 14 nye pakkeforløp blir innført 1. september. Det er etablert system for registrering av forløpstider i pakkeforløpene. De første rapportene fra dette arbeidet viser at sykehuset er godt i gang spesielt med forløpene for tykk- og endetarmskreft og for lungekreft, men har større utfordringer innen andre forløp. I arbeidet med standardiserte forløp er det tydeliggjort fortsatt kapasitetsutfordringer i sentrale funksjoner som radiologi, patologi og kirurgisk behandling. Det arbeides med tiltak for å bedre situasjonen.

Det blir nå tilsatt samhandlingsoverlege og praksiskonsulent som vil bidra til å forsterke samhandlingen med primærhelsetjenesten.

² Hentet fra den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen

³ Hentet fra Den norske legeforening

Interne avviksregistreringer viser noen uheldige og uønskede hendelser knyttet til intern transport av kritisk syke pasienter mellom sykehuslokalisasjonene. Det arbeides med å systematisere kunnskap om dette for å utlede tiltak som kan øker pasientsikkerheten.

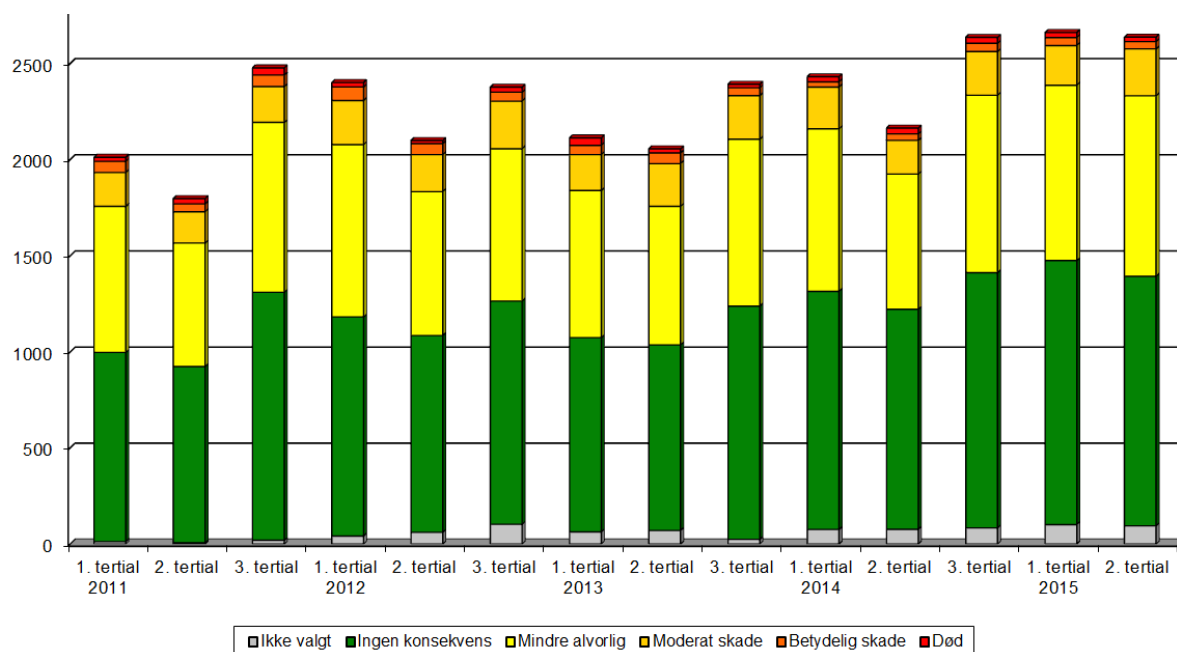
Andel sykehusinfeksjoner og infeksjoner med resistente bakterier er bekymringsfulle, og det arbeides både med presentasjon av robuste data og med forbedringstiltak.

Det vises for øvrig til kapittel 9.1.

3.2 Uønskede pasienthendelser

Antallet registrerte uønskede hendelser i pasientrettet aktivitet er 22 % høyere enn i samme periode i 2014. Andelen av de registrerte sakene som har medført betydelig skade/død har dette tertial gått ned til 2,4 % (2,9 % 2. tertial 2014).

En økning i registrerte uønskede hendelser er positivt og ønsket så lenge antall hendelser med alvorlig faktisk konsekvens ikke øker samtidig. Økningen kan tolkes som en positiv forbedring av de ansattes forståelse og villighet til å melde fra om uønskede hendelser og risikoforhold. Flere innmeldinger kan i neste omgang føre til flere forbedringstiltak og reduserer risiko.



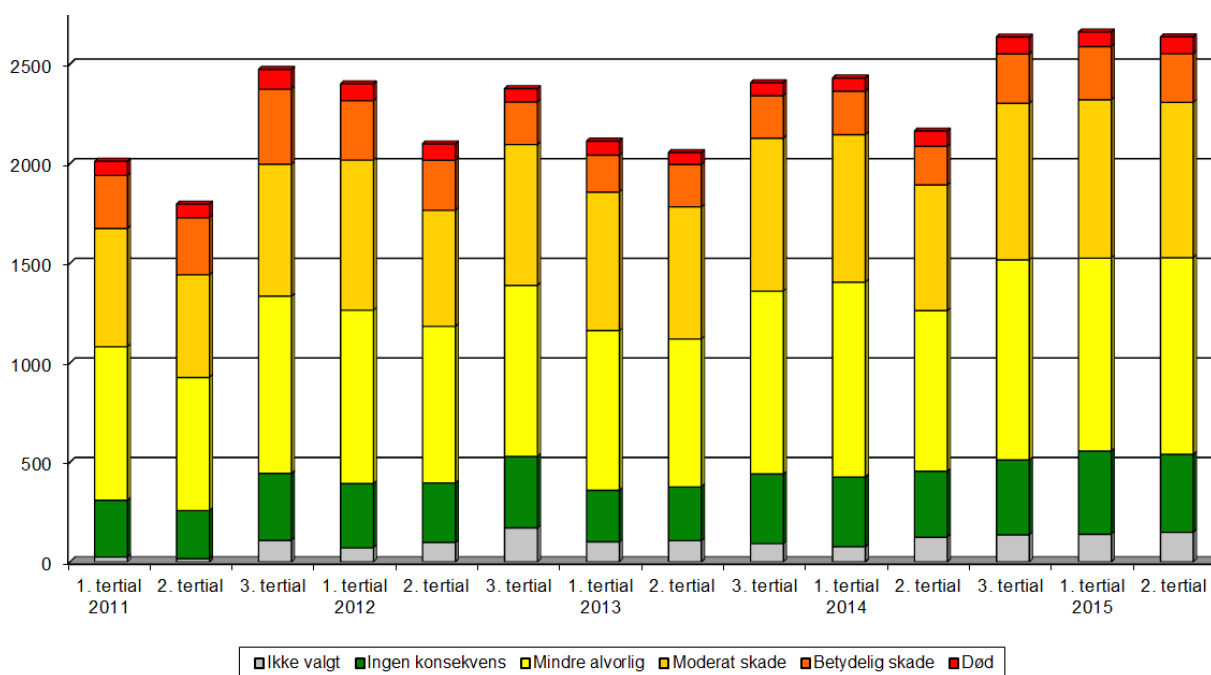
Figur 8. Pasienthendelser fordelt på faktisk konsekvens. Kilde: Achilles

49 % av de registrerte hendelsene hadde ingen eller mindre konsekvens for pasienten.

	2013		2014			2015	
	2. tertial	3. tertial	1. tertial	2. tertial	3. tertial	1. tertial	2. tertial
Andel betydelig skade/død	3,8 %	2,4 %	2,4 %	2,9 %	2,8 %	2,6 %	2,4 %
Andel med ingen konsekvens/ nesten-uhell	49 %	51 %	53 %	55 %	50 %	52 %	49 %

Tabell 3. Prosentvis fordeling av pasientrelaterte hendelser etter konsekvens. Kilde: Achilles

Også ved vurdering av de potensielle konsekvenser (Figur 9) ser en at fordelingen fra tidligere gjentar seg.



Figur 9. Pasienthendelser fordelt på potensiell konsekvens. Kilde: Achilles

De uønskede hendelser og risikoforhold som involverer pasienter er fordelt på følgende typer og alvorlighetsgrader:

		Totalt	Ingen konsekvens	Mindre alvorlig	Moderat skade	Betydelig skade	Død	Ikke valgt
Pasienthendelse		2637	1298	945	243	38	24	89
Diagnostikk, behandling og pleie	32 %	843	348	341	92	19	16	27
Dokumentasjon	8 %	201	140	49	8	0	0	4
Ernæring	1 %	17	4	5	8	0	0	0
Fall og andre ulykker	5 %	141	66	61	12	2	0	0
Legemidler og blodprodukter	15 %	404	254	124	24	1	0	1
Medisinsk utstyr	5 %	143	74	49	16	2	1	1
Pasientadferd	2 %	64	13	25	18	3	5	0
Pasientadministrasjon / samhandling	22 %	567	295	211	42	2	1	16
Sykehusinfeksjon	1 %	22	8	6	1	6	0	1
Ikke kategorisert	9 %	235	96	74	22	3	1	39

Tabell 4. Fordeling av pasienthendelser i hovedkategorier. Kilde: Achilles.

Risikoområder som over tid fremkommer i uønskede hendelser inngår i klinikkenes risikovurderinger og sykehusets samlede risikovurdering.

Forebyggbarhet av dødsfall

I Achilles registreres i hvilken grad dødsfall kunne vært forebygget. Slike vurderinger baserer seg i stor grad på faglig skjønn. Det er i 2. tertial 2015 registrert 23 hendelser i forbindelse med dødsfall. I samme periode ble det registrert 522 døde i sykehuset. I nedenstående tabell er sakene fordelt på følgende kategorier slik de er vurdert etter saksbehandlers vurdering av forebyggbarhet:

Forebyggbarhet	Antall
0. Ikke valgt / ikke ferdig behandlet	1
1. Ganske sikkert ikke forebyggbar	2
2. Sannsynligvis ikke forebyggbar	12
3. Sannsynligvis forebyggbar	6
4. Ganske sikkert forebyggbar	1
Totalt	23

Tabell 5. Klassifisering av forebyggbarhet. Kilde: Achilles

Kort gjengitt fra hendelsene som antas å ha forebyggbare årsaksfaktorer, med forbehold om at årsaksanalyser ikke er avsluttet:

- Svært dårlig pasient manglet fastvakt
- Ambulansforsinket til sykehjemspasient på grunn av feil adresseinformasjon om telefonnummer. Eksterne og interne tiltak.
- Hjertesyk pasient ble ikke innlagt (etter eget ønske). Døde dagen etter.
- Dødsfall med ukjent årsak i overgang fra poliklinisk til døgnbehandling
- Pasient med komplisert sykdom forsinket overført til høyere behandlingsnivå

- Kritisk syk pasient som hadde fastvakt under hele oppholdet. Ikke optimalt oksygenbehandlet.
- Plutselig hjertestans på pasient hvor det fra primærlege var bestilt ambulanse med for lav hastegrad, erkjent i ettertid. Ekstern årsak.

3.3 Sykehusinfeksjoner

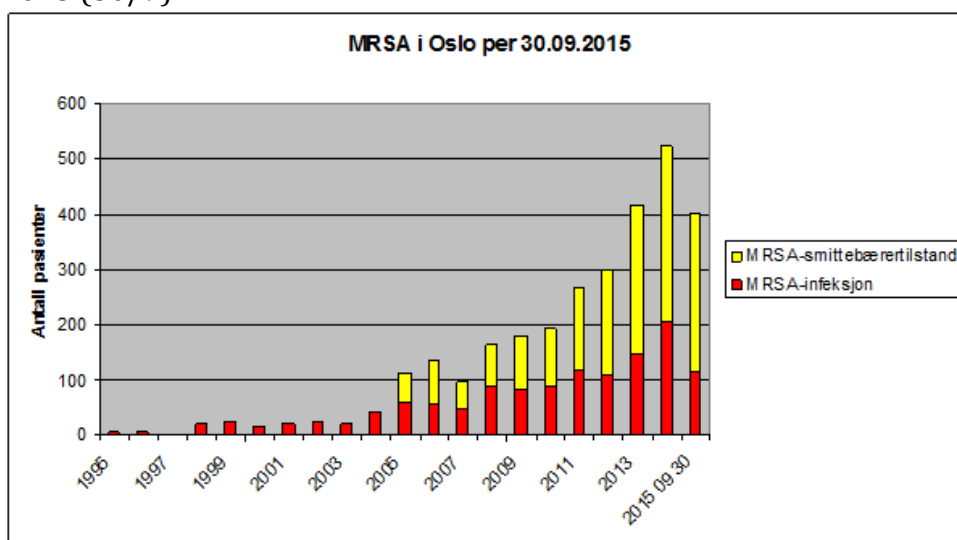
Sykehusinfeksjoner er komplikasjoner for alle typer sykehusinnleggelser. Slike infeksjoner påfører pasienter lidelser og har stor økonomisk og ressursmessig betydning for sykehusdrift. Sykehusinfeksjoner utgjør i følge ulike internasjonale kilder 25 – 40 % av den samlede pasientsikkerhetsutfordringen i sykehus. Med sykehusinfeksjon menes infeksjon som oppstår under institusjonsoppholdet hvor infeksjonen ikke var til stede eller var i inkubasjonstiden da pasienten ble innlagt sykehuset⁴.

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

Prevalensandelen av helsetjenesteassosierte infeksjoner i 2. tertial var 6,2 % (i 1. tertial 4,9 %). Dette omfatter de infeksjonstypene som skal rapporteres til Nasjonalt folkehelseinstitutt. Tallene inkluderer helsetjenesteassosierte infeksjoner hos pasienter overført fra andre sykehus. Det er antall infeksjoner som registreres, ikke antall pasienter med infeksjon. Siden noen pasienter har mer enn én infeksjon, er andelen pasienter med helsetjenesteassosierte infeksjoner litt lavere enn den oppgitte prevalensandelen.

I oppdragsdokumentet er sykehuset gitt som mål at «Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 prosent». Med dagens pasientsammensetning, en til dels nedslitt bygningsmasse og annen suboptimal infrastruktur er 3 % et krevende mål for Oslo universitetssykehus HF.

Oslo universitetssykehus HF har over de siste årene registrert en klar økning av antibiotikaresistente bakterier, og økningen har fortsatt i 2015. Som et eksempel vises forekomsten av meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA) i Oslo i perioden 1995 – 2015 (30/9)



Figur 10. Forekomsten av meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA) i Oslo i perioden 1995–2015 (30/9)

⁴ Kilde: Helsedirektoratet

Samme utvikling ses for mange andre viktige antibiotikaresistente bakterier. Dette legger beslag på stadig mer ressurser, både ved de kliniske avdelingene, Avdeling for mikrobiologi og Avdeling for smittevern.

Styret er orientert om utvikling av antibiotikaresistens i sykehuset i styremøte 25/9-2015, temasak 59/2015). Sykehuset har etablert strategi og handlingsplan for smittevernsarbeidet.

3.4 Sykehusobduksjon

Sykehusobduksjon, også kalt klinisk, medisinsk eller akademisk obduksjon, rekvireres av lege ved sykehuset. Sykehusobduksjoner kan gi bedre innsikt i patologiske prosesser og bestemme faktorer som medvirket til pasientens død. Obduksjon har også en viktig rolle i å kontrollere behandling som er gitt pasienten og kan gi informasjon om forhold som kan forebygge liknende dødsfall senere.

Antall obduksjoner i 2 tertial er 124, hvorav 52 fosterobduksjoner. Dette er som forventet og ingen vesentlig forandring fra 2014. Trenden er fortsatt negativ (Figur 11).

Ved alle norske sykehus observeres en nedadgående tendens i obduksjonsvirksomheten samtidig som det er økende fokus på pasientsikkerhet og feildiagnoser. Sykehusobduksjon er en viktig del av kvalitetssikringen. Videre er det av nasjonal interesse å ha en obduksjonsfrekvens som er høy nok til å sikre et solid grunnlag for kvalitetssikrede dødsårsaker.

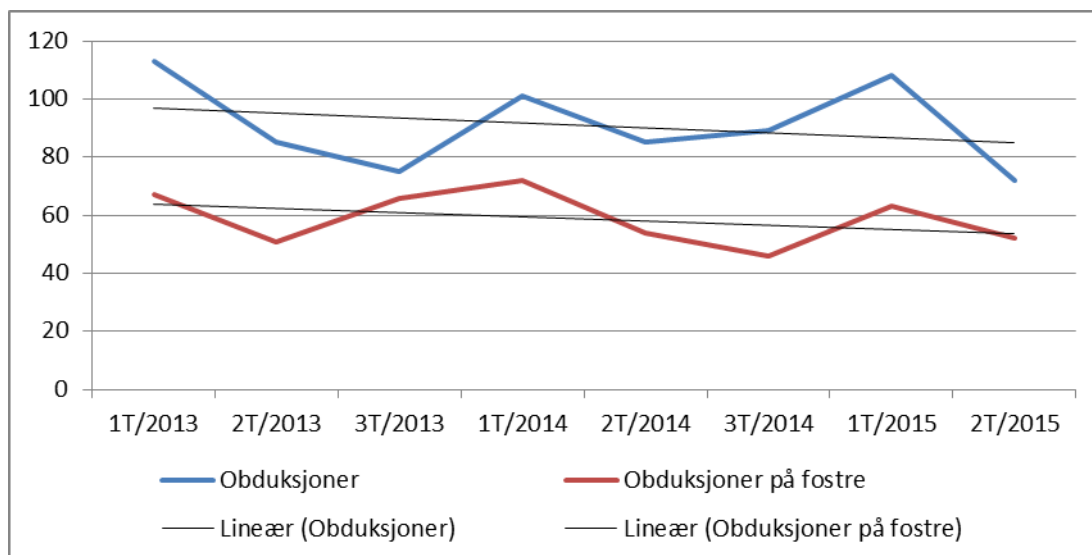
Ny lov om transplantasjon og obduksjon 7. mai 2015 forventes å føre til økt antall obduksjonsbegjæringer. Aktuelle paragrafer er: § 4 at «Dei regionale helseføretaka skal sørge for nødvendig kompetanse og kapasitet til å gjennomføre medisinske obduksjonar» og i § 5 at «Legen som konstaterer at døden har inntreft skal, så langt det er mogeleg, vurdere om det bør gjennomførast ein medisinsk obduksjon og dokumentere at vurderinga er gjort.»

Ved Oslo universitetssykehus HF gjennomføres ca. 450 obduksjoner pr år. Fosterobduksjoner utgjør ca 40 % av dette.

I tillegg obduseres noen pasienter ved Rettsmedisinsk institutt etter begjæring fra politiet.

Avdeling for patologi har kapasitet til å obdusere alle pasienter det sendes begjæring om per i dag. Sykehuset ønsker å øke antall sykehusobduksjoner⁵.

⁵ eHåndbok prosedyre «Obduksjon» nr 48631.



Figur 11. Obduksjoner utført i Oslo universitetssykehus HF. Kilde: Patstat

3.5 Melding til Kunnskapssenteret etter Specialisthelsetjenestelovens § 3-3

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal uten hinder av taushetsplikt straks sende melding til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten om betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade.

Oslo universitetssykehus HF sender meldepliktige hendelser som registreres i Achilles til Kunnskapssenteret i henhold til Specialisthelsetjenestelovens § 3-3. Det ble meldt 442 hendelser i 2. tertial 2015, mot 386 i 2. tertial 2014.

3.6 Varsel til Statens helsetilsyn etter Specialisthelsetjenestelovens § 3-3a

For å sikre tilsynsmessig oppfølging skal helseforetak og virksomheter som har avtale med helseforetak eller regionale helseforetak straks varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko.

I 2. tertial 2015 er det etter Specialisthelsetjenestelovens § 3-3a sendt 22 varsler til Statens helsetilsyn fra Oslo universitetssykehus HF. Varslene medførte tilsynsmessig oppfølging i 3 av sakene og en er ennå ikke avsluttet.

	2. tertial 2013	3. tertial 2013	1. tertial 2014	2. tertial 2014	3. tertial 2014	1. tertial 2015	2.tertial 2015
Ordinær varselhåndtering (ingen tilsyn)	9	9	6	8	10	12	16
Oppfølging - anmodning om redegjørelse	1	2	1	2	6	4	1
Tilsynsmessig oppfølging av fylkesmannen	7	3	4	5	7	3	1
Skriftlig tilsyn v/Statens helsetilsyn	-	2	1	0	0	0	1
Stedlig tilsyn v/Statens helsetilsyn	2	2	1	2	2	0	0
Ikke ferdigbehandlet	-	-	-	-	-	-	1
Totalt	19	18	13	17	25	19	22

Tabell 6. Antall varsler til Statens helsetilsyn med påfølgende oppfølging.

3.7 Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)

I henhold til Pasientskadeloven § 2;

Pasienten og andre som har lidt tap på grunn av pasientskade, har krav på erstatning når skaden skyldes

- a) svikt ved ytelsen av helsehjelp, selv om ingen kan lastes,
- b) teknisk svikt ved apparat, redskap eller annet utstyr som er brukt ved ytelsen av helsehjelp,
- c) smitte eller infeksjon, når dette ikke i hovedsak skyldes pasientens tilstand eller sykdom,
- d) vaksinasjon, eller
- e) forhold som medfører ansvar for helse- og omsorgstjenesten eller helsepersonell etter alminnelige erstatningsregler.

Det skal tas hensyn til om de krav skadelidte med rimelighet kan stille til virksomheten eller tjenesten på skadetidspunktet, er tilsidesatt. Utilstrekkelige ressurser skal ikke medføre ansvar dersom ressursfordelingen har vært forsvarlig og virksomheten i alminnelighet holder en forsvarlig standard.

Selv om det ikke foreligger grunnlag for erstatningsansvar etter første og annet ledd, kan det unntaksvis ytes erstatning når det har skjedd en pasientskade som er særlig stor eller særlig uventet, og som ikke kan anses som utslag av en risiko som pasienten må akseptere. Det skal legges vekt på om det er gitt tilstrekkelig informasjon på forhånd.

Antallet nye erstatningssøknader til Norsk pasientskadeerstatning for skader etter behandling på Oslo universitetssykehus HF er nesten uendret, fra 154 i 2. tertial 2014 til 158 dette tertial.

År	Antall saker
Hele 2010	430
Hele 2011	434
Hele 2012	506
Hele 2013	478
Hele 2014	452
1. tertial 2015	168
2. tertial 2015	158

Tabell 7. Antall nye saker til behandling i NPE, utvikling over tid. Kilde: NPE.

De største fagområdene i antall søknader er kreft og ortopedi.

Vedtak i erstatningssøknader per tertial:

År	Totalt antall	Avslag / avvist	Medhold	Medhold %
Hele 2010	459	327	132	29 %
Hele 2011	437	310	127	29 %
Hele 2012	896	637	259	21 %
1. tertial 2013	137	105	29	22 %
2. tertial 2013	124	93	31	25 %
3. tertial 2013	166	131	35	21 %
Hele 2013	427	329	95	22 %
1. tertial 2014	144	105	39	27 %
2. tertial 2014	154	121	34	22 %

År	Totalt antall	Avslag / avvist	Medhold	Medhold %
3. tertial 2014	178	136	39	22 %
Hele 2014				24 %
1. tertial 2015	140	98	42	30 %
2. tertial 2015	107	83	24	22 %

Tabell 8. **Vedtak** i behandlede NPE-saker, utvikling over tid. Kilde: NPE.

Merk at tallene for 1. tertial 2015 også er endret etter oppdagelse av en feil i kildesystemet.

Utmålt erstatning for Oslo universitetssykehus HF fra Norsk pasientskadeerstatning var på 47,7 millioner kroner i 2. tertial 2015. Sykehusets egenandel er ennå ikke beregnet av Norsk pasientskadeerstatning.

År	Erstatning	Egenandel
2010	110 959 022	6 409 190
2011	122 227 202	5 536 427
2012	106 952 489	4 580 641
2013	106 733 578	4 145 503
2014	158 011 016	8 157 069
1. tertial 2015	21 700 000	1 036 000
2. tertial 2015	47 761 363	-

Tabell 9. Samlet utmåling / erstatningssum i NPE-saker, utvikling over tid. Kilde: NPE.

3.8 Pasientsikkerhetsprogrammet

Det femårige, nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet skal redusere pasientskader ved hjelp av målrettede tiltak i hele helsetjenesten.

Programmet er et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, og viderefører arbeidet som ble startet under pasientsikkerhetskampanjen ved samme navn (2011-2013). Programmets styringsgruppe har besluttet at alle aktiviteter knyttet til tiltak og målinger fra kampanjen skal opprettholdes og spres i programmet.

Tiltakspakkene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet følges opp i sykehuset som en integrert del av sykehusets "Handlingsplan for pasientsikkerhet 2015-2016".

Lederne rapporterer på enhetens innføringsstatus (Tabell 10) – trenden er svakt positiv. Sykehuset iverksetter tiltak med opplæring og støtte for at enhetene også skal kunne måle effekten av tiltakene med bruk av verktøy for statistisk prosesskontroll.

Innsatsområde	Antall relevante enheter			Antall enheter som har implementert tiltakene			Prosentvis mål på spredning		
	T3 2014	T1 2015	T2 2015	T3 2014	T1 2015	T2 2015	T3 2014	T1 2015	T2 2015
Trygg kirurgi	51	45	44	37	35	35	72.5 %	77 %	79 %
Samstemming av legemiddellister	97	95	95	64	67	69	65.9 %	70 %	72 %
Infeksjon ved SVK	66	66	65	48	53	56	72.7 %	80 %	86 %
Trykksår	72	72	70	40	50	52	55.5 %	69 %	74 %
Fall	72	69	66	44	45	46	61.1 %	65 %	69 %
Urinveisinfeksjoner	72	71	70	42	51	51	58.3 %	71 %	72 %
Forebygging av selvmord	31	25	24	25	24	23	80.6 %	96 %	95 %
Forebygging av overdosedødsfall	17	12	11	11	11	10	64.7 %	91 %	90 %

Tabell 10. Aggregert oversikt over avdelingenes egenrapportering av hvor langt de har kommet med å innføre de enkelte tiltakspakkene i enheten. Merk at det også i 2. tertial også er tatt ut noen enheter der tiltaksområdet ikke var relevant. Kilde: Kvalitetsweb

Pasientsikkerhetsprogrammet har varslet om fire nye tiltaksområder som planlegges innført fra 2015/2016:

- Ernæring
- Forebygging av sepsis
- Tidlig oppdagelse av livstruende tilstander
- Klinisk forbedringsprosjekt

Sykehuset har allerede etablert et ernæringsråd og har ernæringsfysiologer i alle klinikker. Metodikk for tidlig oppdagelse av livstruende tilstander som NEWS⁶ og ISBAR med SALSA⁷ er allerede inkludert i sykehusets Handlingsplan for pasientsikkerhet 2015-2016.

3.9 Pasientsikkerhetsvisitter

En pasientsikkerhetsvisitt er et planlagt møte mellom sykehusets ledelse og de ansatte i en avdeling/enhet, der det avdekkes risiko- og forbedringsområder i samtaler med de ansatte. I etterkant av visittene avholdes det møter med klinikk-, avdelings- og enhetslederne hvor ansvar for gjennomføringen av konkrete forbedringstiltak blir fordelt.

Administrerende direktør har i andre tertial gjennomført pasientsikkerhetsvisitter på følgende enheter:

- Avdeling for kreftbehandling, poliklinikk 1. etg, Radiumhospitalet
- Avdeling for gynekologisk kreft, sengepost A3, Radiumhospitalet

Totalt 8 tiltak er planlagt innenfor følgende problemområder:

- Utarbeide og implementere administrative rutiner/ systemer og fagprosedyrer
- Ventelistehåndtering

⁶ National Early Warning Score

⁷ ISBAR med SALSA som er en metode for sikker kommunikasjon/ rapportering

- Ventetider på radiologisk tjenester
- Areal og bygningsmasse
- Etablere introduksjonsprogram for opplæring av LIS-leger
- Etablering av nye legestillinger
- Oppfølging av hygiene-situasjonen på sengepost

Det er planlagt ytterligere 6 pasientsikkerhetsvisitter høsten 2015.

3.10 Pasientsaker

Sykehuset registrerer og følger opp alle mottatte henvendelser der pasient eller pårørende klager på behandling via Pasientombudet eller Fylkesmannen - eller etterspør mer informasjon i forbindelse med et behandlingsforløp.

	2013		2014			2015	
	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2
Fra Fylkesmannen	70	50	33	57	45	43	39
Fra Pasientombud	43	21	26	19	26	21	21

Tabell 11. Nye klager og klagerelaterte saker. Kilde: Avvikssystemet Achilles.

Antall saker fra Fylkesmannen i andre tertial er noe lavere enn samme tertial i fjor. Antall saker fra Pasientombudene i andre tertial er på nivå med samme tertial i fjor.

Fylkesmannens konklusjoner i tilsynssaker som er avsluttet i perioden:

	2. tertial 2014		3. tertial 2014		1. tertial 2015		2. tertial 2015	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Avsluttet uten anmerking	9	50 %	13	33 %	12	44 %	12	50 %
Avsluttet med anmerking	1	6 %	3	8 %	10	37 %	4	17 %
Brudd på informasjonsplikt	0	0 %	1	3 %	0	0 %	1	4 %
Brudd på pasientrettigheter	0	0 %	1	3 %	0	0 %	1	4 %
Brudd på krav til journalføring	1	6 %	1	3 %	0	0 %	0	0 %
Brudd på forsvarlighet	7	39 %	21	53 %	5	19 %	6	25 %
Brudd på taushetsplikt	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
SUM	9	100 %	40	100 %	27	100 %	24	100 %

Tabell 12. Fylkesmannens konklusjoner i avsluttede klagesaker. Merk at brudd på internkontrollforskriften ikke blir registrert her.

I seks av sakene konkluderte med brudd på forsvarlighetskravet i Spesialisthelsetjenestelovens § 2-2 og i tre saker med brudd på andre lover eller forskrifter. Sykehuset har rutiner for å gjennomgå og drøfte sakene på ledermøtet etter avsluttet tertial med fokus på forbedring og iverksetting av tiltak.

Klinikk	Hvem klager til OUS	Brudd på forsvarlighetskravet § 2-2 i SHTL	Brudd på andre lover, forskrifter
Klinikk psykisk helse og avhengighet	Kontrollkommisjonen Fylkesmannen i Oslo og Akershus	X	
Klinikk for kirurgi og nevrofag	Pasienten Fylkesmannen i Oslo og Akershus	X	
Kreft-,kirurgi og transplantasjonsklinikken	Pårørende Norsk pasientforening Fylkesmannen i Oslo og Akershus	X	
Klinikk for kirurgi og nevrofag	Varsel fra Statens Helsetilsyn		Brudd på forskrift om internkontroll
Kreft-,kirurgi og transplantasjonsklinikken	Pasienten Fylkesmannen i Oslo og Akershus	X	
Kreft-,kirurgi og transplantasjonsklinikken	Pårørende Fylkesmannen i Oslo og Akershus	X	
Kreft-,kirurgi og transplantasjonsklinikken	Pasient Fylkesmannen i Oslo og Akershus	X	
Klinikk for kirurgi og nevrofag	Pasient Fylkesmannen i Oslo og Akershus		X (informasjonsplikten)
Klinikk for kirurgi og nevrofag	Pasienten Fylkesmannen i Oslo og Akershus		X (rett til nødvendig helsehjelp, Pasient- og brukerrettighets-loven)

Tabell 13. Saker med brudd på lov eller forskrift

Klinikk Kirurgi og transplantasjon har hatt fire saker med brudd på forsvarlighetskravet.

- En sak gjelder en pasient som klaget på for lang ventetid fra en kul ble oppdaget til hun ble operert.
- En pasient opplevde forsinket diagnose av spredning fra kreft som allerede var under behandling. Pasienten hadde to ulike kreftformer, det ene behandlingsstedet trodde det andre fulgte opp en mistenkelig kul.
- En pasient opplevde lang ventetid, 9 uker, fra påvist kreft til operasjon. Fylkeslegen mener hun burde vært operert innen 6-8 uker. Avdelingen beklager og begrunner dette med stor pågang og ferieavvikling.
- En pasient som ble operert i Oslo universitetssykehus HF og deretter henvist lokalsykehuset fikk raskt tilbakefall, og det var uklart hvem som skulle følge opp, noe som førte til forsinket behandling. Sykehuset får kritikk fordi en CT undersøkelse som viste spredning ikke ble fanget opp tidligere.

Klinikk for kirurgi og nevrofag (KKN) har fire saker med brudd på helselovgivningen, en med brudd på forsvarlighetskravet, en med brudd på informasjonsplikten, en med brudd på pasient- og brukerrettighetsloven og en med brudd på internkontrollforskriften.

- En pasient ventet 2,5 år fra undersøkelse til operasjon. Hun fikk beskjed om at hun var falt ut av systemet, og private MR bilder ble ikke brukt. Avdelingen beklager ventetid og koordineringsproblemer men sier det er liten kapasitet. Brudd på forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.
- En pasient med tumor som ble operert klager på at ingen tok henne alvorlig når hun fikk økende hodesmerter og kvalme etter operasjonen. Hun ble overført til lokalsykehuset uten samtale med lege og de konstaterte hjernehinnebetennelse. Hun fikk tilsendt epikrise i posten som hun ikke forstod, mens lokalsykehuset ikke hadde fått epikrisen. Hun ble informert via en «bookingansvarlig» at hun skulle ha strålebehandling, når hun ikke hadde fått vite hva slags tumor hun hadde. Det var ikke dokumentert at pasienten hadde fått en utskrivningssamtale og derfor heller ikke om hun ble informert. Det foreligger brudd på informasjonsplikten.
- En pasient med medfødt hørselsnedsettelse som har brukt høreapparat siden 1988, fikk cochleaimplantat i 2009 med god effekt, og ønsket cochleaimplantat på det andre øret, men fikk avslag med begrunnelse i prioriteringsveilederen. Fylkesmannen opphevet sykehusets vedtak og skrev at sykehuset kan gi pasienten cochleaimplantat fordi det er begrunnet i nødvendig helsehjelp, og at loven går foran en veileder. Brudd på pasient- og brukerrettighetsloven.
- En pasient med plutselige voldsomme hodesmerter. Ambulansepersonellet kontaktet lege i sykehuset som mente pasientens symptomer kunne forklares med høyt blodtrykk. Ambulansepersonellet fikk beskjed om at pasienten først måtte undersøkes ved sitt lokalsykehus, noe som var i strid med gjeldende retningslinje. Lokalsykehuset bekreftet at det forelå en blødning og pasienten ble kjørt videre til Oslo universitetssykehus. Dette forsinket behandlingen med ca 75 minutter. Statens helsetilsyn påpeker at legene handlet i strid med sykehusets prosedyre og at sykehuset har hatt flere liknende saker. Brudd på internkontrollforskriften og forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Sykehuset har iverksatt nye tiltak for å hindre gjentakelse.

Klinikk psykisk helse og avhengighet har ett brudd på forsvarlighetskravet;

- Behandlingen av en pasient ble av Kontrollkommisjonen innklaget til Fylkesmannen i 2013 over omfattende tvangsbruk i form av beltelegging på en pasient. Dette fikk klinikken ikke kritikk for, men sakkyndige mente man ikke raskt nok hadde skiftet til en spesiell type antipsykotika, som også har alvorlige bivirkninger og derfor bare brukes når andre typer antipsykotika har vist seg ikke å virke. Pasienten ble noe bedre på dette legemidlet. Fylkesmannen konkluderer med brudd på forsvarlighetskravet, og støttet sakkyndige i at klinikken ikke har gjort nok for å flytte pasienten til en sikkerhetsavdeling.

3.11 Etikk (Klinisk etikk komiteé)

Klinisk etikk komiteé skal bidra til at vanskelige spørsmål blir gjenstand for grundig gjennomtenkning, at pasienter/pårørende som er i tvil om avgjørelser skal kunne få drøftet disse, og at sykehusets ansatte skal ha et åpent «refleksjonsrom» for vanskelige og krevende avgjørelser. Arbeidet er organisert med en sentral- og tre lokale komiteer.

Klinisk etikk komité har så langt i år behandlet ni drøftinger av pasientsaker (fem i 1. tertial og fire i 2. tertial).

Sakene er fordelt mellom de tre klinikknære komiteene og har hatt følgende tematikk:

- Hvor langt man skal gå i å behandle kreftsyke barn (to saker)?
Barnets lidelse må veies opp mot muligheten for å lykkes med behandlingen. Foreldre og personalet kan ha ulikt syn, det kan også være usikkerhet og uenighet i personalgruppen som gjør at sakene bringes til Klinisk etikk komiteé.
- «Assistert selvskading» går ut på at personalet aksepterer en viss grad av selvskading og er til stede for å trygge situasjonen. Denne problemstillingen er ikke ny og er blant annet omtalt i utenlandske artikler. Temaet har vært oppe i to drøftinger. Vil assistert selvskading kunne forsvares etisk? Klinisk etikk komité fant det betenkelig og hadde andre forslag til «veien videre».
- Er det forsvarlig med bruk av tvang for å få gjennomført livsnødvendig kirurgi på et barn med en utviklingshemming?
Loven gir mulighet for bruk av tvang under visse omstendigheter når det ut fra en totalvurdering fremstår som det klart beste for pasienten. For å minske risikoen for traumatisering er det viktig at alt gjøres for at tvangen oppleves så lite invaderende og kortvarig som mulig. Ved å avvente inngrepet til symptomene blir mer fremtredende, vil kanskje barnet selv være mer villig til å la seg operere. Utsettelse av inngrepet vil utgjøre en viss risiko, men kan etisk forsvares ved at man da har håp om mindre behov for bruk av tvang.
- En psykotisk pasients ønske om provosert abort - er det konsistent nok?
Eventuelt motsatt, ville ønsket om å beholde barnet vært konsistent nok? Saken førte også til en prinsipiell drøfting.
- Hvor stor medbestemmelse skal foreldre ha?
Et nyfødt barn med alvorlig svikt i et organ, kan overleve med omfattende behandling (ikke lenger eksperimentell) med stor belastning for både barnet og foreldre. Barn som har fått slik behandling rapporteres å ha god livskvalitet (etter et mer belastende første leveår).

Klinisk etikk komiteés vurdering er at foreldrenes oppfatning om hva som er et leveverdig liv ikke er sterk nok grunn til å avstå fra behandling.

I internasjonal bioetisk litteratur kan man se både argumenter som både støtter Klinisk etikk komiteés analyser og argumenter for at foreldrenes rett til å utøve autonomi på barnets vegne inkluderer retten til å si nei til slik behandling. Dette

er en problemstilling som vi stadig vil møte med den raske medisinske utviklingen.

Klinisk etikk komiteé oppfatter at barns selvstendige rettigheter står sterkere i Norge enn i enkelte andre land vi kan sammenligne oss med.

- Kan det stilles krav til pasienter, og under hvilke omstendigheter? Når pasientens adferd ikke lar seg forene med et forsvarlig arbeidsmiljø, - hva da?

Spørsmålene kom opp i en krevende problemstilling knyttet til dialyse, saken er drøftet i Klinisk etikk komiteé flere ganger. Det vesentlige etiske spørsmålet er om man kan stille krav til atferden til en samtykkekompetent person for at det skal gis livsforlengende behandling. Er hensynet til ressursbruk et etisk gyldig argument for å stille krav til pasienter?

Problemstillingen gjelder stadig fler pasienter. Klinisk etikk komiteé representanter har lagt frem saken for nasjonale myndigheter og vil fortsette å løfte saken frem på overordnet nasjonalt nivå.

- Hvor går grensen for aktiv livsforlengende behandling?
En sak hvor behandlingen var ekstremt ressurskrevende og belastende og sjansen for helbredelse var liten, illustrerte dette. Klinisk etikk komiteés vurderte at det ville være etisk forsvarlig å sette klare behandlingsbegrensninger for videre aktiv behandling i en slik sammenheng.

Klinisk etikk komiteé har så langt i år behandlet fire prinsipielle drøftinger (tre i 1. tertial og en i 2 tertial):

- En representant fra nevreradiologisk avdeling drøftet endring i forskrift for dødkriteriene.
Hvis CT angiografi også blir akseptert som en metode å konstatere død på i forkant av en organdonasjon, er flere av nevreradiologene ved sykehuset svært skeptiske. De mener metoden ikke er nøyaktig nok, og at det kan være manglende kompetanse på de mindre sykehusene til både å ta og tolke disse bildene. Regionsykehusene vil dermed kunne få en oppgave med å tolke bilder av varierende kvalitet. Dette ville innebære at de må ta et faglig ansvar for tolkning av bilder hvis tekniske kvalitet man ikke har kontroll på.

Klinisk etikk komiteé presiserte at leger ikke kan pålegges oppgaver de mener ikke er faglig forsvarlige. Det er uheldig hvis prosessen rundt utarbeidelsen av det nye forslaget ikke har vært åpen nok.

Befolkningens positive holdning til organdonasjon er blant annet basert på tillit til at de undersøkelsene som foretas er faglig holdbare. Samtidig er det slik at opphevet hjernesirkulasjon som kriterium for død er i ferd med å bli «et særnorsk fenomen» i det en rekke andre land ikke praktiserer dette. Det bør diskuteres om det er rimelig å opprettholde dette kriteriet hvis metoden for å konstatere om kriteriet er oppfylt skal endres til en metode mer mindre sensitivitet og spesifisitet.

- Rutineransaking i psykiatrisk- og spesialisert rusbehandlingsenhet har vært drøftet. De ansatte opplever det vanskelig å forene lovgivers forbud mot rutineransaking med forsvarlig drift av psykiatriske sengeenhet på grunn av behovet for sikkerhet for ansatte og pasienter. Det er med andre ord vanskelig å overholde loven.

Klinisk etikk komiteé sendte en oppfordring til klinikkleder om å ta denne problemstillingen på nytt opp med Departementet: «Når kan det forventes en eventuell lovhjemmel/retningslinje om rutinemessig ransaking i psykiatriske- og spesialiserte rusbehandlingsavdelinger?»

- Håndtering av multiresistente bakterier er drøftet med leder for smittevernnavdelingen.

Klinisk etikk komiteé fulgte smittevernnavdelingens tanke om hvordan de praktiserer denne krevende utfordringen. Klinisk etikk komiteé er også opptatt av hvordan få personalet til å endre seg i forhold til håndvask og andre vanlige smitteverntiltak. At helsepersonellet overholder håndvask er av vesentlig betydning, men renholdet på avdelingene er også av stor viktighet. Multiresistente bakterier er et betydelig samfunnsproblem som må tas på alvor av alle.

- Prevensjon til alvorlig psykisk syke pasienter er et forsømt område. Psykotiske pasienter blir ikke rutinemessig fulgt godt nok opp når det gjelder prevensjon og uønsket graviditet. Klinisk etikk komiteé ønsker å sette videre fokus på dette og det blir et tema på det nasjonale Høstseminaret i regi av Senter for Medisinsk etikk.

Uttalelser og presentasjoner

- Klinisk etikk komiteé har avgitt høringsuttalelse til NOU «Åpent og rettferdig», om prioriteringer i helsevesenet. I forkant av dette hadde Klinisk etikk komiteé et internseminar om temaet og en presentasjon på stabsmøtet i januar.
- Klinisk etikk komiteé representanter har presentert arbeidet på tre arrangement for nyansatte og i Sentralt pasientsikkerhetsutvalg.
- Klinisk etikk komiteé representanter har undervist om etikkarbeidet internt på sykehuset og eksternt blant annet ved Akershus universitetssykehus, Sykehuset Innlandet, Elverum og for Helserettsavdelingen i Helse og omsorgsdepartementet.

3.12 Metodevurdering

En mini-metodevurdering er en forenklet metodevurdering, som utføres lokalt på sykehusene. Mini-metodevurderinger kan benyttes for medisinsk utstyr og prosedyrerelatert diagnostikk og behandling, og utføres lokalt på sykehuset av de ansatte. Mini-metodevurdering utføres når det er klinisk relevant usikkerhet eller faglig uenighet vedrørende effekt eller sikkerhet ved en ny metode, eller når innføring av metoden reiser etiske spørsmål. Formålet med mini-metodevurderinger er å gi et bedre grunnlag for riktige beslutninger vedrørende innføring av nye metoder på et sykehus. Kilde: Helsedirektoratet

Oslo universitetssykehus HF implementerte i 2013 bruk av mini-metodevurdering i tråd med oppdragsdokumentet. Det er opprettet et internt "Råd for metodevurdering" som setter i gang nye arbeidere og vurderer ferdige metodevurderinger før beslutning i lederlinjen. Her er alle klinikker representert og det er nå bare en klinikk som ikke har utført mini-metodevurdering.

Det er totalt gjennomført 16 mini-metodevurderinger siden 2013 og det er flere nye metoder under vurdering. Sykehuset har vært ledende innen dette arbeidet med implementering i Norge, og har fått viktige erfaringer som vi aktivt deler med andre sykehus og ansvarlige i helseforvaltningen.

Det arbeides med å få gode rutiner for beslutningsprosesser etter at fagmiljøene er ferdig med mini-metodevurderingene og nye metoder skal innføres, avvikles eller utprøves. Det er en målsetning at sykehuset ikke innfører metoder før de er vurdert i en metodevurdering. Sykehuset har også funnet det nyttig å vurdere mini-metodevurderinger utført ved andre sykehus og har faste rutiner for slik «gjenbruk».

Klinikk/HF	Innmeldte	Ferdige	Avviste	Under utarbeidelse	Til full metodevurdering
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	3	1		2	
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	12	8	3	0	1
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	4		3		1
Oslo sykehusservice	2	1		1	
Hjerte-, lunge- og kar-klinikken	2			2	
Kvinne- og barne-klinikken	3	1		1	1
Medisinsk klinikk	5	3		2	
Akuttklinikken	2	2			
Klinikk psykisk helse og avhengighet	2		2		
Sum	35	16	8	8	3
Andre Helseforetak		9			

Tabell 14. Metodevurderinger

På bakgrunn av sykehusets erfaringer har Helse Sør-Øst RHF etablert en regional kompetansetjeneste for metodevurdering ved Oslo universitetssykehus HF. Hovedoppgaven for kompetansetjenesten er å formidle og bygge opp kompetanse i

helseforetakene. Dette gjøres gjennom metodestøtte, rådgivning, veiledning og drift av et faglig nettverk/referansegruppe. Videre å være aktive deltakere i videreutvikling av rutiner og systemer innen metodevurderinger og kommuniserer med relevante miljøer, fagråd og bibliotek tjenester.

3.12.1 Kunnskapsbaserte fagprosedyrer

En prosedyre er et dokument som angir fremgangsmåte for å utføre en aktivitet eller en prosess. En fagprosedyre omhandler medisinske og helsefaglige aktiviteter eller prosesser i helsetjenesten. En fagprosedyre bør knyttes til pasientinformasjon og være basert på det samme kunnskapsgrunnlag. En kunnskapsbasert fagprosedyre er utarbeidet etter minstekravet for fagprosedyrer beskrevet på www.fagprosedyrer.no.

Klinikkene er godt i gang med å tilegne seg erfaring om kunnskapsbasert arbeidsmetode. Bibliotekene yter god bistand. De fleste kliniske avdelinger melder nå inn tema for en fagprosedyre som de skal utarbeide i løpet av 2015 og 2016.

For at sykehuset skal lage de viktigste prosedyrene først vil «Utvalg for koordinering av pasientforløp, fagprosedyrer og pasientinformasjon» prioritere prosedyrer klinikerne trenger og som de regner som viktige, og så finne de rette fagmiljøene som kan lage dem. Viktige fagprosedyrer vil fra 2016 også basere seg på hvor det er mange avvik og klager, og systematisk følge pasientsikkerhetsprogrammets satsinger.

Det vil videre bli fokusert på å lage flere virksomhetsomfattende fagprosedyrer (nivå 1). Dette vil kunne erstatte mange lokale dokumenter (nivå 2). Planen er å sikre en mer ensartet og god praksis ved at de fagmiljøer som er eksperter innen sine områder utarbeider dokumenter som blir gjeldende for hele sykehuset.

Klinikkene får kompetanse og øvelse i kunnskapsbasert arbeidsmetode gjennom en rekke tiltak:

- «KloK-prosjektet» har som målgruppe legestudenter ved Universitetet i Oslo.
- Flere studier innen helsefag har god undervisning og øvelse i kunnskapsbasert arbeidsmetode.
- I spesialistutdanningene for alle de medisinske spesialiteter blir det nå også laget et kompetansehevende system.
- Sykehuset holder kurs for utdannede leger og helsefaglig personell.

Ved å lage kunnskapsbaserte prosedyrer og utarbeide mini-metodevurderinger får de ansatte øvelse i å bruke kunnskapsbasert arbeidsmetode. Det anses derfor som viktig at alle avdelinger ikke bare får utdanning i god kunnskapshåndtering, men får brukt dette i sitt daglige arbeid.

Sykehuset har utarbeidet 53 kunnskapsbaserte prosedyrer og har 32 under arbeid. Det arbeides parallelt med å lage pasientinformasjon til disse.

På Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten er det etablert overvåking (via Google analytics) av antall oppslag på hver av de kunnskapsbaserte prosedyrene som sykehuset

har laget og som deles med andre. Sykehusets prosedyrer betegnes som viktige og har mange oppslag.

Fagprosedyrer som lages kunnskapsbasert i andre helseforetak kan tilpasses og brukes i vårt sykehus når vi trenger det. Det skal knyttes pasientinformasjon til disse før de godkjennes.

3.13 Pasientforløpsarbeidet

I foretaksmøtet 17. juni ble det understreket at det er et lederansvar å lykkes med pakkeforløpene og forutsatte at dette arbeidet blir prioritert slik at målene gitt i oppdrag og bestilling 2015 nås.

Fokuset andre tertial i 2015 har vært implementering av ti nye pakkeforløp fra 1. mai, planlegging og etablering av de resterende 14 pakkeforløpene som skal igangsettes 1. september, samt oppfølging av de fire første pakkeforløpene som ble igangsatt 1. januar.

For hvert pakkeforløp angis nasjonal norm for forløpstider fra mottak av henvisning i spesialisthelsetjenesten til start utredning/pasientfram møte, til beslutning om behandling og til oppstart av behandling. Disse tidene skal registreres i DIPS og vil bli monitorert og rapportert til Norsk pasientregister (NPR) og vil også bli publisert.

I de fire første pakkeforløpene som ble implementert i januar, er registrering av forløpstider godt i gang. Det ble i løpet av april gjennomført kurs i registrering av forløpstider for pakkeforløpene som ble implementert 1. mai. De som har vært involvert i disse pakkeforløpene er blitt fulgt tett i løpet av forsommeren og august for å sikre at kodingen av forløpstider er iverksatt. Per andre tertial 2015 er ca 2900 pasienter ved sykehuset registrert i et av de 14 implementerte pakkeforløpene.

Pakkeforløpene stiller store krav til koordinering. I Nasjonal implementeringsplan for pakkeforløpene ble det stilt krav om etablering av forløpskoordinatorer som "loser" pasientene gjennom systemet. Forløpskoordinatorer fungerer nå i samtlige av disse 14 pakkeforløpene som er implementert per 2. tertial. Det er opp til fire forløpskoordinatorer i ett og samme pakkeforløp, en per avdeling som skal «holde hverandre godt i hånden» og sørge for at pasientene får et pakkeforløp uten ventetid, med kontinuitet i pasientbehandlingen og et godt tverrfaglig samarbeid mellom avdelingene og mot andre sykehus og fastleger. Oversikt over pakkeforløpene med henvisnings- og kontaktinformasjon til involverte avdelinger og forløpskoordinatorer er publisert på sykehusets nettside.

Ansvar for gjennomføring av de ulike pakkeforløp ligger i linjeledelsen. De enkelte avdelingsledere har således ansvar for «sin del» av pakkeforløpet. Når forløpene strekker seg over flere avdelinger og klinikker, er dette en utfordring for gjennomføring av helheten i pakkeforløpene. Det er derfor behov for etablering av en struktur på tvers av linjeledelsen. Det ble i sykehusets ledermøte 10. februar besluttet å etablere et forløpsteam/en forløpsledelse ved sykehuset for hvert pakkeforløp.

En slik forløpsledelse er opprettet i de 14 første pakkeforløpene. Det er gjennomført oppstartsmøter i forløpsteamene for pakkeforløpene som ble igangsatt 1. mai. I de fire første pakkeforløpene (bryst-, lunge, prostata- og tykk- og endetarmskreft) som ble implementert 1. januar, er forløpsledelsen for det enkelte pakkeforløp godt etablert. I disse teamene gjennomgås jevnlig rapportene fra NPR, kapasitets- og kvalitetsmessige utfordringer vurderes og det har vært iverksatt enkelte kvalitetsforbedrende tiltak. Nasjonale indikatorer viser at sykehuset har utfordringer med å innfri forløpstider i pakkeforløpene for brystkreft og prostatakreft, mens det går bedre i pakkeforløpene for tykk- og endetarmskreft og lungekreft.

Totalt skal det implementeres 28 nasjonale pakkeforløp for kreft i 2015. 1. september implementeres de siste 14 pakkeforløpene for kreft. I august har det vært gjennomført implementeringsmøter der sentrale aktører fra de ulike klinikkene og avdelingene har deltatt, samt kurs i registrering av forløpstider. Det jobbes med å etablere forløpskoordinatorfunksjoner i samtlige av disse 14 pakkeforløpene.

Også ved andre sykdommer er det behov for å implementere bedre pasientforløp. I Danmark har arbeidet med kreftforløpene hatt en positiv, smittende effekt på enkelte andre pasientforløp i spesialisthelsetjenesten. Helse Sør-Øst RHF har iverksatt et arbeid for utarbeidelse av standardisert pasientforløp for alkoholisme. Oppstartsmøte for dette arbeidet er høsten 2015.

3.14 Samhandling

3.14.1 Tjenesteavtaler

Arbeidet med å få på plass underavtaler tilknyttet tjenesteavtaler for ulike fagområder har fortsatt stort fokus.

Helt siden samarbeidsavtalene ble inngått i 2012, har det vært et mål å ha avtalelighet i hele Oslo. Dette er viktig fordi bydelene forholder seg til flere sykehus avhengig av pasientens diagnose og alder.

Det arbeides også med å sikre at avtalene skal ha et tydelig utviklingsfokus knyttet til pasientforløpsarbeidet. På denne måten vil avtalene i større grad kunne benyttes som strategiske virkemiddel i samhandlingen. Samarbeidsutvalget har nylig etablert en arbeidsgruppe med representanter fra de fire sektorsykehusene i hovedstadsområdet og Oslo kommune for å gå gjennom det som til nå er utarbeidet av underavtaler samt komme med forslag til hvordan avtalene best kan implementeres.

Underavtalen som skal sikre "Samhandling om pasienter med psykisk lidelse og/eller avhengighetslidelse og som har behov for tjenester fra bydel og spesialisthelsetjenesten" er slutført og vedtatt i Direktørmøte for sykehusets sektor. Denne avtalen omfatter også barn i psykisk helsevern. Det har vært en faglig krevende prosess å komme fram til en omforent avtale, blant annet fordi selve definisjonen på en «utskrivningsklar pasient» innen psykisk helsevern og avhengighet er utfordrende og fordi samhandlingen innen fagområdet er annerledes enn i somatikken.

En forpliktende samarbeidsavtale mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF om svangerskaps, fødsels og barselomsorg er nå ferdig til endelig beslutning i Direktørmøte for sykehusets sektor. Arbeidet har tatt utgangspunkt i Områdeplan for Oslo universitetssykehus HF opptaksområde 2013- 2017.

Oslo kommune og sektorsykehusene Akershus universitetssykehus HF, Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg diakonale sykehus og Oslo universitetssykehus HF har inngått «Lovpålagt delavtale for IKT-samarbeid». Samarbeidsutvalget etablerte en arbeidsgruppe som skulle spesifisere innholdet i dette samarbeidet. Gruppens forslag har nå vært til behandling i Samarbeidsutvalget og er anbefalt overfor de fire sykehussektorene.

3.14.2 Status for pågående samhandlingsprosjekt

Tverrfaglig Familiestøtte

Prosjektet er et samhandlingsprosjekt mellom Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune. Formålet med prosjektet er å forebygge ruseksponering i fosterlivet og psykososiale vansker hos barna.

Oppstart av pilotprosjektet fant sted i mai 2015 med Kick Off i bydel Sagene med stor deltagelse fra både ledere og utøvere i bydel og sykehus. I løpet av mai og juni har det vært avholdt informasjonsmøter med både leger og helsesøstre i kommunen. Det vil bli gjennomført lignende møter med andre involverte instanser. Informasjonsbrosjyre om prosjektet er trykt i 5000 eksemplarer og distribuert på aktuelle steder, inkludert i engelsk og somalisk versjon.

I løpet av august er det påbegynt en plan for evaluering i samarbeid med Ide-poliklinikken ved Oslo universitetssykehus HF. Dette gjelder både med tanke på forebygging og nytteverdi for den enkelte bruker.

Prosjektet «Tverrfaglig familiestøtte» er tildelt 1,1mill i tilskudd fra Helsedirektoratet for 2015.

"Vel hjem"- Brukersentrerte tjenester for den multisyke pasient

Prosjektet tar utgangspunkt i den eldre pasienten som har sykdom i flere organsystemer og som krever aktiv behandling. Det er en fellesoppfatning i både spesialist- og primærhelsetjenesten at denne pasientgruppen er sykere enn før, lever lenger enn tidligere og at dette på en særskilt måte utfordrer samhandlingen. Multisyke representerer i dag vår største utfordring i helsetjenesten.

Multisykdom inkluderer tradisjonelle sykdommer og syndromer som hjertelidelser, diabetes, revmatologiske tilstander, KOLS og demens. Multisykdom blant eldre er svært vanlig, og prosjektet avgrenser seg til å se på den multisyke pasient over 70 år.

Like fullt har det frem til nå blitt vektlagt tilnærminger som tar utgangspunkt i enkeltdiagnoser. Å fokusere på det sammensatte bildet krever en ny tilnærming.

Prosjektet vil se på hvordan primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste sammen med pasienten kan legge til rette for behandlingen. Fokuset vil være på det som pasienten oppfatter som viktig for sitt liv og sin funksjon.

Prosjektet er et samhandlingsprosjekt mellom Oslo universitetssykehus HF, Oslo kommune, Sykehusapotekene og Design for offentlige tjenester. Prosjektet er tildelt midler fra Samarbeidsutvalget og er under etablering. Prosjektperiode er høst 2015 til høst 2017.

Ambulante foreldreveiledningsteam

Ambulante foreldreveiledningsteam er et samhandlingsprosjekt mellom Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune.

Oslo universitetssykehus HF tilbyr i dag veiledning til ca 300 barn og unge årlig med nevrologisk betingede utviklingsforstyrrelser, atferdsvansker og store sammensatte behov i Oslo kommune.

Dette er behov som krever andre foreldreferdigheter enn det som er vanlig. For omtrent halvparten av disse barna er foreldreveiledning en del av henvisningsgrunnlaget.

Familiene vil i perioder ha behov for intensiv bistand og oppfølging av spesialisthelsetjenesten. Dette er barn med langvarige oppfølgingsbehov og hvor det er viktig for mor og far at barnet bor hjemme. Det er avgjørende at det finnes kompetanse i bydel til å følge familie med veiledning og støttetiltak.

Det er i dag noen grunnleggende utfordringer knyttet til helhetlig omsorg for disse familiene, og det er behov for bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

På denne bakgrunn ble det søkt om midler til å prøve ut et ambulerende foreldreveiledningsteam som et lavterskeltilbud til foreldre/familier med barn(0-18 år) som har funksjonsnedsettelse.

Et slikt foreldreveiledningsteam er tenkt etablert som et samhandlingsteam med ressurser både fra spesialisthelsetjenesten og fra bydelene. I dag er det spesialisthelsetjenesten som innehar kompetanse til å imøtekomme familiens behov for veiledning. Målet med prosjektet er at bydel og spesialisthelsetjeneste i langt større grad kan definere dette som en felles utfordring hvor oppgaver og ansvar er definert både med hensyn til hva som er fellesoppgaver, og hva som er den enkeltes ansvar og oppgaver.

Prosjektet ble i juni tildelt midler fra Samarbeidsutvalget og er under etablering. Prosjektperioden er fra høsten 2015 til høsten 2017.

3.14.3 Praksiskonsulentordningen

Praksiskonsulentordningen ved Oslo universitetssykehus HF vil bli styrket ved at det blir ansatt to nye leger primo november.

Praksiskonsulentene er organisert sentralt, men vil arbeide ut mot alle sykehusets klinikker. De er en viktig ressurs i videreutviklingen av den elektroniske samhandlingen. De har fokus på arbeidet med pasientforløpene og forbedringsarbeidet knyttet til kvaliteten på henvisninger og epikriser. De arbeider oppdragsbasert.

3.14.4 Elektronisk samhandling

Elektroniske henvisninger

Etter endt pilotering av mottak av elektroniske henvisninger fra noen utvalgte legekantor, ble muligheten for å sende elektroniske henvisninger åpnet for alle landets legekantor i starten av juni. Sykehuset følger opp alle henvisninger som kommer inn og at det sendes en applikasjonskvittering tilbake. Antallet elektroniske henvisninger er begrenset, men det forventes at antallet vil stige vesentlig utover høsten. Inntrykket er at systemet fungerer godt både hos primærhelsetjenesten og ved sykehusets sentrale henvisningsmottak.

Elektroniske epikriser

Oslo universitetssykehus HF sender ut elektroniske epikriser til fastleger over hele landet. Antallet epikriser som er sendt og bekreftet mottatt har økt betydelig siden innføringen av DIPS, noe som styrker pasientsikkerheten og bidrar til tryggere pasientforløp. Det planlegges å øke antall eksterne mottakere av elektroniske epikriser fra ca. 1200 til om lag 2000 i løpet av høsten 2015. Arbeidet går etter planen.

Overvåkningsløsningen «MTM» som er rullet ut til avdelingene ved Klinikk for diagnostikk og intervensjon for overvåking av laboratoriesvar, har hittil ikke hatt god nok funksjonalitet til å kunne brukes ute i klinikkene til overvåking av epikriser. Mye arbeid er gjort for å korrigere feilutsendinger av epikriser, spesielt knyttet til feiladressering. Per august 2015 er andelen epikriser som fører til en avvisning hos mottaker nede i ca. 1 %.

Pleie og omsorgsmeldinger

Det er et tett samarbeid med Oslo kommune for å løse felles utfordringer. Dette gjelder også utsendelse av pleie og omsorgsmeldinger. Arbeidet har høy prioritet.

Det sendes nå elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger (PLO) til alle bydelene i Oslo.

Innføringen av elektroniske pleie og omsorgsmeldinger har gitt store forbedringer i samhandlingen mellom sykehus og kommunehelsetjeneste. Innhold og kvalitet på

meldingene har imidlertid hatt noe variabel kvalitet. Det er derfor satt i gang et opplærings- og undervisningsprogram som har gitt forbedringer.

Arbeidet med å gjøre tilgjengelig pleie og omsorgsmeldingsutveksling går tilfredsstillende. Planen er at alle kommuner som ønsker det skal få tilgang i løpet av året.

Avviksmeldinger

I 2014 igangsatte sykehuset en pilot i samarbeid med utvalgte fastlegekontor i Oslo om elektronisk innsending av melding om uønskede hendelser. Fastlegene kunne via «Min journal» registrere avvik via web. Innmeldte avvik ble da registrert automatisk i sykehusets avvikssystem Achilles.

Fastlegene er viktige samarbeidspartnere i pasientbehandlingen og inngår i alle pasientforløp. De registrerer derved mange av svakhetene i sykehusets systemer. Det vil antatt ha stor nytteverdi å få disse observasjonene registrert og fulgt opp gjennom Achilles på en strukturert måte.

Planen er, etter evaluering av systemet, en videre kontrollert utrulling av tilbudet til alle fastlegekontor i Oslo, Sykehjemsetaten og etter hvert bydelene.

3.14.5 Koordinerende enhet (KE) Habilitering/rehabilitering

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering har representanter fra sykehusets ulike klinikker, er tverrfaglig sammensatt og har brukerrepresentasjon.

Et satsningsområde har vært å etablere den lovpålagte koordinatorfunksjon. Dette arbeidet er imidlertid forsinket da innføring av pakkeforløp for kreft har vært prioritert.

Satsningen på å styrke samarbeidet mellom Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i Oslo universitetssykehus HF og Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i sykehusets 12 områdebydeler fortsetter og det avholdes blant annet fellesmøter. Det prioriterte tema nå er samarbeid om barn og unge innen feltet psykisk helse og habilitering.

3.14.6 Status utskrivningsklare pasienter

Det er fortsatt meget god responstid fra bydeler og kommuner i forhold til 24 timers - melderutinen for utskrivningsklare pasienter. Sykehuset har ubetydelige antall overliggerdøgn for somatiske pasienter meldt utskrivningsklare til primærhelsetjenesten. Det bør imidlertid bemerkes at både sykehus og bydeler oppfatter utskrivning av kompliserte enkeltpasienter uten norsk statsborgerskap som krevende.

19-20.mai ble det gjennomført tilsyn fra Fylkesmannen i Oslo og Akershus på samhandlingen mellom Oslo universitetssykehus HF, fastleger og to bydeler i sykehuset

lokalsykehusområde. Tema for tilsynet var samhandling om utskrivningsklare pasienter som er i behov av hjemmebasert omsorg ved eller etter utskrivning. Tilsynet var meget gjennomgripende, både på system og klinikknivå. Fylkesmannens sluttrapport var imidlertid svært tilfredsstillende. Det ble verken påpekt merknader eller avvik ved Oslo universitetssykehus praksis.

Utskrivningsprosessene innen feltet psykisk helse- og avhengighet kompliseres fortsatt av mangelfulle botilbud eller spesialplasser i kommunene. Både Oslo universitetssykehus HF og sykehusets lokal - og områdebydeler ønsker at samhandlingen innen fagfeltet gjøres til satsningsområde for 2016. Dette gjelder også innen Barne- og ungdomspsykiatri.

3.14.7 Kommunal akutt døgnetenhet

Helseforetaket har et forpliktende samarbeid med Oslo kommune gjennom en felles referansegruppe for Kommunal akutt døgnetenhet. Der diskuteres krav til kvalitet og kriterier for inntak. Kommunal akutt døgnetenhet gjennomfører i samarbeid med referansegruppen en kontinuerlig korrigerende og utvikling av tjenesten. Samarbeidet er oppsummert som meget bra.

Det er fortsatt god utvikling av tjenestetilbudene. Plassutnyttelsen er god og planlagt kapasitetsutvidelse er i rute. I alt 73 senger skal være i drift i løpet av 2016. De ansattes kompetanse er i stadig utvikling på både lege- og sykepleiersiden. Det er en utpreget vilje til å ta imot de pasienter som henvises. Døgnetenheten benytter seg systematisk av den generelle beredskapen sykehuset har på Aker helsearena der tilgang til anestesibistand blir fremhevet som viktig.

Inklusjonskriteriene revideres systematisk. Enheten mottar nå for eksempel palliative pasienter.

3.15 Pasientkommunikasjon

Sykehusets primære målgruppe er pasientene og deres pårørende. Flertallet av pasientene er aktive brukere som ønsker å få god informasjon slik at de selv kan ta ansvar for å fremme egen helse. God pasientinformasjon vil gi befolkningen økt kunnskap om og realistiske forventninger til tilbud, behandling og pasientrettigheter.

Pasientinformasjon på sykehusets nettsider

Oslo universitetssykehus HF sine hjemmesider, www.oslo-universitetssykehus.no, skal være et sted der pasienter, pårørende, mediene, helsepersonell og andre fagfolk skal finne den informasjonen og tjenestene de trenger i sin kontakt med sykehuset. Nettsidene skal sikre at brukerne kan holde seg oppdatert og finne relevant, kvalitetssikret og tilgjengelig (helse)informasjon om sykehuset digitalt.

Status for den medisinske pasientinformasjonen som er publisert på sykehusets internett ved utgangen av andre tertial 2015 er:

- 453 diagnoser (økt med 23 siden 1. tertial 2015)
- 169 undersøkelser (økt med 109 siden 1. tertial 2015)
- 287 behandlinger (økt med 30 siden 1. tertial 2015)
- pasientforløp (økt med 3 siden 1. tertial 2015)

Pilot pasientkommunikasjon

Som følge av et ledermøtevedtak 26. mai ble det besluttet å igangsette et pilotarbeid for å styrke pasientinformasjonen på sykehusets nettsider. Kreft-, kirurgi og transplantasjonsklinikken og Klinikk for psykisk helse og avhengighet er valgt som pilotklinikker høsten 2015. Pilotene eies av klinikkene og organiseres som prosjekter med styringsgruppe og ressursgruppe. Målet er å bedre nettsidene både kvalitativt og kvantitativt. Evaluering av prosjektene med anbefaling for videre arbeid, legges fram på ledermøtet i januar 2016.

Kommunikasjonsstrategisk satsing på ungdomshelse

Ungdomshelse er definert som et strategisk satsingsområde for kommunikasjonsarbeidet i 2015. Valg av tema har dels sin bakgrunn i den nasjonale satsingen på ungdomshelse. Departementet legger neste år fram en egen ungdomshelsestrategi, og i 2013 kom barneombudets rapport «Helse på barns premisser».

I kjølvannet av dette har det vært et internt økende fokus på ivaretagelse av unges særskilte behov under sykehusoppholdet, blant annet ved å heve øvre aldersgrense for barn til 18 år.

I samarbeid med fagmiljøet og ungdomsrådet på sykehuset arbeides det spesielt med følgende tiltak:

- Utvikling av en nettbrettapplikasjon for pårørende barn/ungdom basert på boka «Meg også - bok til barn og ungdom som opplever sykdom i familien» (Oslo universitetssykehus HF 2010).
Prosjektet er nesten fullfinansiert med midler fra Extrastiftelsen.
Utviklingen av applikasjonen er organisert med en egen prosjektgruppe, fagråd og testpanel med stor grad av brukermedvirkning, og med bistand fra eksterne leverandører.
Appen utvikles høst 2015 og lanseres i januar 2016.
- Nye nettsider for ungdom som er pasienter ved Oslo universitetssykehus.
Dagens nettsider fanger i for liten grad opp ungdoms særskilte behov som pasienter og pårørende.
I 2. tertial ble det gjennomført en workshop med ungdomsrådet der skisser til nye nettsider ble presentert.
Nye nettsider lanseres etter plan i okt/nov. 2015.

3.16 Likeverd

Tolkesentralen

I andre tertial har Tolkesentralen jobbet mot ordinær drift og dette målet er langt på vei nådd. Tolkesentralen kan i dag ta imot bestillinger fra samtlige avdelinger, på alle språk.

Det har vært lagt vekt på å innføre arbeidsrutiner som sikrer en god arbeidsflyt og driftssituasjon, også under ferieavvikling. I perioden ble det registrert 4639 bestillinger og utført 3779 tolkeoppdrag. Av disse kom henholdsvis 84 % av bestillingene og 86 % av oppdragene fra Oslo universitetssykehus HF og resten fra Akershus universitetssykehus HF og Sunnaas sykehus HF. 6 % av oppdragene gjaldt telefontolking. Tolkesentralen kunne ikke levere bestilte tolkeoppdrag i 6 % av bestillingene, mens 12 % av oppdragene ble avbestilt av avdelingene selv. 6,5 % av avbestillingene ble gjort mindre enn 24 timer før oppdragets start og ble derfor fakturert bestiller.

39 % av oppdragene ble utført av statsautoriserte tolker, langt over minstemålet på 20 %. Kun 2 % av oppdragene ble utført av ukvalifiserte tolker, i hovedsak på mindre språk hvor det ikke har vært gjennomført utdanningstilbud eller autorisasjonsprøve på nasjonalt nivå. Det har vist seg å være særlig utfordrende å finne kvalifiserte tolker på albansk, vietnamesisk og pashto. De mest brukte språkene er somali (15,5 %), polsk (13,8 %), urdu (12,8 %), arabisk (12,7 %) og tigrinja (6,2 %).

Det har vært avholdt ett møte i styringsgruppen, i mai. Det har vært avholdt ett introduksjonskurs til sykehuset for tolker (47 deltagere) og én fagdag for tolker (22 deltakere) i samarbeid med Hukommelsesklinikken. 67 tolker deltok på opplæring i skjermtolking i mai. Tolkesentralen har også videreført tilbudet om kortere presentasjoner og opplæringer til avdelinger som ønsker å bedre sine rutiner for kommunikasjon via tolk og bestilling av tolk.

En rådgiver fra Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, som er nasjonal fagmyndighet for tolking i offentlig sektor, hospiterte i juli/august ved Tolkesentralen i 1 måned for å få innsikt i driften av en tolketjeneste.

Prosjekt: «Familieplanlegging og forebygging av uønskede svangerskap og abort»

FAFUS (Familieplanlegging og forebygging av uønskede svangerskap og abort) er en poliklinikk som drives av Oslo universitetssykehus HF i Kvinneklinikkens lokaler i Oslo.

Prosjektet ble etablert av jordmødre ved Kvinneklinikken i 2010. Poliklinikken har åpent en ettermiddag i uken og tilbyr gratis prevensjon, også hormonell prevensjon og veiledning – for kvinner både med og uten timeavtale. Poliklinikken har hatt full drift i mai, juni og august. Også i 2.tertial har jordmødre fra helsestasjoner i Oslo hospitert på poliklinikken.

Målet er at dette tilbudet skal gis i bydel. I dag er tre bydeler i prosess eller har etablert et tilbud til kvinner fra sine bydeler.

Sykehuset viderefører tilbudet ut september med midler fra Helsedirektoratet. I tillegg har sykehuset ved prosjektansvarlige, påtatt seg å skrive en håndbok om hvordan drive et «FAFUS-tilbud» i bydeler/kommuner.

Prosjekt: «Mestring og likeverdig helsetjenester»

I samarbeid med Høgskolen i Oslo og Akershus gjennomføres et Forsknings- og utviklingsarbeid om å utvikle et refleksjonsverktøy for helsepersonell i spesialisthelsetjenesten. Målet er å utvikle en modell for refleksjonsgrupper som kan gi økt mestring av kulturutfordringer i det pasientrettede arbeidet.

I dette arbeidet skal også helsepersonell utdannes til å være fasilitatorer for refleksjonsgrupper. Forskningsdelen av arbeidet er todelt. Forskningen skal dokumentere hvilke kulturutfordringer helsepersonell står i, og hvordan disse håndteres. I perioden fra mai til august har prosjektet rekruttert deltakere og fasilitatorer, og testet og tilpasset refleksjonsverktøyet. Det er etablert 4 refleksjonsgrupper ved sykehuset med 5-8 deltakere i hver. Refleksjonsgruppene er på ulike klinikker, i ulike avdelinger eller på tvers av avdelinger. Tre av refleksjonsgruppene er sammensatt av helsepersonell innenfor samme profesjon, en med psykologer, en med fysioterapeuter og en med sykepleiere. En siste er sammensatt av ulike profesjoner på Barnesenteret på Ullevål.

I tillegg er det en egen studentgruppe (sykepleierstudenter), som har praksis ved sykehuset.

Sykehusverter

Sykehusvert er en tjeneste som skal hjelpe pasienter og pårørende å finne frem på sykehuset. Siden oppstart 4. mai har 19 sykehusverter deltatt. Fra oppstart til 26. juni har sykehusvertene fått ca 1100 henvendelser.

Arbeidet med å koordinere sykehusverter har fra slutten av august blitt tatt over av Oslo sykehusservice kundesenter. Opplæring av nye sykehusverter er i gang, og det er planlagt at tilbudet vil bli utvidet til Radiumhospitalet i september, Rikshospitalet i oktober og Aker i november.

Prosjekt «Å være mann og håndtere sykdom – en utfordring? Utvikling av et lærings- og mestringstilbud for menn»

Det har i perioden vært arbeidet med planlegging og gjennomføring av fokusgruppeintervjuer for å utforske menns opplevelse av å håndtere sykdom og konsekvenser av sykdom.

Det ble avholdt tre fokusgruppeintervjuer etter planen; to med menn og en med pårørende til menn som har vært/er syke. Funnene er kategorisert og vil bli presentert i en rapport som forventes publisert innen utgangen av året.

3.17 Internasjonalt samarbeid

Sykehusets engasjement i kompetansebygging i utvalgte samarbeidsland fortsetter.

Norsk Helsenettverk for Utvikling (NHU)

Stener Kvinnsland ble innsatt som ny styreleder av Norsk Helsenettverk for Utvikling 1. september 2015. Sekretariatet ligger fortsatt ved Oslo universitetssykehus HF i Stab samhandling og internasjonalt samarbeid.

Etiopia

Sykehuset fortsetter samarbeidet om utdanning av onkologer ved Black Lion hospital i Addis Abeba. Til sammen er nå 16 leger under utdanning.

Tre leger hospiterer i perioden april-juni ved ulike sengeposter og poliklinikker på Ullevål og Radiumhospitalet. I tillegg var det mye fokus på strålebehandling. Tilsvarende grupper vil hospitere ved sykehuset vår og høst framover. Utover disse tre månedene med hospitering, foregår all undervisning ved Black Lion university hospital.

Det har i perioden også vært et samarbeid mellom sykehuset i Etiopia, Høyskolen i Oslo og Akershus og sykehuset om utvikling av en masterutdanning innen onkologisk sykepleie. Det foreligger omforent opplæringsplan og Aktiv mot kreft har Innvilget 8,5 millioner (3år) til dette utdanningsprosjektet i Addis.

Samarbeidspartnere i Norge ved gjennomføring av utdanningsprogrammet vil være Høyskolen i Oslo og Akershus, Farmasøyter uten grenser og Oslo universitetssykehus HF.

Malawi

Oslo universitetssykehus HF har i lengre tid samarbeidet med universitetssykehuset i Blantyre om oppbygging av et nevrokirurgisk tilbud. I dag har landet kun en nevrokirurg og målet for samarbeidet er å utdanne flere etter samme modell som ved onkologi utdanningen i Etiopia.

Gjennom det etablerte samarbeidet er det nå bygd opp en operasjonsstue og en mindre observasjonspost. Nødvendig utstyr er sendt fra Oslo universitetssykehus HF. Utstyret er i god stand, men tilfredsstillende ikke dagens krav i Norge.

Tre sykepleiere fra Malawi kom i mai for å hospitere ved Nevrointensiv, barnepost og voksen sengepost. Tilsammen 12 sykepleiere fra Malawi har til nå vært på sykehuset og hospitert i 6 måneder hver.

Det er også sykepleiere fra Oslo universitetssykehus HF på plass i Blantyre. Norske nevrokirurger vil være på plass fra høsten 2015. Sykehuset i Blantyre vil søke «COSESCA» (et afrikansk godkjenningssenter) om å bli godkjent som utdanningsinstitusjon for nevrokirurger fra januar 2016.

Oslo universitetssykehus HF har fått innvilget kr. 100 000,- til et forprosjekt innen Barneanestesi, Barneintensiv og Barnekirurgi i Malawi. Sykehuset stiller seg positive til henvendelsen fra Malawi om å bidra til kompetanseheving på dette området og en delegasjon reiser til Malawi i september for å gjennomgå planer og muligheter.

India

De indiske sykepleierne som tidligere har vært på utveksling til sykehuset spiller nå en betydelig rolle i utviklingen av nyfødtintensivavdelingen ved JK Lone Hospital. En tidligere hospitant er nylig tildelt en ledende stilling ved nyfødtintensivavdelingen, og sykehuset publiserte i august den første sykepleieprosedyreboken innen nyfødtisykepleie.

Melkebanken som ble åpnet i slutten av mars med assistanse fra Oslo universitetssykehus HF ved Mahila Chikitsalaya Hospital, Jaipur, har lagt frem svært gode driftstall for de første fem månedene.

Oslo universitetssykehus HF har via den norske ambassaden i New Delhi mottatt en henvendelse fra All Indian Institute of Medical Science (AIIMS) med ønske om samarbeid. Det skal i den forbindelse være samtaler mellom Oslo universitetssykehus HF og AIIMS i New Delhi 12.-13. oktober.

Den norske ambassaden i Delhi finansierer en 20 % stilling for lederen av melkebanken ved Oslo universitetssykehus HF for å følge opp melkebank og et nytt prosjekt for å få etablert melkekjøkken ved de sykehus i Jaipur som mottar morsmelk fra melkebanken. Lederen av melkebanken ved Oslo universitetssykehus HF sitter i et nasjonalt styre som ser på standardiserte retningslinjer for melkebanker i hele India.

4 Opplæring av pasienter og pårørende

Sykehus skal i henhold til Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-8 særlig ivareta «opplæring av pasienter og pårørende»

Oslo universitetssykehus HF er representert i det nasjonale prosjektet «Dokumentasjon av og kvalitetsindikatorer for lærings- og mestringstjenesten». Prosjektet eies av Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH), finansiert av Helsedirektoratet. Målet for prosjektet er å anbefale en enhetlig praksis på nasjonalt plan for dokumentasjon og registrering av aktiviteten i lærings- og mestringstjenesten, inkludert helsepedagogiske tilbud, samt ressursinnsatsen i tjenesten.

Det har vært gjennomført et opplæringsprogram om pasient- og pårørendeopplæring og helsepedagogikk for ulike klinikker. Samtidig har det blitt fokusert på behovet for utvikling av læringstilbud og standardisert skriftlig informasjon til pasienter og pårørende. Foreløpig er programmet gjennomført i to klinikker og i sykehusets nettverk for helsefaglig rådgivere.

4.1 Læringstilbud til pasienter og pårørende

Ledermøtet i sykehuset behandlet i august (sak 273/15) «Organisering av pasient- og pårørendeopplæring i klinikkene ved Oslo universitetssykehus», der ledermøtet ga sin tilslutning til at det gjennomføres kartlegging av klinikkenes organisering av pasient- og pårørendeopplæring og av det opplæringstilbudet som gis.

Ledermøtet ble også orientert om at det skal gjennomføres internrevisjon på koding og systemer for grupperettet pasientopplæring høsten 2015. Resultater fra kartleggingen og fra internrevisjonen vil danne grunnlag for en anbefaling om hvordan sykehuset bør organisere arbeidet med pasient- og pårørendeopplæring. Målet er enhetlig praksis som skal gi et likeverdig og tilstrekkelig tilbud om informasjon og opplæring til pasienter og pårørende.

Registrering av pasient- og pårørendeopplæring

Omlegging til DIPS har medført endringer i hvordan rapporter vises for pasient- og pårørendeopplæring. Dette fører til at tallene for opplæringsaktivitet blir mindre presise. For eksempel kan det ikke hentes ut tall for antall unike personer. Rapportering for 2015 vil derfor se annerledes ut enn tidligere rapporteringer. Dette betyr også at det kan være registrert flere koder på samme person og at tallene derfor ikke kan leses entydig.

	2. tertial
Antall personer som har gjennomført og avsluttet grupperettet pasientopplæring i henhold til kravene i særkoden A0099 (koden kan kun registreres én gang pr. pasient pr program/kurs når alle krav er oppfylt)	341
Antall pasienter som har deltatt i lærings- og mestringsaktivitet (WPCKOO)	682
Antall personer som har deltatt i lærings- og mestringsaktivitet i gruppe. Dette gjelder uavhengig om det er pasienten selv eller pårørende som deltar på vegne av pasientene (ZWWA30)	905
Antall personer som har deltatt på lærings- og mestringsaktivitet der pårørende møter på vegne av pasienten (ZWWA40)	144

Tabell 15. Pasient og pårørendeopplæring. Kilde: LIS

Som tidligere er det noe lavere registrert aktivitet i sommerhalvåret. Det er i tillegg grunn til å tro at det fremdeles er manglende registreringer på koder tilknyttet opplæring til pasienter og pårørende. Arbeidet med å bedre sykehusets rutiner for registrering av denne aktiviteten fortsetter.

Kunnskapsutvikling

Oslo universitetssykehus HF var representert i den årlige regionale nettverkssamlingen for pasient- og pårørendeopplæring i Fevik. Tema i år var kommunikasjon mellom helsepersonell, særlig leger, og pasienter og pårørende. Nettverkssamlingen mente det er en prioritert oppgave i større grad å forplikte legene inn i arbeidet med pasient- og pårørendeopplæring.

4.2 Barn som pårørende

Alt helsepersonell har plikt til å ivareta barn og unge som pårørende. Oppnevningen av barneansvarlige er lovpålagt og gjelder innen spesialisthelsetjenesten. Oslo universitetssykehus HF har i 2015 ca. 180 barneansvarlige som er koordinert gjennom «Råd for barn som pårørende».

Overordnet retningslinje

Revidering av den overordnede retningslinjen er under utarbeidelse. Nasjonalt kunnskapssenter og Barns Beste har publisert en nasjonal kunnskapsbasert prosedyre; Barn som pårørende. Denne ligger til grunn for foretakets retningslinje.

Oslo universitetssykehus HF har meldt et ønske om at Råd for barn som pårørende blir brukt som referanse og høringsinstans for arbeidet med revidering av den nasjonale prosedyren.

DIPS

Det har fremsatt ønske fra behandlerens side om ikke å bruke skjemaene gjeldende for barn som pårørende i DIPS. Dette er avvist av rådet. Alle klinikker skal bruke de samme skjemaer for å sikre enhetlig praksis.

Veiledningstilbud

Det er planlagt å diskutere aktuelle veiledningstilbud videre med de barneansvarlige i klinikkene. Et forslag er å ha et åpent tilbud til barneansvarlige uavhengig av klinikk 1,5 timer 4-6 ganger i året hvor de kan få veiledning.

Det vil også bli arrangert fagdager, her kan alle interesserte delta, ikke bare barneansvarlige.

Helsefaglige rådgivere

Helsefaglige rådgivere i klinikkene ønsker mer kunnskap om nye retningslinjer og kurs om Barn som pårørende. Rådets leder vil informere nærmere om dette arbeidet.

Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK)

Det er opprettet kontakt med AMK og valgte barneansvarlig er informert om Barn som pårørende arbeidet.

Det er planlagt en undervisningsrekke for AMK personalet og prehospitaltjenester i løpet av oktober.

5 Forskning og utvikling

Sykehus skal i henhold til Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-8 særlig ivareta «forskning».

5.1 Risikovurdering av forskning, innovasjon og utdanning

Det fremgår ikke vesentlig nye elementer i klinikkens risikoanalyser. IKT-situasjonen for forskere har vært rapportert som vanskelig over lang tid og har vært fulgt opp tett av sykehuset overfor Helse Sør-Øst RHF. Det pågår et omfattende arbeid for å forbedre situasjonen i både Oslo universitetssykehus HF (infrastrukturmoderniseringsprogrammet - IMP), Sykehuspartner og Helse Sør-Øst. Risiko er redusert som følge av dette, selv om konkrete forbedringer ikke er realisert ennå (utrulling IMP pågår). Situasjonen vil bli kommentert i kommende risikoanalyser.

Sykehuset har ansvar for 11 nasjonale kvalitetsregistre og er i tillegg forpliktet til å rapportere data til et stort antall registre som andre helseforetak har ansvar for (totalt 52 nasjonale registre). Den nasjonale dekningsgraden er fortsatt ikke tilfredsstillende for mange registre. Det er tid- og kompetansekrevende med innlegging og uttrekk av data med dagens ordninger. Det arbeides med å få sykehusets registre over på nasjonalt foretrukne IT-løsninger. Dette medfører betydelig økte IKT-utgifter for registrene. Å avsette tilstrekkelig tid og ressurser til kliniske studier, utdanning og innovasjon, kombinert med klinisk virksomhet, er fortsatt like krevende, gitt effektiviseringskravene klinikkene står overfor. Dette reflekterer sykehusets totale ressursituasjon. Eier har i oppdragsdokument for 2015 stilt særskilte krav til forbedret infrastruktur for kliniske studier. Det er et langsiktig arbeid å forbedre logistikk og infrastruktur for kliniske studier vesentlig. Prioritering av dette området er fremhevet i budsjettskriv til klinikkene for 2016.

Etterutdanningsaktiviteter, praksisplasser og veiledningskapasitet er for flere yrkesgrupper under sterkt press. Mangelfull veiledning dokumenteres også i evalueringer av spesialistutdanning for leger, som viser mange problemområder ved sykehuset. Mange klinikker melder om press på tid til fagutvikling i sine risikovurderinger, en risiko som må håndteres i hver klinikk i planlegging av aktiviteter. Det er fortsatt stor mangel på utdannede spesialsykepleiere innen flere områder, jf. risikobildet for pasientbehandling. Flere utdanningstiltak er iverksatt for å bedre situasjonen, jf. handlingsplan for pasientbehandling.

Det vises for øvrig til kapittel 9.2.

5.2 Forskning

Vurdering av forskningsaktivitet i 2015

Akkumulerte tall pr. 2. tertial viser at antall artikler er på et høyere nivå enn de to foregående år, med et visst forbehold om senere justering av tallene etter kvalitetssikring av tilknytningen til Oslo universitetssykehus HF. Noe av forklaringen på økningen kan være økningen årsverk for forskningspersonale i 2014, og at Sentre for fremragende forskning som ble etablert for noen år siden har kommet i en fase med mye

publisering. Antall doktorgradsstipendiater er avtagende og kan bidra til redusert vekst i publiseringen fremover.

Rapporteringen er noe begrenset i forhold til tidligere fordi Web of Science foreløpig ikke viser forfattertilknytning for eksterne forfattere i påvente av «trykket» utgave.

Klinikk	Pr 2. t. 2013	Pr 2. t. 2014	Pr 2. t. 2015
Klinikk psykisk helse og avhengighet	84	85	94
Medisinsk klinikk	188	186	217
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	160	181	186
Kvinne- og barneklubben	130	128	146
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	347	350	451
Hjerte-, lunge- og karklubben	105	98	118
Akuttklubben	38	46	72
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	301	340	398
Oslo sykehuservice og Direktørens stab	60	56	74
TOTALT (unike artikler)	1064	1139	1302

Tabell 16. Antall publiserte vitenskapelige artikler, akkumulert pr 2. tertial. Antall publikasjoner i perioden er målt via søk mot PubMed og Web of Science (WOS) som løpende oppdaterer helseforetakets database www.publika.no. Denne er basert på registrerte forskningsaktive personer ved Oslo universitetssykehus HF og adressering av artikler med Oslo universitetssykehus HF. Kun kategoriene vitenskapelige artikler og vitenskapelige oversiktsartikler (reviews) inngår i tabellen. Tallene er tatt ut 8. september 2014. Merk at artikler telles hos flere klubber når det er forfattere fra flere klubber. I tallet for TOTALT er hver artikkel kun talt én gang, og dette er dermed lavere enn summen av klubbertallene.

Antall registrerte artikler, akkumulert pr 2. tertial 2015, er altså betydelig høyere enn foregående år. Utviklingen er gjennomgående for alle klubber, og forklaringen vil kunne være en blanding av reell aktivitetsøkning og noe «overrapportering» som følge av at ikke alle forfattertilknytninger til Oslo universitetssykehus HF er sjekket.

Rapportering av antall publikasjonspoeng og andel av artiklene som inkluderer utenlandsk forfatteradresse utgår på grunn av manglende beregningsgrunnlag i databasen.

Klinikk	Pr 2. t. 2013	Pr 2. t. 2014	Pr 2. t. 2015
Klinikk psykisk helse og avhengighet	32,1 %	30,6 %	31,9 %
Medisinsk klinikk	21,8 %	23,7 %	19,4 %
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	26,9 %	20,4 %	18,8 %
Kvinne- og barneklubben	23,1 %	21,9 %	22,6 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	28,2 %	24,6 %	28,8 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	19,0 %	21,4 %	24,6 %
Akuttklubben	10,5 %	15,2 %	16,7 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	20,9 %	24,4 %	22,4 %
Oslo sykehuservice og Direktørens stab	18,3 %	19,6 %	18,9 %
TOTALT (ut fra unike artikler)	25,6 %	22,8 %	24,1 %

Tabell 17. Andel av artiklene som er publisert i tidsskrifter på nivå 2

Helse- og omsorgsdepartementets målesystem for forskningsresultater er basert på en nivåinndeling av vitenskapelige tidsskrifter, ut i fra et nasjonalt publiseringsutvalgs og nasjonale faggruppers vurdering av kvaliteten på tidsskriftene:

- Nivå 2: Ledende tidsskrifter som utgir omtrent 20 % av publikasjonene. Vekt 3
- Nivå 1: Alle andre tidsskrifter som inngår i målesystemet. Vekt 1

Andelen på nivå 2 har tatt seg noe opp igjen etter en nedgang fra 2013 til 2014, og underliggende tall viser at også *antallet* artikler på nivå 2 har gått betydelig opp.

Klinikk	Pr 1. halvår 2013	Pr 1. halvår 2014	Pr 1. halvår 2015
Klinikk psykisk helse og avhengighet	10	3	6
Medisinsk klinikk	10	12	4
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	11	20	15
Kvinne- og barneklivikken	7	10	6
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	29	26	24
Hjerte-, lunge- og karklinikken	9	5	6
Akuttklinikken	2	1	5
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	15	20	11
Oslo sykehuservice og Direktørens stab	0	2	0
TOTALT	93	99	77

Tabell 5. Antall doktorgrader, akkumulert pr 1. halvår. Tallene for 2013 og 2014 er basert på NIFU sin liste over godkjente doktorgrader. Tallene for 2015 er basert på utlistering fra UiO, og vil kunne bli korrigert og supplert på et senere tidspunkt.

Antall doktorgrader, med arbeid hovedsakelig utført ved Oslo universitetssykehus HF, går ned i 2015, noe som kunne forventes ut fra en gradvis vridning av ekstern finansiering bort fra doktorgradsstipend og over mot postdoktorstipend og annen støtte. Merk at dette er tall for 1. halvår, og ikke pr 2. tertial. Fra og med 2014 rapporteres avlagte doktorgrader halvårlig for å lette rapporteringen, som er avhengig av data fra Universitetet i Oslo, der rapporteringen skjer pr halvår.

5.3 Innovasjon

Alle ideer/oppfinnelser som kan kommersialiseres og/eller gi opphav til næringsutvikling vurderes og håndteres av Inven2⁸. Idépoliklinikken i OUS mottar og viderefører øvrige ikke-patenterbare ideer knyttet til produkt-, prosess- og tjenesteinnovasjoner. Idépoliklinikken og Inven2 bistår med innovasjonsarbeid også for andre sykehus i regionen.

Det er registrert en nedgang i antall oppfinnelser og ideer så langt i 2015 sammenlignet med foregående år. Til tross for dette er Oslo universitetssykehus HF og Inven2 fornøyd med innovasjonsaktiviteten totalt, da kvaliteten på innmeldte ideer og pågående prosjekter er høy. Det er en utfordring at flere klinikker melder om vedvarende tidspress og kapasitetsproblemer når det gjelder ressurser til forskning og innovasjon.

⁸ Inven2 er Norges største aktør innen kommersialisering av forskning og eies av Universitetet i Oslo og Oslo Universitetssykehus.

Antall aktive ideer og prosjekter er i dag en funksjon av kapasiteten til Inven2, Idépoliklinikken og klinikkene. Etter hvert som innovasjonskulturen og infrastrukturen i økende grad kommer på plass i sykehuset, vil Innovasjonsseksjonen iverksette tiltak for å øke idétilfanget, da man i større grad vil være i stand til å dedikere den tiden som kreves til idéutvikling, testing og implementering.

Antall (registrerte⁹) aktive innovasjonsprosjekter (uavhengig av når ideen er innmeldt) har økt betydelig sammenlignet med samme tidspunkt i 2014. Den største andelen av prosjektene til Idépoliklinikken ligger i forprosjektfasen. Selv om det sees en reduksjon i antall nyinnmeldte ideer i 1. og 2. tertial 2015, er kvaliteten på innmeldte ideer så høy at en større andel av ideene videreføres til prosjektfase.

Klinikk	Akkumulert 2. tertial 2015		Totalt 2014	
	Inven2	Idépoliklinikken	Inven2	Idépoliklinikken
Klinikk psykisk helse og avhengighet	2	1	0	4
Medisinsk klinikk	2	0	1	2
Klinikk for kirurgi og nevrofag	2	1	4	3
Kvinne- og barneklirikken	0	0	3	1
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	9	0	18	3
Hjerte-, lunge- og karklinikken	0	1	7	1
Akuttklinikken	4	5	2	8
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	13	0	39	1
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	0	7	1	18
Totalt	32	15	75	41

Tabell 18. Nye innmeldte oppfinnelser (DOFI) til Inven2 og ideer til Idépoliklinikken ved Oslo universitetssykehus

Klinikk	Innovasjonsprosjekter hos Inven2	Innovasjonsprosjekter ved Idépoliklinikken
Klinikk psykisk helse og avhengighet	2	3
Medisinsk klinikk	5	1
Klinikk for kirurgi og nevrofag	4	4
Kvinne- og barneklirikken	2	1
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	35	2
Hjerte-, lunge- og karklinikken	5	1
Akuttklinikken	6	5
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	32	2
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	2	5
Totalt	93 (57)	24 (15)

Tabell 19. Pågående innovasjonsprosjekter i porteføljen til Oslo universitetssykehus pr 2.tertial 2015. Tall i parentes er tall for tilsvarende periode i 2014

Andre viktige innovasjonsaktiviteter 2. tertial:

Innovasjonsseksjonen har i 2.tertial hatt stort fokus på oppstart og organisering av «Sfi-et C3: Centre for Connected Care- accelerating adoption and diffusion of innovation» –

⁹ Ikke alle aktive innovasjonsprosjekter meldes til Idépoliklinikken. En vet derfor ikke det eksakte antallet innovasjonsprosjekter i sykehuset. Innovasjonsseksjonens kultur- og infrastrukturarbeid fokuserer på økt kunnskap om innovasjon, bruk av idéportalen og deling av gode innovasjoner i sykehuset. Før en til det, vil all aktivitet rapporteres inn og gi en reell oversikt over all nyskaping som pågår. Dette er ønskelig med tanke på økning og spredning av smarte løsninger, og for å hindre dobbeltarbeid.

Senter for fremtidig helse. Det planlegges offisiell åpning i månedsskiftet oktober/november.

Sykehuset arbeider for å styrke innovasjonskontaktnettverket i sykehuset. Arbeidsgruppen som ble nedsatt forrige tertial har som mål å ferdigstille retningslinjer for hvordan nettverket skal fungere, herunder kontaktenes rolle, funksjon i klinikk og arbeidsoppgaver. Gruppen har lagt frem sitt forslag, som det jobbes videre med i seksjonen og i nettverket. Endelig dokument legges frem for klinikkledelsen når arbeidet ferdigstilles.

E-læringsprogram om helseinnovasjon er ferdigstilt og deles nå med flere helseforetak i regionen. Det er lagt til rette for at hvert enkelt sykehus kan tilpasse eget kapittel «Innovasjon i eget sykehus», både i e-læringsprogrammet og i applikasjonen. To sykehus har implementert dette.

Applikasjonen Helseinnovasjon har fått mye oppmerksomhet. Det arbeides nå med å se på muligheten for å lage en nasjonal applikasjon hvor Oslo universitetssykehus HF har utarbeidet hovedinnholdet og fungerer som redaktør, men hvor det tilrettelegges for individuelle tilpasninger og flere forfattere slik at applikasjonen til enhver tid er oppdatert i de respektive helseforetak.

6 Utdanning av helsepersonell

Sykehus skal i henhold til Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-8 særlig ivareta «utdanning av helsepersonell».

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

Utdanningsmidler

Utdanningsutvalget ved Oslo universitetssykehus HF lyste ut utdanningspriser til miljøer i sykehuset som utmerket seg til å fremme god læringskultur for studenter og/eller egne ansatte. Vinnere av prisene for 2015 var nyfødtintensiv på Rikshospitalet og Ullevål, Angiolab på Ullevål og Lungemedisinsk sengepost. Prisene ble delt ut 29. mai 2015.

Fagskoleutdanning i sterilforsyning

Oslo universitetssykehus HF har bidratt inn i arbeidet med Fagskoleutdanning i sterilforsyning, som nå er godkjent av NOKUT¹⁰. Første kull startet opp i august med 30 studenter. Målet er å kvalifisere helsepersonell til å beherske arbeidsoppgaver innen sterilforsyning og ha kompetanse innen hvordan smitteveier brytes og smittespredning hindres. Det er også et mål på sikt om å avlaste operasjonssykepleiere med ikke pasientnære oppgaver.

Spesialistutdanning av leger

Sykehuset deltar aktivt i oppfølgingen av ny spesialitetsstruktur for leger, som ledes av Helsedirektoratet. Sentrale planleggingsoppgaver er nå delegert til de regionale helseforetakene. Det ble opprettet en arbeidsgruppe i Helse Sør-Øst der sykehuset var representert. Helse Sør-Øst RHF påtok seg et nasjonalt ansvar for å lede en nasjonal arbeidsgruppe der alle de regionale helseforetakene deltok og gruppen har utarbeidet en samlet rapport som ble overlevert Helse og omsorgsdepartementet 30. august 2015.

Utdanningsseksjonen deltar også aktivt på møter med spesialitetskomiteene i Legeforeningen innen de ulike spesialitetene på Oslo universitetssykehus. Det arbeides kontinuerlig med tilbakemeldinger fra komiteene for å bedre spesialistutdanningen, samt oppfølging av de årlige rapporteringene til Legeforeningen.

Helsefagarbeiderlærlinger

Sykehuset har vedtatt å søke Oslo kommune om å bli lærebedrift og å ta i mot helsefagarbeiderlærlinger fra høsten 2016.

¹⁰ Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen

Utdanning av spesialsykepleiere

Oslo universitetssykehus HF har bidratt til å øke utdanningskapasiteten av intensivsykepleiere ved å være i dialog med en samarbeidende høgskole om å tilby vanlig 1,5 års utdanning i tillegg til 2 årig masterutdanning.

Grunnutdanning innen medisin

Ny, revidert studiemodell for grunnutdanning i medisin er startet. Det foregår fremdeles en videreutvikling av modellen der sykehuset deltar aktivt.

Utdanning av spedbarn- og barnepleiere

Oslo universitetssykehus HF har utvidet mottak av studenter innen fagskoleutdanningen spedbarn- og barnepleiere ved å inngå nye samarbeidsavtaler.

7 Arbeidsmiljø (Helse Miljø Sikkerhet)

7.1 Risikovurdering - arbeidsmiljø

Arbeidspress og ikke tilstrekkelig bemanning er områder som rapporteres hyppigst gjennom avvikssystemet når det gjelder arbeidsmiljøet.

Når det gjelder arbeidsbelastningen så er det til dels store forskjeller mellom klinikkens enheter og det jobbes derfor systematisk med å forbedre situasjonen i de enheter arbeidsbelastningen er for høy.

Det er også en økning i antall meldinger hvor ansatte har skadet seg ved stikk, kutt og fall 2.tertial. Økning i ansattes opplevelser av vold og trusler i 2.tertial er ikke i tråd med sykehusets mål om en trygg arbeidsplass for alle. Det arbeides med ulike tiltak innenfor tema sikkerhet for å minimalisere risiko samt skape økt bevissthet på problemstillingen i organisasjonen.

I 2.tertial er det registrert totalt 9540 brudd på bestemmelsene om arbeidstid. Det er om lag uendret siden første tertial 2015. Sammenlignet med tilsvarende periode i 2014 ser man derimot en nedgang på 12,2 pst. Alle typer brudd med unntak av brudd på årsregelen viser nedgang siden 2014.

Direktørens HR-stab har fulgt opp arbeidet med å unngå brudd på arbeidstidsbestemmelsene blant annet med møter med avdelingsledere i hver klinikk våren 2015. Nye møter i alle klinikker planlegges i oktober. I disse møtene diskuteres tiltak for å unngå brudd og behov for tettere oppfølging avklares for den enkelte enhet. Det er gjennomgående behov for opplæring i regelverk og ressursplanlegging. Videre rettes det innsats inn mot enheter med særskilte utfordringer, som eksempelvis kan skyldes kompetansemangel, sykefravær eller uhensiktsmessig turnus.

Når det gjelder fysiske arbeidsmiljøutfordringer er det ”bygningssmassens tekniske standard” og ”plassforhold” som er hovedutfordringene.

Det er gjennomført mange bygningsmessige tiltak i perioden 2011 - 2015, og det er etablert tiltaksplaner videre fram til 2019 for å imøtekomme pålegg fra Arbeidstilsynet, Branntilsynet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. På arbeidsmiljøområdet dreier dette seg om midlertidige eller varige tiltak som vil bidra til en positiv arbeidsmiljøutvikling i et lengre perspektiv.

Bortsett ”arbeidsbelastning” innen det psykososiale/organisatorisk arbeidsmiljøet er det ”bedriftskultur” som fortsatt er den største utfordringene i det som meldes.

Det er utarbeidet en tiltaksplan via Arbeidsmiljøutvalget hvor det skal arbeides med kulturbygging på flere nivåer og arenaer, og med forskjellige innfallsvinkler.

Hovedinnsatsen skal gjøres i klinikkene, som en del av ordinær drift og gjennom konkrete prosjekter. Igangsettelsen av dette arbeidet som et koordinert prosjekt i sykehuset har blitt noe forsinket, men er nå i gang med utvelgelse av ressurspersoner som skal kurses og trenes i kulturarbeid.

Se ellers kapittel 9.3

7.2 Sykehusets vernetjeneste

Verneombudsordningen ved Oslo universitetssykehus HF er regulert av arbeidsmiljøloven kapittel 6. Bestemmelsene i nevnte kapittel pålegger virksomheter med mer enn 10 arbeidstakere å etablere en verneombudsordning.

Organisering

Målsettingen med organiseringen av vernetjenesten er at vi til en hver tid speiler sykehusets organiseringslinje. Dette for at linjeledere skal ha et verneombud som ressursperson og sparringspartner i alle spørsmål som angår arbeidsmiljø i sitt område (verneområde).

Verneombudet skal gjennom sin funksjon påse at virksomheten organiseres og driftes på en slik måte at hensynet til arbeidstakernes sikkerhet, helse og velferd er ivaretatt i samsvar med arbeidsmiljølovens bestemmelser.

På foretaksnivå har Oslo universitetssykehus HF to hovedverneombud (prøveordning – nedgang fra tre). Hovedverneombudenes hovedoppgave er å organisere og drifte verneombudsordningen i sykehuset. Videre representerer hovedverneombudene vernetjenesten i alle saker som er av virksomhetsovergripende/strategisk karakter. Hovedverneombudene håndterer saker gjeldende enkeltpersoner i spesielle tilfeller. For øvrig tilstrebes at saker håndteres på lavest mulig nivå i organisasjonen.

Alle klinikker har eget klinikkverneombud. Klinikkkverneombudets oppgave er å drifte verneombudsordningen i egen klinikk. Klinikkkverneombudet er i linje til klinikkleder. Rollen er ellers tilnærmet lik hovedverneombudet.

For øvrig er det ca 600 verneområder i sykehuset. Enkelte verneområder har i tillegg til verneombudet valgt stedfortreder, så totalt antall ombud er noe høyere. Verneombudene utdannes gjennom egne HMS grunnkurs. Disse kursene arrangeres av Arbeidsmiljøavdelingen, og arrangeres 4 til 6 ganger i året. Hvert kurs har ca 35 deltakere og er av høy kvalitet. Videre skolerer verneombudene gjennom egne kurs og seminarer internt i vernetjenesten.

Aktuelle saker 2 tertial

Sakene nedenfor speiler et utvalg av saker som har blitt mest etterspurt ved direkte henvendelser til vernetjenesten, eller som vurderes som viktige saker sett i et arbeidsmiljøperspektiv. Typiske spørsmål ved slike henvendelser kan være; fremdrift, tidsestimater, konklusjoner, ansvar, medvirkning, informasjon etc. Sakene kan allerede være registrert i sykehusets avvikssystem.

Renhold: Vernetjenesten får fortsatt svært mange henvendelser knyttet til mangelfullt renhold. Renholdet synes å svikte både i kontor- og støtteområder, samt i arealer for pasientbehandling. Dette gir økt risiko for smitte/kontaminering både i et pasient- og ansattperspektiv. I tillegg påvirker det de ansattes trivsel.

Det er knyttet forventninger til prosjekt «Opplevd renhold» der erfaringene fra et pilotprosjekt med oppgradert renhold skal evalueres. Det knyttes spenning til om tiltakene gjennom piloten kan breddes ut i hele sykehuset. Saken må i så tilfelle meldes inn i saksbehandlingen mot budsjett 2016.

Garderobeforhold Rikshospitalet: Garderobekapasiteten på Rikshospitalet synes å være sprengt. Mange ansatte har over relativt lange periode ikke hatt tilgang til garderobeskap eller garderober forøvrig. Også tilgang til rent

arbeidstøy har vært et problem. Det har tidligere vært gjennomført at forprosjekt knyttet til forholdene. Det avventes videre beslutning i saken.

Bygningsmessige forhold: Vernetjenesten får fortsatt mange henvendelser knyttet til trange arbeidsforhold, behov for bygningsmessige tilpasninger, uhensiktsmessig ergonomiske løsninger og manglende ventilasjon. Dette er tunge saker i den forstand at løsningsforslag ofte er knytte til langsiktige planer inn mot vedlikehold/oppgraderinger og nybygg. Dette medfører ofte mye frustrasjon hos de berørte som melder sakene.

Organisasjonsevalueringen: Vernetjenesten hører om store variasjoner angående ansattes opplevelse av reel medvirkning og grad av informasjon om prosjektet. Det er godt informert på intranettet, men i varierende grad i lederlinjene.

Det er helt essensielt at ansatte får forståelse for hvorfor eventuelle endringer i organisasjonen skal gjennomføres dersom dette skal lykkes. Det er fortsatt slik i 2. tertial at organisasjonsutviklingsprosjektet oppleves som lite forankret i det brede lag av de ansatte.

- **Arbeidstidsordninger:** Oslo universitetssykehus HF har i deler av virksomheten fått pålegg fra Arbeidstilsynet om å vurdere arbeidsmiljømessig forsvarlighet i gjeldende arbeidstidsordninger. Det har i denne sammenheng vært avholdt seminar gjeldende dette tema for alle Klinikk og foretaks AMU¹¹. Vernetjenesten har i denne sammenheng opplevd pågang med spørsmål om lovlighet i arbeidstidsordninger. Vernetjenesten forventer at både klinikkvise og sentralt AMU fremover drøfter aktuelle arbeidstidsordninger og gir anbefalinger for et rammeverk som definerer grensen for forsvarlige arbeidstidsordninger ved Oslo universitetssykehus HF.
- **Opplevd drikkevannskvalitet Radiumhospitalet:** Vernetjenesten får gjentatte henvendelser knyttet til drikkevann på Radiumhospitalet. Etter kloring av vannet, grunnet forurensning med legionella bakterier, har ansatte etterspurt alternativ drikkevannskilde grunnet klorsmak. Vernetjenesten mener at Oslo universitetssykehus HF bør sørge for friskt drikkevann via vannbeholdere eller renseordning tilknyttet eksisterende vannforsyning. Slikt tiltak ville tjene både pasienter og ansatte.

7.3 Brudd på arbeidstidsbestemmelser

Brudd på arbeidstidsbestemmelsene referer til brudd på Arbeidsmiljølovens § 10-6. Dette gjelder:

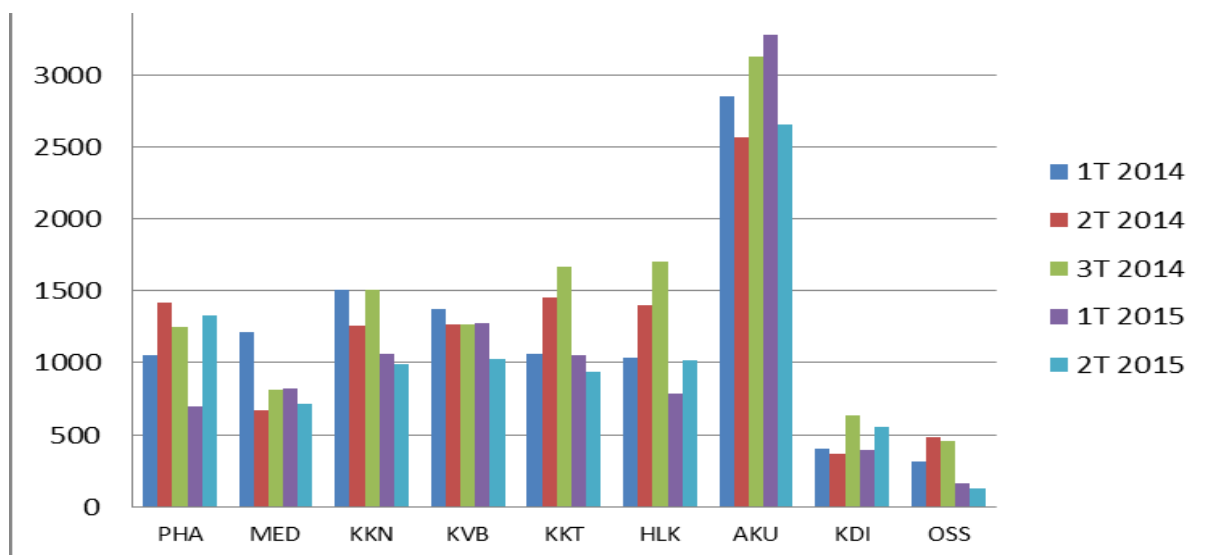
- Dagregel: Samlet daglig arbeidstid
- Ukesregel: Samlet ukentlig overtid
- 4-ukersregel: Samlet overtid innen en 4-ukersperiode
- Årsregel: Samlet overtid innenfor et kalenderår

¹¹ Arbeidsmiljøutvalg

I tertialperioden er det registrert totalt 9540 brudd på bestemmelsene om arbeidstid per dag, uke, fire uker og per år. Det er om lag uendret siden første tertial 2015.¹² Sammenlignet med tilsvarende periode i 2014 ser man en nedgang på 12,2 pst. Alle typer brudd med unntak av brudd på årsregelen viser nedgang siden 2014.

Brudd arbeidstidsbestemmelser	DAG		Uke		4-UKER		ÅRSREGEL		SUM	
	2T 2014	2T 2015	2T 2014	2T 2015	2T 2014	2T 2015	2T 2014	2T 2015	2T 2014	2T 2015
Klinikk										
Klinikk psykisk helse og avhengighet	687	544	399	424	319	329	13	35	1418	1332
Medisinsk klinikk	319	327	162	214	187	135	1	36	669	712
Klinikk for kirurgi og nevrofag	765	610	242	206	215	167	32	3	1254	986
Kvinne- og barneklubben	796	777	266	160	181	93	26	0	1269	1030
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonskl.	681	382	340	288	376	257	55	12	1452	939
Hjerte-, lunge- og karklinikken	572	299	455	402	330	269	39	48	1396	1018
Akuttklubben	1513	1345	540	677	508	488	0	145	2561	2655
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	166	207	136	194	62	157	0	0	364	558
Oslo sykehusservice	132	87	232	90	123	56	0	0	487	233
Brudd ikke ført mot klinikk		49		15		13		0		77
Totalt antall brudd hele ous (inkl brudd ikke ført mot klinikk)	5631	4627	2772	2670	2301	1964	166	279	10870	9540

Tabell 20. Antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene



Figur 12. Totalt antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene per tertial per klinikk

For flere klinikker fortsetter den positive utviklingen. Akuttklubben som har det høyeste antall brudd viser nå en nedgang og er på nivå med andre tertial 2014. Videre

¹² Datakilde: GAT-rapport 7 på foretaksnivå. Alle brudd fremkommer ved den organisasjonsenheten de har foregått. Enkelte ansatte kan ha generert brudd ved flere koststeder enn hovedarbeidsgiver.

fortsetter Klinikk for kirurgi og nevrofag, Kvinne- og barneklubben og Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon en god utvikling.

I Oslo sykehuservice er utviklingen fortsatt nedadgående sammenlignet med 2014 til tross for at antall brudd i Eiendomsavdelingen går noe opp andre tertial. Dette følges tett blant annet ved gjennomgang av vaktordninger der mange av bruddene genereres.

Klinikk for psykisk helse og avhengighet går opp sammenlignet med forrige tertial etter å ha vist en god utvikling i 2014. Mange brudd skyldes stor aktivitet og en krevende pasientsituasjon gjennom sommeren, hvor blant annet sikkerhet og skjerming krever særskilt kompetanse. Det etableres tettere oppfølging i linjen og et månedlig GAT-forum.

Ved Klinikk for diagnostikk og intervensjon viser Avdeling for radiologi og nukleærmedisin et økende antall brudd som er knyttet til ekstraordinært arbeid ved innføring av Sectra som startet i mai 2015.

I Hjerne- og lungeklubben øker antall brudd sammenlignet med første tertial 2015, men antallet ligger godt under nivået tilsvarende periode i 2014. Ved Thoraxkirurgisk avdeling er det fortsatt utfordringer med pasienttyngde og ubesatte stillinger som medfører regelbrudd.

Tiltak for å unngå brudd på arbeidstidsbestemmelsene

Direktørens HR-stab har fulgt opp arbeidet med å unngå brudd på arbeidstidsbestemmelsene blant annet med møter med avdelingsledere i hver klinikk våren 2015. Nye møter i alle klubber planlegges i oktober. I disse møtene diskuteres tiltak for å unngå brudd og behov for tettere oppfølging avklares for den enkelte enhet. Det er gjennomgående behov for opplæring i regelverk og ressursplanlegging. Videre rettes det innsats inn mot enheter med særskilte utfordringer, som eksempelvis kan skyldes kompetansemangel, sykefravær eller uhensiktsmessig turnus.

Tiltak på foretaksnivå:

- Kvalitetssikring og utvikling av AML-rapporter i GAT
- Oppdaterte retningslinjer for utarbeidelse av turnus
- Obligatoriske kurs for ledere i arbeidstidsbestemmelsene
- Bedre ferieplanlegging
- Sentralisere rapporteringen på arbeidstidsbrudd og revidere malen for klubbenes rapportering i LGG
- Revidere tiltaksplan for reduksjon av arbeidstidsbrudd (gjennomgående tiltak og mal for klubbenes tiltak)
- Tett oppfølging fra sentral HR-stab på avdelingsmøter
- Forbedre kunnskapsgrunnlaget om arbeidstidsbrudd i klubbene og sikre erfaringsdeling fra enheter som har lyktes i å redusere brudd

Tiltak i klubbene:

- Målrettede tiltak innen ressurs- og turnusplanlegging i utsatte enheter

- Kompetanseheving innen ressursplanlegging og regelverk hos linjeledere, og opplæring av leger (GAT) og tillitsvalgte
- Avvikling av planlagt arbeidstid som genererer brudd
- Økt kontroll av ønsketurnus og frivillige vaktbytter som generer brudd
- Inngåelse av dispensasjonsavtaler og villighetserklæringer der det er mulig, samt registrering av disse i GAT
- Benytte personalressurser på tvers og sikre kontroll på tvers av enheter
- Strategisk rekruttering og videreutdanning for å sikre spesialkompetanse
- Sykefraværsoppfølging og forebygging av sykefravær

Pålegg fra Arbeidstilsynet

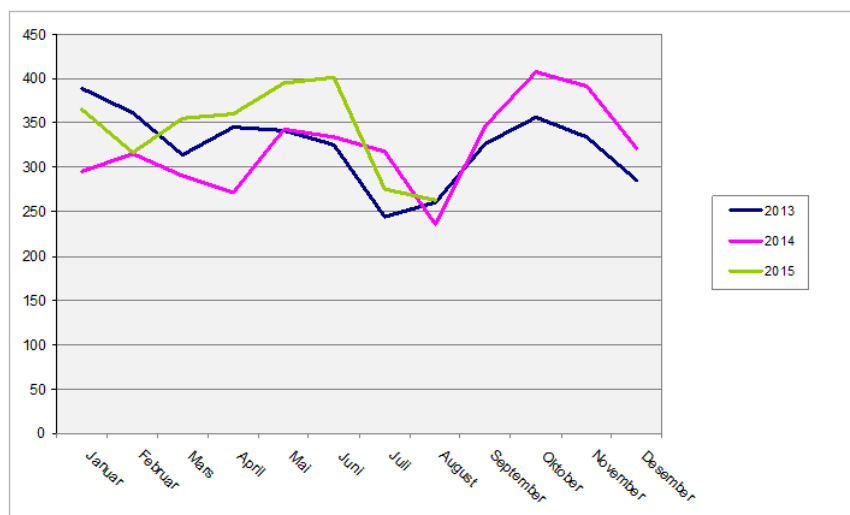
Arbeidstilsynet har på bakgrunn av tilsyn i to perioder i 2014, gitt to pålegg inneværende år.

- Pålegg om «vurdering av forsvarlighet» er gjennomført per 1. september 2015. Prehospitalt senter, ved Ambulansetjenesten Oslo og Akershus og Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral, var omfattet av pålegget. Senterledelsen, avdelingsledere og vernetjenesten lokalt og sentralt har i samarbeid med direktørens HR-stab vurdert at arbeidstidsordningene oppfyller forsvarlighetskravet slik at hensynet til helse, velferd og sikkerhet for den enkelte ansatte er ivaretatt. Det er gitt en utførlig redegjørelse til Arbeidstilsynet. Oslo universitetssykehus har ikke mottatt tilbakemelding per dags dato.
- Pålegg om «Arbeidsgivers overvåking og kontroll av at tiltakene fungerer som forutsatt» følges opp ved at «arbeidsgiver skal, i samarbeid med hovedverneombudet, vurdere om tiltakene (handlingsplanen) som skal sikre at arbeidstidsbestemmelsene blir etterlevd, fungerer som forutsatt. Rapporteringen skjer i statusmøter med Arbeidstilsynet med rapportgrunnlaget fra ledelsens tertialmøter med hver klinikk. Pålegget gjelder hele foretaket og løper ut året.

7.4 Helse Miljø Sikkerhet avvik

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

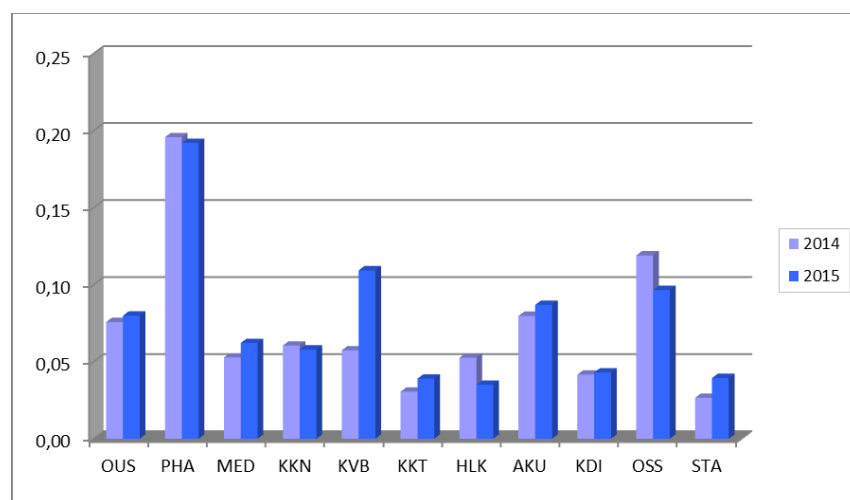
7.4.1 Antall registrerte meldinger



Figur 13. Oversikt over utviklingen i melding av HMS-avvik for perioden 1. tertial 2013 til og med 2. tertial 2015. Kilde: Achilles

Det ble meldt 1.351 HMS-avvik i 2. tertial 2015 sammenliknet med 1.231 HMS-avvik i samme periode i 2014, hvilket er en økning på 10 %.

Registrerte HMS-avvik / årsverk



Figur 14. Totalt antall registrerte HMS-avvik/årsverk i 2. tertial 2015 sammenliknet med samme periode i 2014.

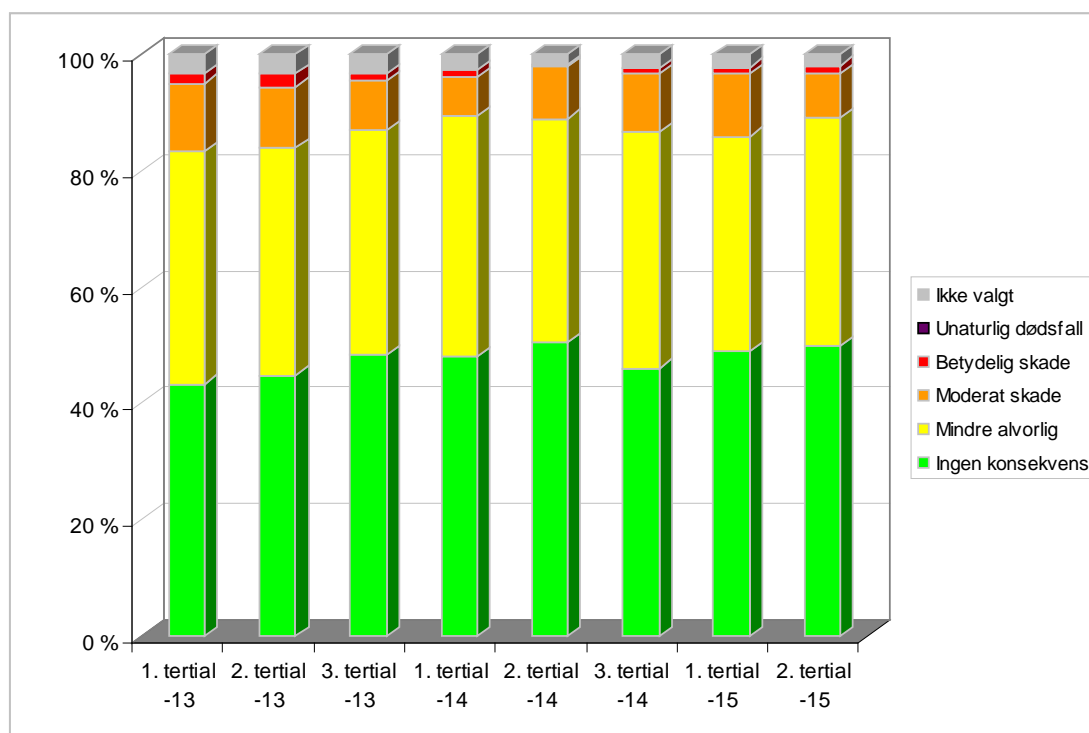
Tertialsnittet for Oslo universitetssykehus HF er omtrent det samme. Det er ganske store variasjoner klinikkene imellom. Fra 0,19 (Klinikk psykisk helse og avhengighet) til 0,04 (Hjerte-, lunge- og karklinikken, Kreft-, kirurgi og transplantasjonsklinikken og Klinikk for diagnostikk og intervensjon). Forskjellene klinikkene imellom representerer i noen grad forskjellige arbeidsmiljøutfordringer, men sannsynligvis i hovedsak forskjeller i meldekultur og i det daglige systematiske HMS-arbeidet.

Unntaket er Oslo sykehuservice som er litt kunstig forhøyet fordi klinikkene overfører ansvaret for enkelte avvikstyper til dem (gjelder eksempelvis bygningstekniske avvik, smittevern, brann og renhold). Doblingen av avvik i Kvinne- og barneklirikken skyldes mange avviksmeldinger relatert til arbeidspress og bemanning i 2. tertial.

7.4.2 Konsekvens

Alle uønskede hendelser registrert i Achilles blir klassifisert ut i fra faktisk konsekvens (for den aktuelle ansatte) og potensiell konsekvens (hva blir trolig konsekvensen hvis hendelsen oppstår på nytt).

Faktisk konsekvens



Figur 15. Faktisk konsekvens. Utvalget er hele Oslo universitetssykehus HF

Figur 15 viser en forholdsmessig fordeling av konsekvens innen de fem gradene: Ingen konsekvens, mindre alvorlig konsekvens, moderat skade, betydelig skade og unaturlig dødsfall. Ca. 89 % av de registrerte HMS-avvikene i 2. tertial 2015 er vurdert av ansatt/leder å ha ingen eller mindre alvorlig reell konsekvens. Denne fordelingen har holdt seg ganske stabilt mellom 85 % og 90 % i de siste 2 år.

16 HMS-avvik ble vurdert av melder og leder til å ha betydelig faktisk skade/konsekvens. Tiltaksstatus for disse er gjennomgått:

Avvikstype	Lukket Adekvate tiltak implementert	Lukket Ingen tiltak	I arbeid Adekvate tiltak igangsatt	I arbeid Ingen tiltak
Muskel/Skjelettskade	1	4 *		2
Bemanning				
Fysisk vold /Trusler	2		1	
Smittevern	3			
IT-systemer		1		1
Sikkerhetssystemer		1		

Tabell 21. Tiltaksstatus for HMS-avvik som er klassifisert med betydelig faktisk skade/konsekvens.

* Hendig uhell.

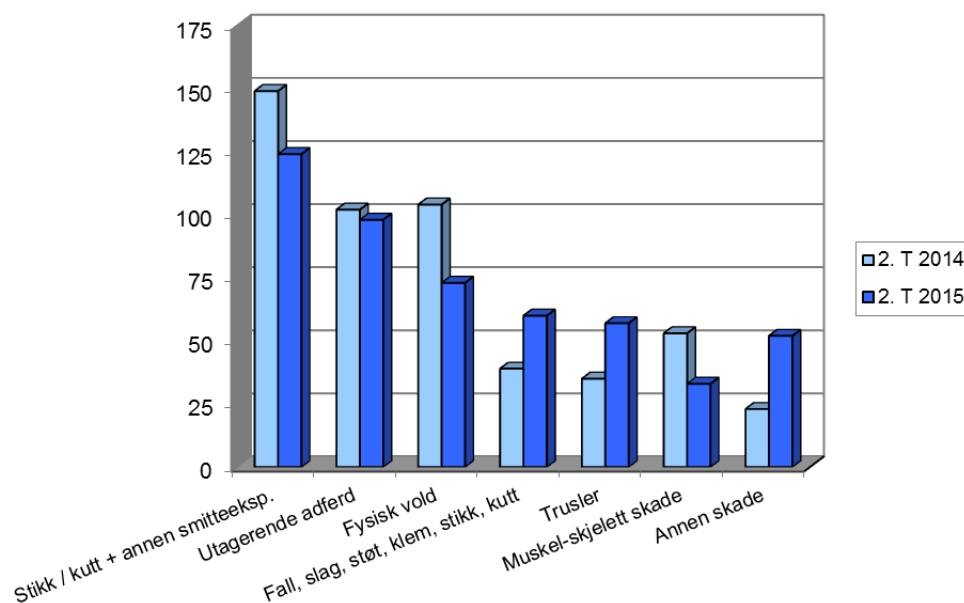
105 HMS-avvik ble vurdert av melder til å ha "Moderat faktisk skade/konsekvens" (oransje). De fordeler seg med;

- 39 avvik innen avviksgruppen "Skade på ansatt", og hvor den største undergruppen er 10 "Muskel/skjelettskade".
- 50 avvik innen avviksgruppen "Arbeidsmiljø", og hvor 23 "Informasjon/samhandling" er den største undergruppen. Her er det forbedringspotensialer på at enkelte enheter bør komme raskere i gang med å iverksette tiltak.

7.4.3 De hyppigst meldte HMS-avvikene

Skade på ansatte

Totalt ble det meldt 479 avvik i hovedgruppen "Skade på ansatte" i 2. tertial 2015. Det er omtrent det samme som i samme periode i 2014.



Figur 16. Hovedgruppen "Skade på ansatte"

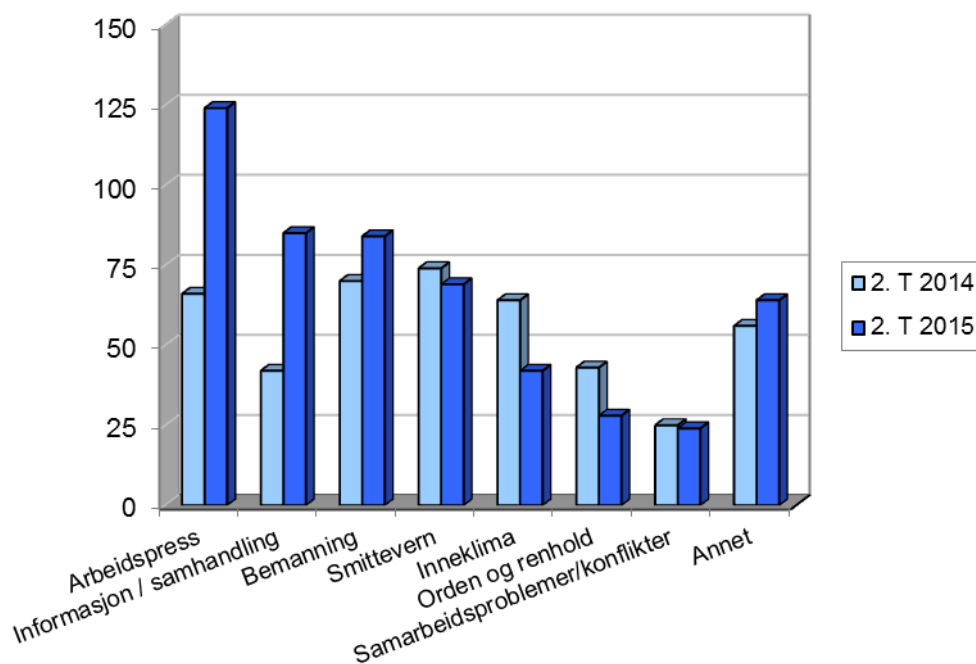
Den største avviksgruppen var «Stikk / kuttskader + Annen smitteeksponering» med 124 avvik, noe som er en nedgang på 20 %. Forrige tertial var det 10 % nedgang. Det er mulig en nå begynner å se resultatet av innføring av nytt sikkerhetsutstyr. Stikkskadene har for øvrig oftest sammenheng med feil rutineutførelse, høy arbeidsmengde og tidspress som gir risiko for flere feilhandlinger.

Nest størst avviksgruppe var «Utagerende adferd» med 98 avvik. Det er omtrent det samme som i 2. tertial 2014. Deretter følger «Fysisk vold» med 73 avvik og «Fall, slag støt, klem, stikk, kutt» med 60 avvik.

Fysisk vold / trusler / utagerende adferd reflekterer et betydelig antall hendelser hvor ansatte ble utsatt for eller stod i fare for å bli skadet - primært fra pasienter innen psykisk helse og rus. Men det meldes i økende grad også slike avvik i andre klinikker. Disse hendelsene er en stor belastning for de ansatte som regelmessig utsettes for slike forhold.

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

Arbeidsmiljø



Figur 17. Hovedgruppen "Arbeidsmiljø"

Det ble registrert 520 avvik i hovedgruppen «Arbeidsmiljø» i 2. tertial 2015. Dette er en økning på 20 % sammenliknet med 2014.

Den største avviksgruppen er «Arbeidspress» med 124 avvik, omtrent dobbelt så mange som i tilsvarende periode i 2014. Dette skyldes i hovedsak 3 enheter som har meldt tilsammen 52 avvik. Eksempler på avvikstitler er: Hektisk vakt, travelt, overtid, ikke fått tatt spisepause, samtidighetskonflikt, overbelegg, ressursmangel.

Nest største avviksgruppe er «Informasjon/samhandling» med 85 avvik, omtrent dobbelt så mange som i tilsvarende periode i 2014. Dette er typisk avvik som genererte plunder og heft i hverdagen. Eksempler på avvikstitler er: Manglende info om smitte, mangelfull tverrfaglig samhandling, ubetjent poliklinikk, rutiner ikke fulgt, tomt lager, kommunikasjonsvikt, uakseptabel adferd.

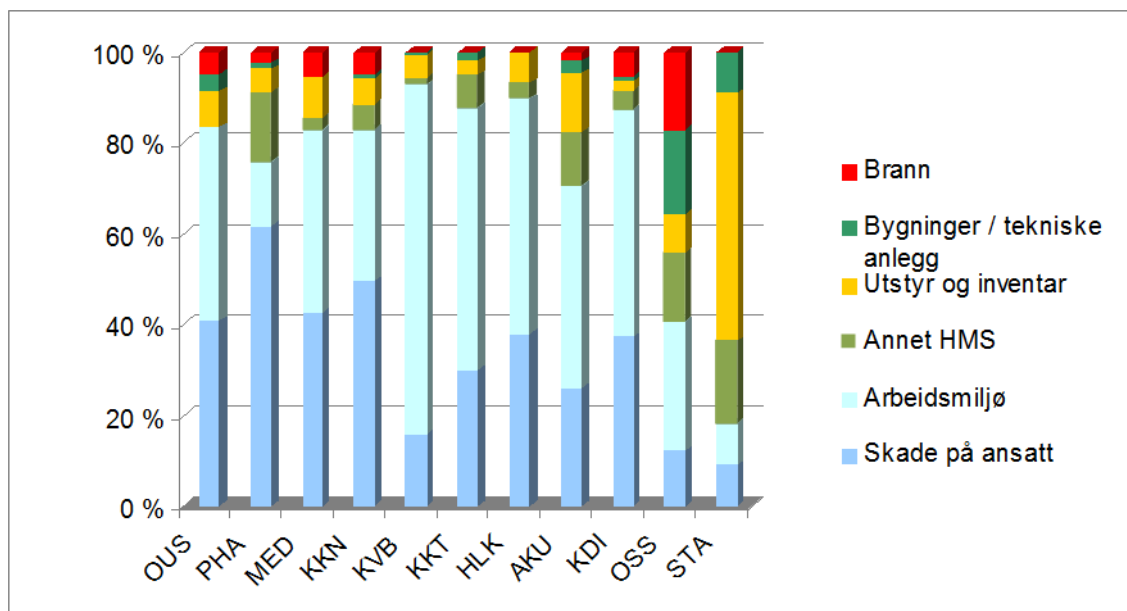
Tredje største avviksgruppe er «Bemanning» med 84 avvik – 20 % flere enn samme periode i 2014. Eksempler på avvikstitler er: Bemanning helg, personellmangel, manglende kompetanse, mangel på ressurser, samtidighetskonflikt på legesiden, for få ansatte på vakt, høy arbeidsbelastning, overtid.

Dernest følger «Smittevern» (69), «Inneklima» (42), «Orden og renhold» (28) og «Samarbeidsproblemer/konflikter» (24).

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

7.4.4 Klinikkvise variasjoner

Klinikksortert meldeprofil



Figur 18. Klinikksortert oversikt over hvordan HMS-avvikstypene fordeler seg på hovedkategoriene i 2. tertial 2015

Figur 18 avspeiler klinikkvise forskjeller i arbeidsmiljøutfordringer, avvikskultur og meldekultur.

Klinikk	Avviksgrupper
Klinikk psykisk helse og avhengighet	Utagerende adferd, fysisk vold, brudd på sikkerhetsrutiner, trusler
Medisinsk klinikk	Stikkskader, informasjon/samhandling, inneklima, bemanning
Klinikk for kirurgi og nevrofag	Stikkskader, smittevern, fall/slag/støt/klem/stikk/kutt, informasjon/samhandling
Kvinne- og barneklubben	Arbeidspress, bemanning, stikkskader
Kreft-, kirurgi og transplantasjonsklubben	Stikkskader, arbeidspress
Hjerte-, lunge- og karklubben	Informasjon/samhandling, stikkskader
Akuttklubben	Stikkskader, informasjon/samhandling, plassforhold, smittevern, arbeidspress
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	Stikkskader, smittevern
Oslo sykehuservice	Manglende vedlikehold av bygning inkl. tekniske anlegg, orden/reinhold, inneklima
Direktørens stab	IT-utstyr/IT-system

Tabell 22. de største avviksgruppene sortert per klinikk

7.4.5 Tiltaksstatus

I 2. tertial ble det totalt registrert 365 HMS-tiltak i avvikssystemet Achilles på 1351 avvik. Dette representerer langt ifra alle gjennomførte tiltak, fordi alt for mange ledere bare bruker kommentarfeltet til å beskrive tiltak, og dette ikke telles opp av rapportfunksjonen. Tiltakskommentarene vurderes i mange tilfeller å være av uforpliktende karakter. Det bør innskjerpes at tiltaksrubrikken skal brukes, ikke kommentarfeltet.

Det systematiske forebyggingsarbeidet kan også bli bedre. Det er mange gjengangere blant avvikene.

I det totale systematiske HMS-arbeidet, hvor tiltak relatert til HMS-avvik utgjør en liten andel, er det mulig å benytte eHMS for å innhente status om sakstyper; både på planlagte og på gjennomførte tiltak. Tiltaksstatus i eHMS pr. 14. september 2015 er:

Det er registrert 4828 tiltak i 410 HMS-handlingsplaner (det vil si at hver handlingsplan i snitt inneholder ca. 12 tiltak hvorav):

- 25 % er gjennomført (1203)
- 34 % er i arbeid (1664)
- 41 % ikke er påbegynt (1961)

		Endring siden 1. tertial
Klinikk psykisk helse og avhengighet	14 %	+ 1 %
Medisinsk klinikk	20 %	-
Klinikk for kirurgi og nevrofag	23 %	-
Kvinne- og barneklubben	31 %	-
Kreft-, kirurgi og transplantasjonsklubben	23 %	- 1 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	15 %	+ 5 %
Akuttklubben	20 %	+ 1 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	33 %	+ 2 %
Oslo sykehusservice	30 %	-
Direktørens stab	28 %	- 6 %
Oslo universitetssykehus HF	25 %	+ 1 %

Tabell 23. Klinikksorterte dokumenterte gjennomførte tiltak. Kilde: eHMS

Alle gjennomførte tiltak og påbegynte tiltak er skritt på veien til et bedre arbeidsmiljø. Andelen ikke påbegynte tiltak er imidlertid foruroligende høyt, og forsinker den planlagte arbeidsmiljøutviklingen i sykehuset.

Effekten av de tiltakene som faktisk er gjennomført er vurdert i eHMS. Gjennomsnittlig risikovurdering før tiltak var gul, og etter gjennomføring av tiltak grønn. Med andre ord har de gjennomførte tiltakene hatt god effekt. Dette gjelder for alle temaer.

Siden hele 75 % av tiltakene ikke er gjennomført, er det sett på hvilke tiltak dette gjelder. De største gruppene av ikke gjennomførte tiltak etter HMS-runden per 14. september 2015 er:

- 306 - Arbeidslokaler og fellesarealer
- 181 - Faglig utvikling
- 170 - Forbedringer
- 157 - Inneklima
- 120 - Arbeidsbelastning
- 116 - Verdier (kvalitet, trygghet og respekt)
- 111 - Sosialt samspill
- 92 - Ergonomi

8 Ekstern kommunikasjon og profilering

Kommunikasjonsarbeidet ved Oslo universitetssykehus HF er organisert i intern kommunikasjon, pasientkommunikasjon og ekstern kommunikasjon og profilering. For å ivareta dette arbeidet har alle staber og klinikker en dedikert kommunikasjonsressurs i kommunikasjonsstaben som bistår innenfor alle disse tre områdene.

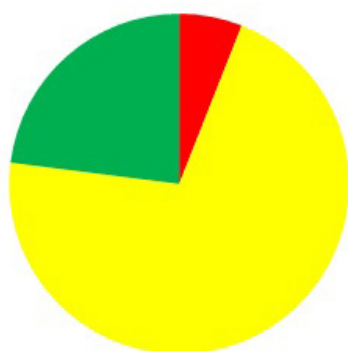
Ett av sykehusets kommunikasjonsmål er å bygge trygghet og tillit i befolkningen. Som et ledd i arbeidet med å spre god pasientinformasjon deltar våre fagpersoner og eksperter aktivt i formidling og samfunnsdebatten. I 2. tertial har mange av våre eksperter uttalt seg i lokale og regionale media om medisinskfaglige spørsmål og forskning.

Sykehuset bruker mange ulike kanaler for å nå ut til pasienter og strategiske målgrupper. Informasjonen på nettsider blir styrket, det blir utviklet applikasjoner og det prøves ut digital kommunikasjon gjennom «Min journal» og sms til pasienter. I tillegg brukes sosiale kanaler som Facebook, Twitter og Instagram. Sykehuset er også sterkt profilert i flere pågående TV-serier.

I media

Sykehuset har hatt 442 registrerte mediehenndelser fra 1. mai - 31. august 2015 – inklusive meldinger om pasientskade. Dette er noe flere enn forrige periode, men noe færre enn tilsvarende periode i fjor. Antall saker i mediene sank fra 4833 i 1. tertial til 4293 i 2. tertial 2015, noe som er ventet med ferieavvikling i redaksjonene. Dette er også færre enn i samme periode i fjor.

Fra 1. juli var det bytte av leverandør av medieovervåkingstjenester, fra Intermedium til Retriever. Dette medførte noen mindre endringer i søkeprofilen, men ingen endringer som gir markante utslag.



Sakene i 2.tertial 2015 ble vektet slik:

- Den gule andelen viser nøytrale saker (71 %)
- De grønne andelene viser positive saker (23 %)
- De røde andelene viser negative saker (6 %)

Figur 19

Andelen positive saker er uendret sammenlignet forrige tertial, mens andelen negative saker sank med en prosent sammenlignet med forrige periode. Alle saker der sykehusets personell uttaler seg i kraft sin ekspertise, er vektet som positive.

I de negativt vektete sakene dominerer følgende temaer:

- Hjernebiopsisaken
- Egen revisjon av byggeprosjekter
- Framtidens sykehus – Idefase
- Privat utredning av nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet

I de positivt vektete sakene dominerer følgende temaer:

- Antibiotikaresistens
- Føflekk-kreft
- Ernæring
- Høye fødselstall i sommer
- Ekspertuttalelser (deriblant forskningssaker)

De nøytralt vektete sakene handler om svært mange ulike temaer. I mange av dem er sykehuset nevnt uten å spille noen sentral rolle. Omtale av skadde pasienter brakt til Oslo universitetssykehus HF (utgjør en stor andel) og fødsler i sommerhalvåret er blant gjengangerne.

Film- og tv-produksjon

Oslo universitetssykehus HF har vært involvert i flere film- og TV-produksjoner som på en god måte viser sykehusets bredde- og spesialkompetanse, og som bidrar til intern stolthet og god omdømmebygging. 26. august hadde både «Barneavdelingen» og «Ut av stillheten» premiere på henholdsvis kanal FEM/TV Norge og TV2. «Barneavdelingen» er på i alt 20 episoder og inneholder 60 ulike case fra behandling av barn/ungdom i sykehuset. «Ut av stillheten» viser sykehusets spesialkompetanse innen cochleaimplantat. Begge produksjonene er nyttig informasjon for pasienter, pårørende og befolkningen generelt, og utnyttes aktivt i profileringen av sykehusets behandlingstilbud på internett og i sosiale medier.

Forskningsformidling

Forskningslederne i klinikkene samarbeider med direktørens stab om profilering av forskningssaker. Det opprettholdes samarbeid om forskningsformidling med kommunikasjonsmiljøene ved Medisinsk fakultet og Institutt for klinisk medisin ved Universitetet i Oslo.

Forskningsbloggen «Forskningssykehuset»

I perioden mai til august er det publisert 14 blogginnlegg på forskning.no. De fleste bloggene er mye lest. Flere av innleggene har skapt diskusjon og ført til ytterligere medieomtale.

Ny nasjonal portal for kliniske studier

29. september lanseres www.kliniskestudier.helsenorge.no. Her publiseres informasjon om pågående kliniske studier fra hele sykehuset til pasienter, pårørende og fastleger. Hensikten er todelt; å gi pasienter lik mulighet til deltakelse i kliniske studier samt enklere rekruttering av pasienter for forskningsmiljøene.

Sykehusets hjemmesider

I perioden er det laget en internetstrategi for 2015-2016. Dokumentet beskriver visjon og mål for sykehusets hjemmesider og skal være et grunnlag for videre utviklingsarbeid inn mot Norges offentlige helseportal www.helsenorge.no.

Oslo universitetssykehus HF er en aktiv samarbeidspartner og bidragsyter inn mot Norges offentlige helseportal www.helsenorge.no og sitter både i operativt og strategisk redaksjonsråd. Sykehuset deltar også i det nasjonale prosjektet «Felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten – én helseportal», i regi av landets fire regionale helseforetak. Sykehuset bidrar særskilt i flere av prosjektets arbeidsgrupper, herunder i arbeidet for ny nasjonal standard for fremstilling av pasientforløp og kliniske studier på nett.

Sosiale medier

Antall følgere på sykehusets sider på Facebook har økt med 30 prosent i perioden. Mest sett og delt er en sak om rekruttering av pasienter til en klinisk studie om cøliaki. Denne har nådd ut til 40 000. Selv om Facebook ikke er en hovedkanal for informasjon fra sykehuset, er det blitt en effektiv kanal for å forsterke budskap som publiseres andre steder.

På bildedelingstjenesten Instagram har sykehuset i sommer arrangert en svært vellykket fotokonkurranse. 291 bilder ble påmeldte, i hovedsak fra ansatte som delte gode inntrykk fra sin arbeidsplass. Antall følgere økte med 125 % i løpet av kampanjen.


Viktige besøk

Oslo universitetssykehus HF har hatt en rekke eksterne besøk i perioden. Blant de viktigste nevnes:

- | | |
|------------|---|
| 5. mai | Statsråd Bent Høie på «tweetup» til urolog Ole Jacob Nilsen
Tema var «knivtid og flaskehals i kirurgien» |
| 18. juni | Poznan universitetsklinikk
12 representanter fra stort polsk kreftsykehus på to-dagers besøk |
| 23. juni | Statsrådene Bent Høie og Sylvi Listhaug m.fl.
Lansering av regjeringens nasjonale strategi mot antibiotikaresistens |
| 25. august | Helseledelsen fra Stockholms län
(18 landstingsråd, direktører og andre ledere)
Studietur i Skandinavia for å sette seg inn i ulike sykehusmodeller |
| 31. august | Statsråd Bent Høie
Åpningen av Mortensrud (Klinikk for psykisk helse og avhengighet) |

9 Risiko

9.1 Risikovurdering for pasientbehandling

Pasientbehandling Gjelder all medisinsk og helsefaglig virksomhet: Diagnostikk, behandling, pleie og pasientoppfølging samt MTU, samhandling, pasientadm. og annet pasientrelatert arbeid.		Risikovurdering sykehusnivå - 2. tertial 2015					 Oslo universitetssykehus	
		Meget liten (1)	Liten (2)	Moderat (3)	Stor (4)	Svært stor (5)	Sannsynlighet	
Konsekvens Svært alvorlig (5) Alvorlig (4) Moderat (3) Lav (2) Ubetydelig (1)								
		Legionella Radiumhosp./Ullevål	Responsid/ambulansestyring AMIK Sykehusinfeksjoner - resistens	Intern overføring av kritisk syke pasienter	Kapasitet radiologi og svarfader patologi	Ventelister / frislutt / beh. kapasitet		
		Sys. bortfall kliniske IKT-systemer	Operasjonskapasitet	Intensiv- og intermedisær senger	Mangel på spesialiserte pleiere og annet personell	Henvissningsmottak - elektroniske henvissinger		
			Bruk av DIPS - PAS/EPJ	Utsending av epikriser og labsvar	Utskrivning av pasienter / legemiddellavstemming	Forløpslister og pakkeforløp kreft	Dokumentasjonen i el. pleie- og omsorgsmeldinger	
				Svikt i oppfølging av pas. i overgang til primærhelsen				
Antall røde: 2 Antall grue: 16 Antall blå: 41								

Figur 20. Risikovurdering av pasientbehandling - matrise

9.1.1 Risikoreduserende tiltak - pasientbehandling

Risiko	Tiltak - kommentarer
<p>Ventelister / fristbrudd / behandlingsskapasitet</p>	<p>Handlingsplan for ventetid, pasientforløp og effektivitet Oslo universitetssykehus HF 2015 følges opp. Som følge av feil i konverteringen fra gamle pasientsystemer til DIPS, samt innføring og riktig bruk av DIPS, har det i løpet av 2. tertial 2015 har det vært et særlig stort fokus på stabilisering og oppretting av ventelistedata. Det har vært iverksatt tiltak for å rette opp feilregistreringer av ventetider og fristbrudd, planlegge avvikling for pasienter som venter og forberede innføringen av Prio2. Det er gjort en grundig gjennomgang av alle restanselister og oppfølging av frister som forfaller. Arbeidet har ført til en betydelig bedre oversikt og kontroll over ventende pasienter. Feilregistrering av henvisninger er fortsatt en faktor som ikke er under kontroll og som med-fører at det ukentlig oppstår nye fristbrudd og langtidsventende. Feilregistrering som faktor er utslagsgivende for hvordan risikonivået for ventelister og fristbrudd presenterer seg på vår risikomatrix. Det pågår kontinuerlig ulike opplæringstiltak.</p>
	<p>Det har vært gjennomført opplæring til ledere, leger, ventelisterådgivere og kontorfaglig personell i håndtering av henvisninger og venteliste i perioden januar til juni. Opplæringsmateriellet (oversendt Helse Sør-Øst RHF i mai 2015) er gjennomgått med ventelisterådgivere i klinikkene og for kontorfaglig nett-verk og klinikkene legger nå egne planer for sitt videre «interne» opplæringsprogram.</p> <p>I tillegg er det gjennomført opplæring i bruk av rapporter i DIPS for å sikre at det gjennomføres kontrollrutiner og kvalitetssikring av ventelistedata.</p> <p>Det er laget egen sjekklister for ajourhold av venteliste, til bruk for personell som har daglige arbeidsoppgaver og ansvar for ventelistebehandling og pasientflyt.</p> <p>Ledermøtet har gjennomgått praksis for forebygging av fristbrudd ved riktig opprettelse av henvisningsperiode, vurdering av henvisning og oppfølging av start helsehjelp/ventetid slutt.</p> <p>Styrende dokumenter er revidert og oppdatert.</p> <p>Det er gjennomført revisjoner, med håndtering av henvisninger og venteliste som tema, i alle klinikker.</p>
	<p>Andre konkrete tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontoret for Fritt sykehusvalg bistår i å finne et alternativt tilbud til langtidsventende for fagområdet Plastikk- og rekonstruktiv kirurgi. De kontakter også pasienten med det formål å undersøke om behandling fortsatt er aktuelt. Kontoret for Fritt sykehusvalg håndterer et volum på ca 1 000 pasienter for Avdeling for plastikk-kirurgi. • Sikre at ansvarlige for de avdelingsvise henvisningsmottakene arbeider etter gjeldende prosedyre • Alle poliklinikker som bruker "SMS-påminnelse" sjekker at det er lagt inn SMS-varsel på pasienter som har time "neste uke", og alle poliklinikker har en "kort varsel" -liste, slik at avbestillinger kan fylles opp på kort varsel. • Pasientene tilskrives med time når henvisningen er vurdert slik at pasienten kan tilrettelegge tiden i sin kalender (økt andel direktebooking og reduksjon av "ikke møtt" og avbestillinger). Det kan tas ut oversikter over hvor stor andel som har en planlagt kontakt innen fastsatt frist. • Det er tilrettelagt for pasientadministrativt arbeid via foretakets ledelsesinformasjonssystem. • Regional prosedyre som beskriver praksis for viderehenvisninger og overføring av pasienter mellom helseforetakene vil bli fulgt opp

Risiko	Tiltak - kommentarer
	<p>internt for å sikre at prosedyren etterleveres, og at informasjon om viderehenviste pasienter blir registret riktig i DIPS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Løpende rapportering og økt ledelsesfokus på alle nivå. • Økt operasjonsaktivitet (nye stuer, tidligere oppstart, flere operasjoner per stue per økt mv). • Økt bruk av avtaler med private sykehus og avtalespesialister. • Samarbeid med andre helseforetak. <p>Det er gjennomført pilot på mottak av elektroniske henvisninger. Piloten er vellykket og tiltaket breddes i 2. tertial.</p>
	<p>Lukking av avvik er fulgt tett opp og det er fokusert på læringsoverføring i etterkant av konsernrevisjonens gjennomgang av virksomhetsstyring i Hjerne- lunge- karklinikken.</p>
	<p>Samarbeid med Helse Sør-Øst RHF/Sykehuspartner vedrørende kortere ventetider, ingen fristbrudd og økt effektivitet på poliklinikkene («Tilgjengelighetsprosjektet»)</p>
	<p>Arbeidet med løsning på organisatoriske flaskehals og kapasitetsutfordringer som hindrer effektiv flyt i behandlingstilbud fortsetter. Det er iverksatt prosjekter som kan se på mulige nye arealløsninger for å oppnå mer effektiv drift.</p>
<p>Kapasitet og standard - medisinsk-teknisk utstyr</p>	<p>Det arbeides videre med årlige investeringer i tråd med Områdeplan for utskiftning av medisinsk teknisk utstyr som ble godkjent av styret i 2015.</p> <p>Sykehuset er i sluttfasen med å få på plass en finansiell leasingpartner. Anskaffelser som krever finansiering gjennom leie er satt i gang og søknad er sendt til Helse Sør-Øst RHF.</p>
<p>Legionella Radiumhospitalet/ Ullevål</p>	<p>Legionellasituasjonen på Radiumhospitalet er nå under kontroll, og det er ikke påvist Legionella siden oktober 2014. Det tas kontrollprøver regelmessig. Det er påvist lave til moderate mengder av Legionella micdadei noen steder på Ullevål. Det er satt i gang risikoreducerende tiltak som økt temperatur, gjennomskylling etc.</p>
<p>Sykehusinfeksjoner - resistens</p>	<p>Oslo universitetssykehus HF følger handlingsplan for smittevern 2014 - 2018</p>
<p>Responstid/ ambulansestyring AMK</p>	<p>Det initieres et arbeid for ny permanent AMK sentral fordi man på sikt vil få betydelige kapasitetsproblemer igjen.</p> <p>Etablere bedre teknologiske løsninger i AMK som elektronisk beslutningsstøtte og flåtestyring - midlertidig i Oslo universitetssykehus HF og varig i henhold til nasjonale prosesser. Dette inkluderer også elektronisk pasientjournal.</p> <p>Vurdere ytterligere utvidelse av bemanningen i henhold til de øvrige tiltakenes effekt og tidspunkt for effektivering.</p>
<p>Operasjonskapasitet</p>	<p>Rikshospitalet har økt operasjonskapasiteten med to operasjonsstuer på Operasjon 1, hvorav en innen gastrokirurgi/transplantasjonskirurgi og en innen hjertekirurgi. En operasjonsstue i Operasjon 3 er midlertidig fristilt til bruk for Øre, nese, hals og plastisk kirurgi fram til innflytting av karkirurgi. I tillegg er en operasjonsstuedag i Operasjon 3 overført fra Hjerne lunge klinikken til funksjonell nevrokirurgi.</p> <p>4 operasjonsstuer i bygg 17 på Ullevål er ferdigstilt, 3 av disse er tatt i bruk til gastrokirurgi og nevrokirurgi.</p> <p>Oppgraderingen av 5 operasjonsstuer ved legevakta ferdigstilles 2015. Operasjonsstuene tas i bruk uke 43. Operasjonsaktiviteten som i dag foregår på Aker, vil da flyttes tilbake. Dermed frigjøres 4 - 5 operasjonsstuer på Aker.</p> <p>Tiltak innen kompetanseutvikling og rekruttering, spesielt knyttet til spesialsykepleiere. Sykehuset har opprettet 100 nye utdanningsstillinger innen spesialsykepleie. Tiltaket videreføres.</p> <p>Turnusløsninger vurderes som tiltak for å beholde allerede tilsatte operasjonssykepleiere.</p>

Risiko	Tiltak - kommentarer
	Systematisk kartlegging av sykehusets utstyr; standard og servicebehov foregår årlig i et samarbeid mellom klinikkene og Medisinsk teknisk virksomhetsområde.
Intern overflytning av kritisk syke pasienter	Det utredes omfanget av intern overflytting og identifiseres risikogrupper. Ansatte læres opp i National Early Warning Score. Det vurderes andre tiltak.
Kapasitet radiologi og svartider patologi	Gjennomføre og monitorere vedtatte prioriteringer for bruk av radiologiske undersøkelser. Klinikkene skal tydeliggjøre radiologisk prioritet innen egne pasientgrupper. Øket fokus på området fra 2. halvdel av 2015
	Overvåke effekter på kapasitet og mangler i forbindelse med innføringen av pakkeforløp i 2015. Kartlegge konsekvenser for andre pasientgrupper
	Erstatte RIS/PACS-løsningen på Radiumhospitalet med løsningen på Rikshospitalet i løpet av første halvår 2015 for å sikre forsvarlig drift der. Det forventes også å øke kapasitet gjennom økt stabilisering og redusert nedetid/responstid for brukere. Det vil også søkes å bedre tilgjengelighet for RIS/PACS til brystdiagnostikk på tvers av sykehuset for å bedre samlet kapasitet.
	Skifte ut MR på Rikshospitalet og Ullevål, og CT på Aker i løpet av 2015.
	Prioritere opplæring av nyansatt personale i radiologi med sikte på å øke kapasiteten
	Kjøp av bildediagnostikk hos private der dette gir et faglig tilfredsstillende tilbud og bidrar til en samlet kapasitetsøkning i Helse Sør-Øst.
	Harmonisere protokoller for radiologi i regionen.
	Omstrukturere og bedre logistikk og arbeidsflyt knyttet til patologiske undersøkelser og svar. Ta i bruk nye lokaler og samle og samordne den faglige virksomheten.
	Sende ut foreløpige patologisvar til klinikere.
	Anskaffe nye og bedre microtomer og mer automatisert fargeutstyr.
Intensiv- og intermediærsenger	Øke antall postoperative/intensivsenger ved Ullevål med 2 buffersenger, samt vurdere intermediærsenger i PO2.
	Sykehuset har ikke lyktes med noen vesentlig økning i antall intensivsykepleiere. Det er isteden utviklet et trainee program hvor ordinære sykepleiere deltar i en intern opplæring på 6-8 mnd. Tiltaket videreføres.
	Kartlegging av intermediærsenger er avsluttet. Intermediærkapasiteten utvides gradvis gjennom videreføring av foreslåtte tiltak og vil på sikt kunne avlaste intensiv. Tiltaket videreføres.
	Thoraxkirurgisk intensiv mangler fortsatt ca. 10 årsverk og kompenseres med innleide vakter spesielt i helgene. Det begynner 2 nye i juni, ingen slutter.
	Bemanningen ved generell intensiv 2 ved Rikshospitalet er økt.
Mangel på spesialsykepleiere og annet personell	Koordineringsgruppe for strategisk kompetanseutvikling skal sikre at kompetanseutvikling i sykehuset samkjøres Et analysemiljø for strategisk kompetanseutvikling vil eventuelt bli etablert for å oppnå oversikt over sårbare fagmiljø og tilby prognoser for ledere. I dette arbeidet inngår både god utnyttelse av IKT-verktøy og optimal bruk av disse.
	Samarbeidsgruppe (etablert i 2013, ledet fra Stab medisin, helsefag og utvikling) med representanter fra HR-stab, Stab medisin, helsefag og utvikling, Stab Forskning, innovasjon og utdanning og Oslo sykehusservice har behandlet flere saker med hensyn til spesialsykepleiere. <ul style="list-style-type: none"> • Titler og funksjonsbeskrivelser på alle ansatte gjennomgås i regi av HR-stab. Systematisk bruk av titler som også synliggjør ansattes fagområder/ kompetansenivå vil gjøre det mulig for ledere å se antall ansatte innen de ulike spesialitetene som for eksempel de

Risiko	Tiltak - kommentarer
	<ul style="list-style-type: none"> ulike spesialsykepleieres fagområde. Årlig behovskartlegging for spesialsykepleiere i regi av HR-stab gjennomføres blant annet for å se behov for utdanningsstillinger fordelt på klinikker. Behovskartleggingens form og prosess vil bli vurdert forbedret.
	<p>Relevans i utdanning</p> <ul style="list-style-type: none"> Videreutdanning i sykepleie som en del av et masterløp ved høyskolene er etter samarbeid med Høyskolen i Oslo og Akershus og Lovisenberg diakonale høyskole blitt mulig å avslutte etter 16 måneder, og gir da kvalifikasjon som spesialsykepleier innen det aktuelle fagområde, som for eksempel intensivsykepleie. Fagråd og dialogmøter mellom sykehuset og aktuelle høyskoler gjennomføres systematisk og på den måten blir sykehusets behov for kompetanse, sykehusets kapasitet med hensyn til praksisplasser og høyskolenes utdannings-tilbud og utdanningskapasitet koordinert.
	<p>Rekruttere og beholde ansatte</p> <ul style="list-style-type: none"> Videreføring av 100 utdanningsstillinger til sykepleiere i videreutdanning i fagområdene ABIO, N, K, P (Anestesisykepleie, Barnesykepleie, Intensivsykepleie, Operasjonssykepleie, Nyfødtsykepleie, Kreftsykepleie, Psykisk helsearbeid). Ansettelse pågår til nye kull med studiestart høsten 2015, mens nyfødt starter januar 2016. Masterutdanning støttet økonomisk etter avtale med nærmeste leder ved de seksjoner det er aktuelt. Nivå-1 Retningslinje ID 22291 gir lederen føringer i prosessen og et grunnlag for den individuelle avtalen. Tranee stillinger med eget kursprogram utprøves ved Intensivenheter i Akuttklinikken. Målet er at flere søkere til intensivutdanning med et ønske om bindingstid ved Akuttklinikken. Internkurs som tilbys i Akuttklinikken vil bli evaluert og vurdert som et mulig felles kurs hvor også sykepleiere ved intermediærenheter kan få hevet sin kompetanse. HR-stab har egen ansatt som jobber med rekrutteringstiltak fra utlysningstekster til større prosjekt som omhandler Profilering av Oslo universitetssykehus HF som arbeidsplass.
	<p>Helsefagutdanning – Lærlingebedrift</p> <ul style="list-style-type: none"> Klinikkene er svært positive til å motta Helsefagarbeiderlærlinger, disse opparbeider seg studiekompetanse og mange velger deretter å studere helsefag på høyere nivå. Fagskoleutdanning etableres nå med spesialisering innen sterilisering. Oslo universitetssykehus HF deltar i Helse Sør-Øst prosjekt og ser på oppgavedeling i operasjonsstuer. Det kan her bli aktuelt å benytte spesialutdannet personell fra fagskolen til håndtering av sterilforsyning til operasjonsstuer.
	<p>Kvalitetssikring av studenter - fremtidige ansatte i samarbeid med høyskolen</p> <ul style="list-style-type: none"> Autorisasjon som sykepleier før studiestart på videreutdanning er kvalitetssikret og det vil fremgå i samarbeidsavtalene at høyskolen tar ansvar for dette. Vandelsattest kvalitetssikres og innhentes før studiestart for alle videreutdanningsstudenter som skal ha praksis ved sykehuset. Legges inn som eget punkt i samarbeidsavtalen mellom Oslo universitetssykehus HF og aktuelle høyskoler. Politiattest fra studenter ved fagskolen er behov før praksis i Oslo universitetssykehus HF og kvalitetssikring pågår.

Risiko	Tiltak - kommentarer
	<ul style="list-style-type: none"> • Skikkethetsvurdering av studenter dokumentasjon fra høyskolen gjennomgås. • Svake studenter og håndtering av prosess.
	<p>Praksisplasser ved Oslo universitetssykehus HF - Hvis høyskolen skal øke antall studenter må sykehusene tilby flere praksisplasser.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det samarbeides kontinuerlig for å etablere flere praksisplasser ved sykehuset bla ved å benytte dagenheter og poliklinikker hvor også avansert behandling og sykepleie pågår. Incentivmidler fra Helse Sør-Øst RHF benyttes i ulike prosjekt for å fremskaffe flere praksisplasser. Det arbeides også for at Helsearena Aker vil også bli brukt i større grad som praksisplass. • Det har blitt gjort en ekstra innsats for å tilby praksisplasser for studenter i operasjonssykepleie i en periode hvor høyskolene vil ha tre kull samtidig i praksis høsten 2015.
	<p>Bedre tilrettelagt mottak av studenter IKT-tilganger for studenter som skal dokumentere i journalen har blitt utsatt i påvente av ny elektronisk pasientjournal. Det har nå vært gjennomført en pilot med maskinell registrering som vil lette arbeidsflyt ved mottak av studenter.</p>
	<p>Ansettelse av sykepleiere med utenlandsk videreutdanning Det er utarbeidet en prosedyre og blitt anbefalt å etablere en ekspertgruppe som kan bistå mellomledere. Pilot pågår i Akuttklinikken for ansettelse av sykepleiere med utenlandsk videreutdanning i operasjonssykepleie.</p>
Henvisningsmottak - elektroniske henvisninger	<p>Oslo universitetssykehus HF har startet med mottak av elektroniske henvisninger, som går til sentralisert henvisningsmottak for videre fordeling til avdelingsvise henvisningsmottak. Det har vært en del tilfeller av direktesending av henvisninger til avdelingsvise henvisningsmottak, men dette gjelder henvisninger på papir og fax. Overgangen til elektronisk mottak av henvisninger med bruk av applikasjonskittering regnes som en reduksjon av risiko.</p>
Forløpstider og pakkeforløp kreft	<p>Implementere de fire første pakkeforløpene for kreft: Tykk- og endetarms-kreft, brystkreft, lungekreft og prostatakreft, og forberede implementering av de resterende 24 pakkeforløpene.</p> <p>Etablering av forløpskoordinatorer, samt etablering av tilstrekkelig utrednings- og behandlingsskapasitet, ledelse og samhandling i pakkeforløpene.</p> <p>Opplæring og monitorering av forløpstider i pakkeforløp som går på tvers av avdelinger i Oslo universitetssykehus HF og på tvers av sykehus.</p>
Dokumentasjonen i el. pleie- og omsorgsmeldinger	<p>Det er gjort en gjennomgang av sykehusets praksis vedrørende dokumentasjon i elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger som fortsatt viser forbedringsmuligheter</p> <p>Det er satt i gang et opplæringsprogram ved medisinsk klinikk vedrørende dokumentasjonskrav i pleie- og omsorgsmeldinger. Programmet vil bli evaluert og justert</p> <p>Det skal videre breddes et systematisk arbeid i hele sykehuset med opplæring av ansatte vedrørende dokumentasjonskrav i pleie- og omsorgsmeldinger.</p>
DIPS - PAS/EPJ	<p>Bruken av DIPS er relativt bra, men det gjenstår en del opplæring og oppfølging på rett bruk av DIPS, dels for registrering av ventetid slutt, og dels for aktivitetsregistrering og timebokføring på poliklinikk. Det er en betydelig forbedring av signering av prøvesvar for de fleste brukere. Oppfølging av korrekt bruk videreføres i EPJ-prosjektets fase 2, ikke minst for å følge opp endringer som følge av ny pasient- og brukerrettighetslov. Risikoen for alvorlige konsekvenser er betydelig redusert.</p>
Utsending av epikriser og	<p>Utsending av epikriser og laboratoriesvar følges opp av overvåknings-</p>

Risiko	Tiltak - kommentarer
labsvar	<p>verktøyet Message Tracking Monitor (MTM) ved Sykehuspartner, ved Klinikk for diagnostikk og intervensjon, i EPJ fase 2 og i DigSam-prosjektet. Verktøyet har hatt visse svakheter som nå er i ferd med å rettes opp, og det arbeides med å overføre ansvar til linje. I tillegg arbeides det med å begrense muligheten til å benytte uriktige adresser for brukerne, og formidle korrekt bruk av tjenestebasert adressering. Målet for oppfølgingen er å kutte papir der det fortsatt sendes ut.</p>
	<p>Ferdigstille en avstemningsløsning for kontroll av patologisvar som sendes internt fra DL-Patologi til DIPS</p>
	<p>Gjennomføre revisjon/stikkprøvekontroll av svarutsendinger etter overgang til elektronisk utsending.</p>
Utskrivning av pasienter / legemiddelavstemming	<p>Opplæring i aktuelle Nivå1 prosedyrer.</p>
Sys. bortfall kliniske IKT-systemer	<p>Fokus på legemiddelavstemming i alle klinikker.</p> <p>Det komplekse systembildet for elektronisk pasientjournal er etter overgang til DIPS betydelig forenklet og forbedret. I gevinstarbeidet er det påvist positiv trend vedrørende oppetid første kvartal 2015 sammenliknet med 2014. Det gjør overvåkning og vedlikehold av drift enklere.</p> <p>Risiko for bortfall av kliniske IKT-systemer vil aldri bli null, og er avhengig av en pågående prosess for overvåkning, analyse og tilpasning. Sykehuspartner arbeider systematisk med å holde risiko for systemsvikt på et minimum, og har fått gode virkemidler for å gjennomføre dette arbeidet. Stabiliteten av de kliniske IKT-systemene har vært god i denne perioden og sannsynligheten for uønskede hendelser reduseres gradvis.</p>
Svikt i oppfølging av pasienter i overgang til primærhelsetjenesten	<p>Det er stort fokus på å sikre at epikriser og laboratoriesvar kommer frem til korrekt mottaker. Utsendelsene monitoreres via systemet MTM. Det arbeides aktivt for å redusere brukerfeil og bedre tekniske muligheter for feilutsendinger. Sykehuset har løpende dialog med primærhelsetjenesten og ulike journalleverandører for å løse problemer og feil i nåværende fase. Tiltaket videreføres ut året.</p>
	<p>Ny, lovpålagt funksjon som koordinator er testet i en egen pilot. Det skal etableres et nettverk av koordinatorene i alle klinikker som driver pasientbehandling. Koordinatorene kobles inn i arbeidet med pasientforløpene fra hjem til hjem og skal spesielt ha fokus på overgangene i forløpene. De arbeider aktivt ut mot primærhelsetjenesten.</p>
	<p>Sykehuset fortsetter opplæring av klinikkens ansatte i forhold til nivå 1-prosedyre –« utskrivningsklare pasienter med behov for kommunale tjenester». Innføringen av elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger (PLO) til kommunehelsetjenesten går bra, og sykehusets samhandlingsparter gir positive tilbakemeldinger. Det arbeides nå med å bre PLO-meldinger til alle landets kommuner. Arbeidet er planlagt slutført innen årets utgang.</p>
	<p>Det arbeides med å sikre at sykehusets ulike samhandlingsparter deltar i pasientforløpsarbeidet fra "hjem til hjem". Dette arbeidet prioriteres i 2015. Også fastlegene blir trukket inn i arbeidet. De inngåtte Samarbeidsavtalene skal benyttes som strategiske virkemiddel i dette arbeidet. Det er utarbeidet felles handlingsplan for 2015-2016 mellom sykehusets seks sektorbydel og Helseetaten, Velferdsetaten og Sykehjemsetaten i Oslo. Her er kompetanseutveksling betydelig vektlagt. Å sikre bedre kjennskap til hverandres arbeidsform og faglige tilbud er også prioritert.</p>

9.2 Risikovurdering av forskning, innovasjon og utdanning

Forskning, utdanning og innovasjon Inkluderer også fagutvikling, kompetanseutvikling og undervisning.		Risikovurdering sykehusnivå - 2. tertial 2015					Oslo universitetssykehus			
Konsekvens	Svært alvorlig (5)									
	Alvorlig (4)			Spesialstudium - veiledn./ supervisjon						
	Moderat (3)			Kliniske studier - kapasitet, finansiering og infrastruktur Mangel på praksisplasser for operasjons sykepleiere		Rekruttering forskere innen enkelte fagområder Efterutdanning og veiledningskapasitet Arealer til forskning og undervisning				
	Lav (2)			Biobankfasiliteter - lagring, oversikt Lover og etikk i forskning - avvikssaker		IKT-infrastruktur til forskning Kvalitetsregistre - infrastruktur				
	Ubetydelig (1)									
10										
Sannsynlighet										

Figur 21. Risikovurdering av forskning, innovasjon og utdanning - matrise

9.2.1 Risikoreduserende tiltak - forskning, innovasjon og utdanning

Risiko	Tiltak - kommentarer
IKT-infrastruktur til forskning	Forbedring gjennom IMP (regi av Oslo universitetssykehus HF) og Digital fornying (regi av Helse Sør-Øst RHF). Stab forskning, innovasjon og utdanning deltar i månedlig oppfølging med Sykehuspartner vedr IKT for forskning.
Kvalitetsregistre - infrastruktur	I samarbeid med Helse Sør-Øst RHF etablere tiltak for økt dekningsgrad av de nasjonale registrene. Forprosjekt klinisk datavarehus ved Oslo universitetssykehus HF pågår. Bidra til å tilgjengeliggjøre tilfredsstillende databaseverktøy.
Rekruttering av forskere innen enkelte fagområder	Oppfølging i aktuelle klinikker. Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken utarbeider analyse for egne fagområder der rekrutteringsproblemer er særlig store. Hjerter-, lunge- og karklinikken aktiverer bruk av eksisterende D-stilling for LIS og arbeider med å etablere en ny. Kvinne- og barneklinikken har særskilt pilotprosjekt i samarbeid Oslo universitetssykehus HF –Universitetet i Oslo vedrørende raskere rekrutteringsprosess for kombinerte stillinger og jobber i tillegg med å styrke klinikkens forskningskultur og nødvendigheten av bidrag inn i forskning. Forskningsdirektør følger opp status med aktuelle klinikker i løpet av 2015.
Biobankfasiliteter - lagring, oversikt	Oslo sykehusservice arbeider med etablering av nytt felles biobank lokale på Rikshospitalet. Det jobbes for å skaffe bedre ekstern finansiering av forskningsbiobanker.
Kliniske studier - kapasitet, finansiering og infrastruktur	Etablere styrkede kliniske forskningsstøttefunksjoner gjennom regionale og nasjonale (Norcrin) bevilgninger til kliniske studier. Følge opp internt i forbindelse med budsjett 2016 at det innenfor klinikkens forskningsressurser planlegges for en styrking av infrastruktur, utprøvningsenheter og støttefunksjoner for kliniske studier, i henhold til oppdrag fra eier.
Lover og etikk i forskning - avvikssaker	Økt kursaktivitet for forskningsgruppetledere og linjeledere fra Oslo sykehusservice Forskningsstøtte.
Arealer til forskning og undervisning	Videre arbeid med avtale med Universitetet i Oslo om arealer. Bidra i arbeidet med tilstrekkelige arealer til forskning og undervisning i forbindelse med strategisk arealplanlegging/idefase, og i forbindelse med store forskningssøknader.
Etterutdanningsaktiviteter og veiledningskapasitet	Arbeide systematisk med tiltak i handlingsplan for utdanning, overordnet og i hver klinikk.
Spesialistutdanning leger - veiledning og supervisjon	Styrke kontakten med utdanningsutvalgene og delta i evalueringsmøter med spesialitetskomiteer. Oppfølging av komiteenes anbefalinger. Oslo universitetssykehus HF har gjennomført kurs i veiledning for overleger og planlegger nytt kurs i 2016.
Mangel på praksisplasser for operasjonssykepleiere.	Være i tett dialog med ledere på aktuelle enheter/seksjoner for å finne løsninger på kapasitetsproblematikken

9.3 Risikovurdering for arbeidsmiljø

Arbeidsmiljø		Risikovurdering sykehusnivå - 2. tertial 2015					Oslo universitetssykehus	
Inkluderer også HMS-, HR- og personalarbeid		Meget liten (1)	Liten (2)	Moderat (3)	Stor (4)	Svært stor (5)		
Konsekvens	Svært alvorlig (5)							
	Alvorlig (4)			Kjemikallesikkerhet				
	Moderat (3)			Ansattikkerhet	Mangel på spesialsykepleiere Bemanningsstyring	Arbidsbrudd og oppløsing Byggestandard		
	Lav (2)					Plassforhold Kulturfordringer		
	Ubetydelig (1)							
	2	7	Sannsynlighet					

Figur 22. Risikovurdering for arbeidsmiljø - matrise

9.3.1 Risikoreduserende tiltak - arbeidsmiljø

Risiko	Tiltak - kommentarer
Arbeidstidsbrudd og oppfølging av disse	Tiltaksplan med både sentrale tiltak, klinikkgjennomgående tiltak og klinikkvise tiltak; tettere og hyppigere oppfølging av arbeidstidsbrudd, inkludert brudd på hviletidsbestemmelsene; prosess for å vurdere forsvarligheten til avtalen på Prehospitalt senter etter pålegg fra Arbeidstilsynet.
Byggstandard	Egen vedlikeholdstiltaksplan for 2015 med 15 tiltak som er meddelt Arbeidstilsynet.
Plassforhold	Klinikkstabene skal flytte ut av pasientnære lokaler for å frigjøre areal til klinisk personell.
Mangel på spesialsykepleiere	Flere rekrutteringstiltak; ordningen med 100 utdanningsstillinger i spesialsykepleie videreføres; strategisk kompetanseplanlegging og -styring; videreføring av prosjekt om frigjøring av tid for operasjonssykepleiere for økt operasjonskapasitet; styrke sykehusets omdømme som en attraktiv arbeidsplass; videreføring av tiltakene for å beholde spesialsykepleiere, egen gruppe som arbeider med profilering.
Bemanningsstyring	Økt kunnskap om og lojalitet til regel- og avtaleverk gjennom kurs, veiledning og tettere oppfølging; full bruk av GAT som planleggings- og styringsverktøy.
Kulturutfordringer	Det skal arbeides med kulturbygging på flere nivåer og arenaer, og med forskjellige innfallsvinkler. Hovedinnsatsen skal gjøres i klinikkene. Overordnet er det planlagt et kulturkompetanseprogram og en metodebok for kulturbygging.
Systematisk HMS-arbeid	Sende ut påminnelser høsten 2015 om det systematiske HMS-arbeidet
Kjemikaliesikkerhet	Sende ut klinikkrapporter om status vedrørende stoffkartoteket, lokale risikovurderinger og substitusjon
Ansattikkerhet	Redusere antallet stikkskader ved å ta i bruk engangsutstyr med sikkerhetsmessige beskyttelsesmekanismer. Forebygge vold og trusler ved sikkerhetstiltak og opplæring.

9.4.1 Risikoreduserende tiltak - økonomi og infrastruktur

Risiko	Tiltak - kommentarer
Økonomisk bærekraft	Utarbeide og gjennomføre den plan som er lagt for krav til effektivisering i økonomisk langtidsplan med om lag 2 % per pr i perioden 2016-2019 for å sikre finansiering av investeringer slik at sykehuset driftes i moderne og adekvate bygg og med oppdatert medisinsk teknisk utstyr
Resultat i forhold til budsjett i 2015	Særskilt oppfølging av bemanningsutvikling etter ferien for å sikre at økt bemanning i forbindelse med ferieavviklingen avvikles så raskt som mulig.
	Ukentlig gjennomgang av aktivitet og ventelister for å sikre økt aktivitet og bedre kapasitetsutnyttelse.
	Det gjennomføres utvidet oppfølging av medisinsk og administrativ koding i forbindelse med tertial-avslutninger. Dette rapporteres jevnlig til ledermøtet.
Gammelt medisinsk teknisk utstyr	Prioritere og gjennomføre investeringer som er driftsøkonomisk lønnsomme.
	Bruke finansiell leie for å få tilstrekkelig utskiftning på kort sikt.
	Arbeide for økt effektivisering av driften slik at mer midler kan disponeres til medisinsk teknisk utstyr.
Ineffektiv bygningsmasse - Ikke tilpasset moderne sykehusdrift og stort vedlikeholdsetterslep	Lang sikt: Ferdigstille idfasearbeidet som første ledd i avklaring om erstatning av den gamle bygningsmassen.
	Fortsette gjennomføring av midlertidige oppgraderinger i gamle bygg for å imøtekomme de mest alvorlige tilsynskravene innen brann, HMS og elektro. Det er sendt lånesøknad til Helse Sør-Øst RHF /Helse og omsorgsdepartementet desember 2014 for lånefinansiering av 1 265 mill. kroner for årene 2016- 2019.
Konsistens i kodeverk og organisasjon	Gjennomgå kilde-systemene for registrert aktivitet og tilhørende ressurser. Vise tallgrunnlaget for ledelsen (anvendelse gir bedre kvalitet). Felles forvaltningsløsning er under innføring.
Kontrollmiljø (økonomi, juridisk)	Fortsette arbeidet med etablering av helhetlig internkontroll.
IKT infrastruktur	Oppgraderes i regi av fornyingsstyrets infrastrukturmoderniseringsprogram (IMP)
	Kontinuerlig oppdatering av kabling for å understøtte økt båndbreddebehov
	I samarbeid med eiendomsavdelingen identifisere kritiske områder og oppgradere disse for å redusere ikke planlagt nedetid i kritiske IKT-systemer. Gjelder særlig manglende kapasitet på avbruddssikker strøm.
	Tett samarbeid med FPK og Sykehuspartner for å sikre at nødvendige ressurser er tilgjengelig for å gjennomføre prioriterte oppgaver.
IKT-tjenester - manglende leveranser fra sykehuspartner	Fortsette dialogen med Sykehuspartner (kundemøter) som har gitt god effekt i 2014. Arbeide videre innenfor forskningsstøtte.
IKT: Manglende konsolidering systemer	Tett samarbeid med FPK for å sikre at Oslo universitetssykehus HF behov blir ivaretatt, og iverksette lokale tiltak der hvor det er mulig ut ifra et økonomisk og ressursmessig perspektiv
Arealknapphet på sentrale arealer	Gjennomgang av helhetlig arealbruk.

10 Referansetabeller

10.1 Eksterne tilsyn gjennomført i 2. tertial 2015

Tilsyns-dato	Tilsyns-etat	Tittel – tema	Organisasjonsheter	Antall avvik gitt	Antall avvik lukket	Kommentar – status	Avvik i forhold til internkontroll-krav								
							Mål, organisering, ansvar, myndighet	Arbeidstakeres kunnskap, ferdigheter, medvirkning	Brukererfaringer, medvirkning	Fare for svikt / lovbrudd, risikovurdering/-styring	Avvik, avdekke, rette opp, forebygge	Nødv. rutiner, dokumenter, dokumentstyring	Intern revisjon, gjennomgang av system	Bygg/anlegg/utstyr	
25.08.	Arbeids-tilsynet	Arbeidsmiljølovens krav for å forebygge arbeidsrelaterede sykdommer og skade	Oslo sykehus-service Renhold			Avventer rapport.									
24.08.	Direktoratet for samfunns-sikkerhet og beredskap	Utgangspunkt i tidligere avvik (elektro), sikring av kompetanse i bruk av MTU og hendelser ved aktive implantater som pacemakere og ICD	Oslo sykehus-service Elektro-avdelingen			Avventer rapport.									
19.06.	Arbeids-tilsynet	Tilsyn etter arbeidulykke 27.05.15	Klinikk for kirurgi og nevrofag Avd. for plastikk og rekonstr. kirurgi	1		Oppfølging 28.09.15 via HMS leder.		1							
16.06.	Mattilsynet	Planlagt revisjon: prøvetaking, merking, avvik og interne revisjoner. Hovedkjøkken RH	Oslo sykehus-service Hovedkjøkken RH	2	2	Sendt over handlingsplan 20.08.15					1				1
19.05.	Fylkes-mannen helseavdeling	Landsomfattende tilsyn: Samhandling om utskrivning av pasienter ved OUS til kommunen	Seksjon samhandling	0	0	Tilsynssaken lukkes.									
Totalt				3	2		0	1	0	0	0	1	0		1

Tabell 24. Eksterne tilsyn gjennomført i 2. tertial 2015

10.2 Eksterne tilsyn fra tidligere perioder - fortsatt under arbeid

Tilsyns- dato	Tilsynsetat	Tittel - tema	Org. enhet	Antall avvik gitt	Antall avvik lukket	Kommentar - status
07.04.2015	Det lokale eltilsyn (netteier)	Revisjon av virksomhetens HMS opp mot El-sikkerhetsloven	Elektroavdelingen	14	0	Frist lukking 01.10.15
17.03.2015	Riksrevisjonen	Selskapskontroll 2014: Kontroll av informasjons-sikkerhet i medisinsk-teknisk utstyr (MTU)	Oslo Sykehuservice VO Medisinsk teknologisk			Personvern, MTV og IKT jobber med å lukke påpekte mangler.
10.03.2015	Fylkesmannen helseavd.	Håndtering av farlig avfall	Oslo Sykehuservice	3	3	Godtatt handlingsplan som lukker avvikene innen 31.12.15. De følger opp med nye tilsyn. Tilsynet er avsluttet.
10.03.2015	Branntilsyn	Del av tilsyn farlig avfall: Tilsynsrapporte håndtering av farlig stoff	Oslo Sykehuservice Brannvernseksjonen	4	3	Sendt over handlingsplan innen fristen og avventer tilbakemelding fra OBRE. 3 avvik lukket ved oversendelse av handlingsplan
09.03.2015	Statens legemiddelverk	Blodbankens tilvirkning av blod og blodkomponenter	Klinikk for diagnostikk og intervensjon IMM Blodbanken felles	5	1	Frist for lukking av avvik 21.10.15
22.10.2014	Helsedirektoratet	Produksjon av vitamin D. analyse	Klinikk for diagnostikk og intervensjon Hormonlaboratoriet			Ingen endring. Sykehuset vet ikke om det kommer videre oppfølging. Ikke mottatt dokumentasjon.
06.10.2014	Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap	Oppfølging av DSB tilsyn i 2012 og 2013	Oslo Sykehuservice	9	5	Følges opp nå under tilsyn 2015
13.05.2014	Fylkesmannen helseavd.	Systemrevisjon - forsvarelig pasientforløp	Klinikk for kirurgi og nevrofag Nevrokirurgisk avdeling	2	0	Rapportering 01.09.15
04.04.2014	Arbeidstilsynet	Arbeidstid ved ulike klinikker i OUS	Hele sykehuset HR-staben	2	0	Her skal det rapporteres 01.09.15 fra HR
16.12.2013	Branntilsyn	Branntilsyn ved OUS - Søsterhjemmet. Branntekniske tiltak	Oslo Sykehuservice			Følges opp via dialogmøter.
01.07.2011	Arbeidstilsynet	Tilsynsrapport fra statusmøte 15.06.11	Hele sykehuset	10	8	Arbeides med og drøftes i de faste dialogmøtene, neste møte 08.10.15

Tabell 25. Eksterne tilsyn fra tidligere perioder - fortsatt under arbeid

Målgruppe: Foretaksstyret – Styresak 65/2015.
Faglig ansvarlig: Stabsdirektør Eva Bjørstad, Stab pasientsikkerhet og kvalitet
Saksbehandler: Øystein Helland
Dato: 28. oktober 2015
Fil: - LGG 2T 2015 v30.docx



www.oslo-universitetssykehus.no

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

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 28. oktober 2015

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

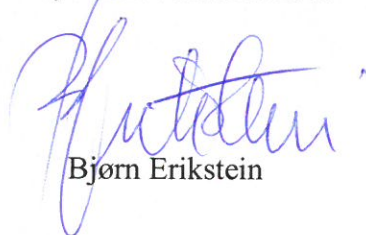
Vedlegg: Rapportvedlegg

SAK 66/2015 RAPPORT PER SEPTEMBER 2015

Forslag til vedtak

Styret tar rapporteringen til orientering.

Oslo, den 20. oktober 2015


Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

Gjennomgangen av status og resultater per september 2015 viser kortfattet følgende:

- Registrert aktivitet innenfor somatikken er hittil i år 0,8 prosent lavere enn periodisert budsjett.
- Innenfor psykisk helsevern for voksne er den rapporterte aktiviteten hittil i år høyere enn planlagt for alle aktivitetsindikatorerne bortsett fra for antall liggedøgn ved døgnbehandling som er noe lavere enn lagt til grunn i det periodiserte budsjettet.
- Innenfor psykisk helsevern for barn og unge er den rapporterte polikliniske aktiviteten betydelig lavere enn budsjettet. En stor del av avviket skyldes overgang til nytt pasientadministrativt system (DIPS) fra tidligere BUP-data 20. oktober 2014. Øvrige sykehus som har gjennomført tilsvarende overgang har hatt samme erfaring. Konkret gjelder det problemer med å registrere telefonkonsultasjoner og at flere tiltak samme dag ikke telles på samme måte i DIPS som i BUP-data. Antall utskrevne døgnpasienter er som budsjettet, mens antall liggedøgn er høyere enn budsjettet.
- Det er registrert færre liggedøgn enn budsjettet innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling, mens den polikliniske aktiviteten er betydelig høyere enn planlagt.
- Antall fristbrudd var per utgangen av september 576. Målet har vært at dette skulle reduseres ned mot null før ny pasient- og brukkerettighetslov trer i kraft 1. november. Realistisk sett vil Oslo universitetssykehus HF trolig per 1. nov fortsatt ha en del fristbrudd. Langt de fleste av disse vil ha time kort tid etter 1. nov og alle avdelinger har konkrete planer om å være ned mot null fristbrudd før 31. desember 2015.
- Antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer er per utgangen av september 1 156.
- Regnskapet per september viser et negativt avvik på 43 millioner kroner sammenliknet med periodisert budsjett – en forbedring på 18 millioner kroner i forhold til avviket etter august.
- Antall brutto månedsverk var i perioden januar - oktober 18 284. Dette er 29 høyere enn budsjettet og 493 høyere enn i samme periode i 2014.
- Registrert sykefravær til og med august 2015 var 7,3 prosent, og sykefraværet var dermed noe høyere enn i samme periode i 2014 (7,1 prosent).

2. Administrerende direktørs vurderinger

Hovedmålene for virksomheten i Oslo universitetssykehus HF i 2015 er å unngå fristbrudd, fortsette reduksjonen i antall langtidsventende pasienter og sikre et økonomisk resultat som budsjettet eller bedre. Samtidig skal det innføres pakkeforløp for kreftpasienter.

Arbeidet for å få ned fristbrudd og ventetider gir resultater, og både antall fristbrudd og langtidsventende (og dermed ventetid for ventende pasienter) er kraftig redusert gjennom 2015. Det arbeides nå for å ha god kontroll på ventelistesituasjonen før ny pasient- og brukkerettighetslov trer i kraft fra 1. november 2015. Ny pasient- og brukkerettighetslov innebærer blant annet at fristbruddpasienter skal meldes til Helfo med rett til å få et alternativt tilbud om

helsehjelp, hvor helseforetakene må dekke kostnaden ved alternativt tilbud. På nåværende tidspunkt vurderes det som sannsynlig at ikke alle pasienter med frist før 1. november har fått fristen innfridd før dette tidspunkt. Dette gjelder spesielt innenfor ortopedi, nevrologi og nevrokirurgi. Det er ekstra ledelsesmessig oppmerksomhet mot disse fagområdene og avdelingene gjør det de kan for å tilby vurdering/behandling innenfor frist, og hvis ikke dette går, time så tett etter 1. november som mulig. I tillegg har vi avtalt kjøp av ekstra kapasitet hos privat leverandør innen nevrologi.

Det har gjennom hele 2015 vært arbeidet for å øke aktiviteten både ved poliklinikker og operasjonsstuer. Registrert aktivitet gjennom de siste månedene viser at aktiviteten har vært høyere enn budsjettert de siste månedene, og det negative avviket for antall DRG-poeng er etter ni måneders drift redusert til 0,8 prosent, hvilket innebærer en økning i samlet aktivitet innenfor somatikken med 2,8 prosent fra samme periode i fjor. Administrerende direktør er nå opptatt av å sikre at det høye aktivitetsnivået fortsetter de siste månedene av 2015 slik at aktivitetsmålet på årsbasis kan nås og at ventetider reduseres som forutsatt i budsjettet. Dette innebærer at også de klinikkene som allerede har høyere aktivitet enn budsjettert forventes å øke aktiviteten ytterligere som en del av arbeidet med å bedre utnyttelse av kapasitet på poliklinikker og operasjonsstuer.

Innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det rapportert lavere aktivitet enn budsjettert på enkelte områder. Samlet vurderes aktiviteten å være på nivå med det som er budsjettert. Det største avviket er for poliklinisk aktivitet innenfor barne- og ungdomspsykiatrien. Store deler av avviket antas å være knyttet til at aktivitet registreres og telles på annen måte i DIPS enn i tidligere system BUP-data. Dette gjelder i hovedsak telefonkonsultasjoner og flere tiltak samme dag. Deler av avviket skyldes imidlertid reelt lavere aktivitet enn lagt til grunn i budsjettet.

Etter september er det rapportert et negativt budsjettavvik på 43 millioner kroner. Det er et positivt avvik for september isolert. Høye aktivitetsbaserte inntekter skyldes i stor grad etterregistrering av aktivitet for tidligere måneder. Resultatet inkluderer videre forhold av engangskarakter (gevinst fra salg av eiendom og nedskrivning) som samlet bidrar netto positivt med 82 millioner kroner. Økt aktivitet de de siste månedene og lavere kostnader til årets lønnsoppgjør enn forutsatt i budsjettet, er de viktigste forholdene som isolert sett har bidratt til å begrense det økonomiske avviket de siste månedene.

Den økonomiske utviklingen gjennom 2015 er likevel ikke tilfredsstillende, og administrerende direktør har i ledermøter og i dialog med klinikkene understreket behovet for å lukke det økonomiske avviket gjennom resten av 2015. Ytterligere forbedring av kapasitetsutnyttelsen gjennom høyere aktivitet og reduksjon av kostnader vil bidra til forbedring av produktiviteten som forutsatt i budsjettet og gi et bedre grunnlag for neste års budsjett. Det vurderes som positivt at aktiviteten innenfor somatikken er økt og at fristbrudd er betydelig redusert. Målet om reduksjon av månedsværk og kostnader er imidlertid ikke nådd, og det er store forskjeller i produktivitetsutvikling mellom de somatiske klinikkene. På dette tidspunkt vurderes det som nødvendig å bedre kapasitetsutnyttelsen ytterligere, samtidig som ressursbruken reduseres. Det vil videre være tett oppfølging av

bemanningsutviklingen i klinikkene inntil antall månedsverk er innenfor det nivå som den enkelte klinikk har budsjettdekning for.

3. Pasientbehandling

3.1. Aktivitet somatikk

Til og med september 2015 er det så langt rapportert et negativt avvik i forhold til plantall på om lag 1 500 DRG-poeng, tilsvarende 0,8 prosent. Avviket er redusert fra 1,6 prosent rapportert etter august. En stor del av denne reduksjonen i avviket skyldes større omfang av etterregistrering av aktivitet etter den ordinære rapporteringen for august enn lagt til grunn i forrige månedsrapportering, men før endelig aktivitetsgrunnlag for 2. tertial 2015 ble sendt til NPR. I tillegg har aktiviteten isolert for september vært høyere enn budsjettet. Dette er særlig innenfor Medisinsk klinikk, Klinikk for kirurgi og nevrofag og Hjerter-, lunge- og karklinikken. I rapportert resultat per september er det lagt inn effekt av forventet etterregistrering med 212 DRG-poeng. I budsjettet for 2015 ble det lagt til grunn en positiv effekt av nytt ISF-regelverk/grupper 2015 på nærmere 1 000 DRG-poeng. Interne analyser viser at effekten av ISF-regelverket for 2015 er nær null, og om lag en 40 prosent av det registrerte aktivitetsavviket hittil i år (etter september) er dermed knyttet til dette forholdet.

Sammenlignet med 2014 viser interne beregninger at aktiviteten hittil i 2015 er om lag 2,8 prosent høyere enn i samme periode 2015. Økningen fra 2014 til 2015 har vært høyere de siste månedene enn tidligere i år, noe som delvis skyldes at aktiviteten i august og september 2014 var lav som følge av forberedelser til innføringen av DIPS i oktober 2014.

Det er store variasjoner mellom fagområdene når det gjelder endring fra 2014. Innenfor enkelte fagområder er det redusert aktivitet i 2015 sammenlignet med fjoråret mens det på andre områder er økt aktivitet. Dette beskrives nærmere i teksten under. Det er her valgt å ta utgangspunkt i akkumulert status per 2. tertial, og det er data fra endelige tertialfiler som her er lagt til grunn for sammenligningen.

Endringer i aktivitet per 2. tertial 2014 og 2015

I budsjettet for 2015 er det planlagt med en økning i aktivitet innenfor somatikken på nærmere 3 prosent. For perioden januar – august økte aktiviteten med 2,8 prosent inkludert etterregistrering.

Tabellen under viser endring fra 2014 til 2015 for de avdelingene med størst økning i aktivitet (10 avdelinger). For disse avdelingene er det en samlet vekst i aktiviteten på 7,9 prosent, og meraktivitet i forhold til budsjett er 2,7 prosent.

Klinikk	Avdeling	Avvik	Avvik i %	Endring 2014-2015	Endring i %
HLK	KARDIOLOGISK AVDELING	346	3,7 %	950	10,8 %
KKN	NEVROKIRURGISK AVDELING	110	0,9 %	935	7,9 %
KVB	NYFØDTINTENSIV AVDELING	152	4,3 %	648	21,2 %
KKT	AVDELING FOR GASTRO- OG BARNEKIRURGI	21	0,2 %	458	5,1 %
KKN	ORTOPEDISK AVDELING	-154	-1,2 %	385	3,1 %
KKN	PLASTIKK-KIRURGISK AVDELING	138	4,4 %	380	13,3 %
KKN	NEUROLOGISK AVDELING	376	12,9 %	355	12,1 %
HLK	LUNGEAVDELINGEN	246	14,0 %	329	19,7 %
MED	HJERTEMEDISINSK AVDELING	214	4,0 %	298	5,7 %
KKN	ØYEAVDELINGEN	348	6,7 %	291	5,5 %
	SUM	1 797	2,7 %	5 029	7,9 %

Tabellen under viser endring fra 2014 til 2015 for de avdelingene (10 avdelinger) med størst reduksjon i aktivitet. For disse avdelingene er det en samlet reduksjon i aktivitet på 5,9 prosent.

Klinikk	Avdeling	Avvik	Avvik i %	Endring 2014-2015	Endring i %
HLK	THORAXKIRURGISK AVDELING	-1177	-13,7 %	-766	-9,4 %
KKT	AVDELING FOR TRANSPLANTASJONSMEDISIN	-977	-16,2 %	-631	-11,1 %
KKT	AVDELING FOR REVMATOLOGI, HUD OG INFESK	-264	-7,8 %	-261	-7,7 %
KVB	BARNEAVDELING FOR NEUROFAG	-71	-9,0 %	-186	-20,5 %
MED	INFESKJONSMEDISINSK AVDELING	-147	-9,4 %	-127	-8,2 %
HLK	KARAVDELINGEN	-69	-5,6 %	-90	-7,1 %
MED	ENDOKRINOLOGISK AVDELING	-58	-7,5 %	-79	-9,9 %
KVB	FØDEAVDELINGEN	42	0,4 %	-63	-0,6 %
KVB	BARNEMEDISINSK AVDELING	-314	-6,0 %	-63	-1,3 %
KVB	AVDELING FOR GYNEKOLOGISK KREFT	-79	-3,6 %	-46	-2,1 %
	SUM	-3 114	-7,8 %	-2 312	-5,9 %

De negative avvikene er størst i Thoraxkirurgisk avdeling (-13,7 prosent) og i Avdeling for transplantasjonsmedisin (-16,2 prosent) hvor det har vært en reduksjon i antall nyretransplantasjoner og levertransplantasjoner. Redusert antall transplantasjoner knytter seg til redusert donortilgang. Innenfor Thoraxkirurgisk avdeling skyldes avviket flere forhold. Det er en reduksjon i antall hjerteoperasjoner (vridning fra åpen hjertekirurgi til invasiv kardiologi, ref økt aktivitet i Kardiologisk avdeling) og tracheostomier, mens det er en økning i hjertetransplantasjoner.

Innenfor DRG 483 Tracheostomier og transplantasjonsområdet, er det spesielt vanskelig å planlegge aktivitetsutviklingen. Det er derfor foretatt en utvidet gjennomgang av disse områdene og tabellene under viser endring i antall DRG-poeng fra 2014 til 2015 for opphold i DTG 483 Tracheostomier per klinikk og i de ulike transplantasjon DRG'ene for sykehuset som helhet.

Innenfor transplantasjonsområdet er antall utførte transplantasjoner redusert med 21 fra 2014. Reduksjonen er størst i antall utførte nyre- og levertransplantasjoner på 33 (14 prosent) og en økning i antall hjerte- og lungetransplantasjoner på 6 (12 prosent). Stamcelletransplantasjoner er uendret.

2014 fremstilt som 2015	1. og 2. tertial 2014		1. og 2. tert 2015		Endring	
Transplantasjoner	Antall SHO	DRG-poeng	Antall SHO	DRG-poeng	SHO	DRG-poeng
Aktuelle DRG'er						
103 Hjertertransplantasjon og implantasjon av VAD	34	1 063	36	1 132	2	69
191A Transplantasjon av bukspyttkjertel, med eller	18	192	24	255	6	63
302 Nyretransplantasjon	159	1 848	148	1 727	-11	-122
480 Levertransplantasjon	70	1 839	48	1 262	-22	-577
481A Annen stamcelletransplantasjon	86	530	74	449	-12	-81
481B Allogen stamcelletransplantasjon > 17 år	41	1 448	53	1 861	12	413
481C Allogen stamcelletransplantasjon 0-17 år	15	525	13	453	-2	-72
481P Allogen stamcelletransplantasjon, dagkir	0	0	2	39	2	39
495 Lungetransplantasjon	15	323	19	409	4	86
Sum transplantasjoner	438	7 768	417	7 586	-21	-182

Antall opphold i DRG 483 Tracheostomi er omlag på samme nivå hittil i 2015 som i 2014, men det er betydelige vridninger mellom klinikkene.

2014 fremstilt som 2015	1. og 2. tertial 2014		1. og 2. tert 2015		Endring	
DRG 483	Antall SHO	DRG-poeng	Antall SHO	DRG-poeng	SHO	DRG-poeng
483 Tracheostomi ekskl for sykd i ansikt, munnhule	219	7 035	217	6 999	-2	-36
Fordeling på klinikk:						
Medisinsk klinikk	39	1 365	48	1 550	9	185
Klinikk for kirurgi og nefrologi	92	2 586	106	3 060	14	474
Kvinne- og barneklippen	10	332	5	159	-5	-173
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonskl.	33	994	26	817	-7	-177
Hjerte-, lunge- og karklinikken	27	843	16	560	-11	-283
Akuttlinikken	18	916	17	854	-1	-62

Hvor kommer pasientene som behandles ved OUS fra?

Som det fremgår av tabellen under er aktiviteten, målt i antall DRG-poeng, utført ved Oslo universitetssykehus HF økt med 2,8 prosent fra 2014 til 2015 (per 2. tertial). Det er store variasjoner i endring mellom sykehusområdene og regionene.

Per 2. tertial	2014	2015	Endring	i %
Østfold SO	9 205	10 029	824	9,0 %
Akershus SO	19 592	20 267	675	3,4 %
Vestre Viken SO	16 447	16 668	221	1,3 %
Innlandet SO	12 026	12 072	46	0,4 %
Oslo SO	56 845	58 875	2 030	3,6 %
Telemark/Vestfold SO	11 860	11 649	-211	-1,8 %
Sørlandet SO	6 343	6 975	632	10,0 %
SUM Helse Sør-Øst RHF	132 318	136 535	4 217	3,2 %
Helse Vest	4 068	4 098	30	0,7 %
Helse Midt-Norge	3 086	2 647	-439	-14,2 %
Helse Nord	2 819	2 740	-79	-2,8 %
Utlandet/ukjent	710	1 041	331	46,6 %
Sum andre regioner/utledninger	10 683	10 526	-157	-1,5 %
TOTALT	143 001	147 061	4 060	2,8 %
Oslo SO	56 845	58 875	2 030	3,6 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	12 318	12 970	652	5,3 %
Diakonhjemmet sykehus	10 888	11 833	945	8,7 %
Oslo universitetssykehus HF	33 638	34 071	433	1,3 %

Tabellen ovenfor viser antall DRG-poeng for pasienter behandlet ved Oslo universitetssykehus HF ut fra pasientenes bosted. Sykehusområdene Østfold, Akershus og Sørlandet har økt bruken av Oslo universitetssykehus HF mest, mens det har vært en mindre økning i bruken fra sykehusområdene Vestre Viken og Innlandet. Fra Telemark/Vestfold er det hittil i 2015 en redusert bruk av Oslo universitetssykehus HF. Av andre regioner er det en reduksjon i antall DRG-poeng for pasienter fra Helse Midt-Norge som er behandlet ved Oslo universitetssykehus HF. Volumene her er imidlertid relativt små, så dette må i stor grad ses på som tilfeldige variasjoner. Innenfor Oslo sykehusområde har det vært en samlet vekst i antall DRG-poeng fra Oslo universitetssykehus's lokalsykehusområde på 1,3 prosent. Veksten for pasienter fra opptaksområdene til Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus har imidlertid vokst med henholdsvis 5,3 prosent og 8,7 prosent. Veksten er innenfor de kirurgiske og mer spesialiserte fagområdene.

3.2. Aktivitet innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Voksenpsykiatri

Innenfor voksenpsykiatrien er det hittil i 2015 skrevet ut 57 flere pasienter (4,5 prosent) enn plantall mens antall liggedøgn er 2,0 prosent (1 097 liggedøgn) lavere enn budsjettet. Sammenlignet med 2014 er antall utskrevne pasienter redusert med 115 (8,0 prosent), mens antall liggedøgn for døgnbehandling er redusert med 893 (1,6 prosent). Hovedårsaken til det negative avviket for døgnbehandling er at det var en større midlertidig reduksjon i aktivitetensnivået i forbindelse med samlokalisering av døgnenheten ved Josefinegate DPS i januar og flytting av Søndre Oslo DPS til Mortensrud enn lagt til grunn i budsjettet. Fra 1. juli er det en reduksjon i antall døgnplasser som disponeres av Akershus universitetssykehus HF. Dette er hensyntatt i budsjettet, men gir en endring fra 2014.

Antall polikliniske konsultasjoner er 12,0 prosent (7 270) høyere enn plantall og 11,3 prosent (6 878 konsultasjoner) høyere enn i samme periode i 2014. Økningen i antall konsultasjoner er blant annet en effekt av bedret organisering etter samlokalisering ved DPS'ene og at en økt andel av behandlerstillingene nå arbeider på poliklinikkene mens de tidligere arbeidet mer ambulant (gjelder Nydalen DPS).

I rapportert poliklinisk aktivitet innenfor voksenpsykiatrien inngår polikliniske konsultasjoner for en psykosomatisk enhet (Avdeling for nevropsykiatri og psykosomatisk medisin). Enheten er søkt omgjort til en somatisk enhet. Helsedirektoratet har nå bedt om ytterligere informasjon før de behandler søknaden.

Barne- og ungdomspsykiatri

Antall utskrivninger innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er i henhold til plantall hittil i år, med en reduksjon i forhold til 2014 med 6 (5,8 prosent). Antall liggedøgn er 282 (7,4 prosent) høyere enn plantall i 2015 og 96 (2,4 prosent) høyere enn 2014. Flere liggedøgn enn planlagt skyldes at det er flere unge med

alvorlige tilstander som trenger lengre behandling i sykehus enn forutsatt. Antall oppholdsdager dagbehandling er hittil i år 443 (20,3 prosent) høyere enn plantall og økt med 431 (19,6 prosent) fra 2014. Det er gjennomgående høyere belegg på dagenhetene enn forutsatt i budsjettet.

Den registrerte polikliniske aktiviteten viser hittil i 2015 17,5 prosent (6 489 konsultasjoner) færre polikliniske konsultasjoner enn plantall. Sammenlignet med 2014 er antall polikliniske konsultasjoner redusert med 3 854 (11,2 prosent). Reduksjonen fra 2014 skyldes i hovedsak færre registrerte telefonkonsultasjoner og færre registrerte tiltak per pasient. Det arbeides fortsatt for å sikre at all aktivitet blir registrert i DIPS, selv om dette er mer tidkrevende enn registrering av aktivitet i BUP-data (tidligere pasientadministrativt system for barne- og ungdomspsykiatrien). Forholdene som er omtalt ovenfor forklarer i hovedsak endringen i antall registrerte konsultasjoner fra 2014 og en betydelig del av budsjettavviket i 2015. I tillegg har det vært en økning i behandling i grupper, men også noe midlertidig kapasitetsreduksjon i forbindelse med flytting til nye lokaler. Videre har det ved enkelte enheter vært høyt sykefravær og stor turnover i deler av 2015.

Innenfor barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling er det mange alvorlige og sammensatte pasientsaker. Begrenset døgn-/dagkapasitet har gjort at enkelte pasienter som ellers ville vært lagt inn ved døgnenhetene har måttet få en mer omfattende behandling og oppfølging på poliklinikk. Dette har også betydning for antall rapporterte polikliniske konsultasjoner ved at det brukes mer tid per pasient og at antall konsultasjoner blir noe redusert.

Klinikken arbeider med tiltak for å komme nærmere måltallene for 2015. Disse omfatter blant annet:

- Rydding i uferdiglister, med ukentlige rapporter til seksjons - og enhetsledere, der kravet er ingen uferdige konsultasjoner ved ukeslutt.
- Kontinuerlig opplæring av ansatte i prosedyre for registrering av telefonkonsultasjoner.
- Sikre fullstendig registrering av flere konsultasjoner (tiltak) per pasient pr dag.
- Nyansettelser i ledige stillinger.
- Enheter med høyt sykefravær følges tett opp.
- Ukentlig opplæring i bruk av DIPS i enhetene/seksjonene, og spesielle tiltak rettet mot de medarbeiderne som har størst problemer med å mestre et nytt system.
- Tiltak som saksmengdesamtaler, styrt timedagbok og fokus på effektive pasientforløp. BUP Syd har innført LEAN-prosjekt på styrt timedagbok. BUP Nord forventer at aktiviteten vil ta seg kraftig opp når nyansatte kommer mer inn i enhetens arbeidsoppgaver.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Innenfor TSB er det hittil i 2015 skrevet ut 31 flere pasienter (1,4 prosent) fra døgnbehandling enn plantall, en økning på 38 utskrivninger (1,7 prosent) fra 2014. Dette skyldes en pasientgruppe som karakteriseres ved ustabilitet, der brudd i behandlingen rapporteres som utskrivning. Det arbeides kontinuerlig med bruddproblematikk og motivasjon hos pasientene. For antall liggedøgn er det et

negativt avvik i forhold til plantall på 10,6 prosent (2189 liggedøgn). Sammenlignet med 2014 er antall liggedøgn døgnbehandling redusert med 364 (1,9 prosent). Klinikken arbeider med tiltak for å øke innsøkningen og for å sikre at pasientene gjennomfører behandlingen.

Antall polikliniske konsultasjoner innenfor TSB er hittil i 2015 42,2 prosent (4 478 konsultasjoner) høyere enn budsjettet, hvilket er en økning på 113,4 prosent (8 017 konsultasjoner) fra 2014. Fra oktober 2014 var det en økning i antall rapporterte polikliniske konsultasjoner som i stor grad fulgte av gjennomførte tiltak for å lydisolere alle kontorene ved Seksjon for ruspoliklinikker på Ullevål. Det har imidlertid også vært en vekst i øvrig poliklinisk aktivitet innenfor rusområdet på 9 prosent (665 konsultasjoner). Økningen med stor pågang av pasienter fortsetter i 2015, og ser så langt ut til å være høyere enn lagt til grunn i budsjettet.

Det arbeides med ulike former for oppsøkende aktivitet som skal være et tilbud til unge pasienter med rusproblemer som nå ikke fanges opp og henvises til utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. Arbeidet med å rekruttere og å nå ut til brukere som ikke selv oppsøker hjelp har vært høyt prioritert.

3.3. Ventelister

Endringer i Pasient- og brukerrettighetsloven (kap 2) - forberedelser frem mot 1. november

Det arbeides kontinuerlig med kvalitetssikring av ventelistedata. Dette arbeidet er gitt ekstra prioritet i hele 2015, også gjennom arbeidet med DIPS Fase 2. Det arbeides intenst med å komme så langt som mulig ned mot null fristbrudd før endringer i Pasient- og brukerrettighetsloven og i Prioriteringsforskriften trer i kraft 1. november. Kostnadene og ekstraarbeidet ved mangelfull oppfølging av fastsatte frister kan komme til å bli betydelige.

Det er fire sentrale lovendringer:

1. Vurderingsperioden blir 10 dager
2. Skillet mellom "rettighetspasient" og "behovspasient" opphører
3. Utvidet informasjonsplikt
4. Ny meldeordning til HELFO

Det arbeides systematisk for å være godt forberedt til endringene. Det gjennomføres informasjonsmøter, rullerende opplæring i bruk av DIPS som også inkluderer lovendringene, implementering av Prioriteringsveiledere, samt oppdatering av styrende dokumenter. Endringene oppfattes imidlertid som svært krevende å implementere. Det sikres gode rutiner i forbindelse med omlegging av meldeordningen til HELFO, inkludert opplæring i bruk av ny elektronisk kommunikasjon mellom HF og HELFO ("Fristbruddportalen").

Status fristbrudd av ventende pasienter

Per utgangen av september var antall fristbrudd av ventende pasienter 576 (423 per 15. oktober). Sammenlignet med samme tidspunkt i 2014 er dette en reduksjon på 443 fristbrudd. Primo januar 2015 var antall registrerte

fristbrudd om lag 2 600, dvs en reduksjon på mer enn 2 000 fra dette tidspunkt (etterregistrering og korreksjoner viser at reelt antall fristbrudd i januar egentlig var ca 1900. Fortsatt er øyeblikkstallene for fristbrudd falskt noe for høye pga for sen registrering av faktisk innfridd frist samt feilregistreringer). For å få ytterligere reduksjon i antall fristbrudd er det tilrettelagt styringsdata for klinikk- og avdelingsledere som bedre viser frister som forfaller per uke fremover i tid og hvorvidt time er tildelt eller ikke. I tillegg er det fokus på hvor langt frem i tid det er åpne timebøker, hvor godt disse faktisk er fylt med pasientavtaler langt frem i tid og hva den enkelte poliklinikks åpningstid er.

Antall fristbrudd er størst innenfor fagområdene ortopedi, nevrologi og nevrokirurgi. Tiltak for å komme ned mot null fristbrudd innen 1. november omfatter blant annet tildeling av timeavtale til nyhenviste med en gang henvisningen er vurdert, vurdering av avslag eller behov ved vurdering av søknad, videreføring av kveldspoliklinikker, øke planleggingshorisonten (åpne timebøker lengre frem i tid), sikre god kvalitet i registrering, men også fortsatt rydding og kvalitetssikring for å sikre korrekte ventelister samt vurdering av overføring av kontroller til annet omsorgsnivå. På enkelte områder arbeides det med økt samarbeid med andre sykehus og private avtalespesialister. Innen nevrologi inngås det avtale om kjøp av et visst volum utredningskonsultasjoner (100-150) hos en private aktører i området. Innen ortopedi samarbeider man med private leverandører som HSØ har inngått avtale med (hvor vi kan gjøre avrop på slik avtale). Oslo universitetssykehus HF har avtale med Kontoret for fritt sykehusvalg (KFSV) i Helse Sør-Øst om bistand til å ringe til pasienter på våre ventelister innen nevrologi, ortopedi og plastikk-kirurgi for å tilby alternative behandlingssteder. Sykehusledelsen gjennomfører regelmessige møter med KFSV og direkte med avdelingene med størst ventelisteutfordringer.

Status langtidsventende (ventet 12 måneder eller mer)

Per utgangen av september var antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer 1 156 (reduisert til 969 per 15. oktober). Sammenlignet med samme periode i 2014 er det en reduksjon på 870 langtidsventende. Ved starten av 2015 var antall langtidsventende om lag 3 100 slik at antallet langtidsventende er redusert med nærmere 1 950 fra dette tidspunkt. Det er flest langtidsventende innenfor fagområdene ortopedi og plastikk-kirurgi, men også innenfor disse fagområdene har det vært stor reduksjon i antall langtidsventende siden starten av året. De siste månedene har det vært særskilt oppmerksomhet på de pasientene som har ventet over 4 år. Dette arbeidet har gitt resultater, og det vil nå bli rettet tilsvarende fokus på de som har ventet mellom 2 og 4 år. Som angitt over legger nå Kontoret for fritt sykehusvalg i Helse Sør-Øst inn en betydelig innsats for å ringe de pasientene med lengst ventetid for å avklare om de fortsatt trenger et tilbud og om dette kan skaffes et annet sted enn ved Oslo universitetssykehus HF.

Status ventetider

I september var gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter 90 dager. Dette er omtrent på samme nivå som for samme periode i 2014. For pasienter som fortsatt venter på behandling var gjennomsnittlig ventetid per utgangen av september 123 dager, 67 dager for pasienter som venter med rett til behandling og 163 dager for pasienter som venter uten rett. Sammenlignet med

samme periode i 2014 har det vært en stor reduksjon i ventetid både for pasienter med og uten rett, og gjennomsnittlig ventetid for alle ventende er redusert med 42 dager fra utgangen av september 2014.

Tiltak innenfor ventelisteområdet

Arbeidet med å redusere og forebygge fristbrudd, langtidsventende og ventetider omfatter tiltak på flere områder, hvorav noen er nevnt nedenfor:

- Kontoret for Fritt sykehusvalg bistår i å finne et alternativt tilbud til langtidsventende for fagområdet Plastikk- og rekonstruktiv kirurgi, nevrologi og ortopedi. De kontakter også pasienten med det formål å undersøke om behandling fortsatt er aktuelt.
- Inngå avtale om kjøp av et visst volum utredningskonsultasjoner (100-150) hos en private aktører i området.
- Samarbeide med private leverandører innen ortopedi som HSØ har inngått avtale med (hvor vi kan gjøre avrop på slik avtale).
- Regelmessige møter mellom sykehusledelsen og KFSV og direkte med avdelingene med størst ventelisteutfordringer.
- Det gjøres en gjennomgang av pasienter med lang ventetid i alle klinikker. Det viser seg at det i konverteringen av de pasientadministrative data som del av innføringen av DIPS kan være sammenslått data fra flere henvisningsperioder til en henvisningsperiode, noe som har ført til en registrering/overføring av ansiennitetsdato fra langt tilbake i tid og en ventetid sluttdato fra nyere tid eller manglende ventetid sluttdato. Ved bruk av rapport 7219-Pasienter med lang ventetid og sykdomshistorikk fra journaldokumentasjon kvalitetssikres slike forhold.
- Opplæring og kontinuerlig fokus på kvaliteten i ventelistedata, herunder riktig bruk av DIPS (også via Regional EPJ – Fase 2) inkl. spesielt å sikre at pasienter som allerede er rettighetsvurdert og inne i et pasientforløp, ikke rettighetsvurderes på nytt med ny frist.
- Sikre at ansvarlige for de avdelingsvise henvisningsmottakene arbeider etter gjeldende prosedyre.
- Følge opp at henvisninger blir daglig og fortløpende vurdert.
- Følge opp at rettighetsopplysninger er innhentet og riktig registrert.
- Kontakte vurderingsansvarlig lege dersom det er forhold rundt fristfastsettelsen, tildelt rettighet eller annet som bør tilbakemeldes, diskuteres og evt rettes.
- Følge opp at forhåndsundersøkelser (lab/rad) bestilles når henvisningen er vurdert.
- Følge opp at det sendes ut riktig ventelistebrev til pasientene med riktig informasjon om utfallet av vurderingen og med tidspunkt for oppmøte i OUS.
- Bedre planlegging og tilgjengelighet ved å sikre at timebok er planlagt 12 måneder fram i tid, inkludert på lab/rad og at timebøkene faktisk fylles/planlegges med lang tidshorisont.
- Samarbeid med Helse Sør-Øst RHF og Sykehuspartner om prosjekt for analyse og planlegging av poliklinikkdrift ved barnemedisinsk poliklinikk og ved nevrologisk poliklinikk.
- Bedre utnyttelse av poliklinikker (særlig fokus ettermiddag og fredager) med definerte tidspunkt for åpningstider og konsultasjonsvarighet.

- Alle poliklinikker som bruker "SMS-påminnelse" sjekker at det er lagt inn SMS-varsling på pasienter som har time "neste uke", og alle poliklinikker har en "kort varsel" –liste, slik at avbestillinger kan fylles opp på kort varsel.
- Pasientene tilskrives med time når henvisningen er vurdert slik at pasienten kan tilrettelegge for vår planlagte tid i sin kalender (økt andel direktebooking og reduksjon av "ikke møtt" og avbestillinger).
- Det er etablert prosedyre og felles verktøy (bruk av DIPS rapporter) for kvalitetssikring av ventelistedata. Det har pågått kurs siden medio januar i rapport søk og bruk av verktøyet.
- Det er tilrettelagt for pasientadministrativt arbeid via foretakets ledelsesinformasjonssystem.
- Regional prosedyre som beskriver praksis for viderehenvisninger og overføring av pasienter mellom HF'ene vil bli fulgt opp internt for å sikre at prosedyren etterleves, og at informasjon om viderehenviste pasienter blir registrert riktig i DIPS.
- Løpende rapportering og økt oppmerksomhet om området i den interne styringsdialogen på alle nivå.
- Økt operasjonsaktivitet (nye stuer, tidligere oppstart, flere operasjoner per stue per økt mv).
- Økt bruk av avtaler med private sykehus og avtalespesialister.
- Bedre samarbeid med andre helseforetak.
- Særlig oppmerksomhet på de som har ventet over 4 år. Dette utvides nå til å omfatte de som har ventet fra 2-4 år.
- Pasienter som ikke møter til avtalt tid to ganger vil (med visse unntak) tilskrives sammen med henvisende lege og fjernes fra ventelistene inntil ny henvisning er mottatt.

Gjennomførte tiltak er mer detaljert beskrevet i helseforetakets innspill til regional plan for ventetid, pasientforløp og effektivitet i 2015.

3.4. Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning til vurdering av henvisningen er fullført

I forbindelse med innføringen av DIPS som PAS/EPJ i Oslo universitetssykehus HF ble det etablert et sentralt henvisningsmottak i foretaket. Dette for å sikre "en dør inn" for alle henvisninger og rask elektronisk videreformidling til aktuell avdeling. Samtidig ble det tilrettelagt for at foretaket kan motta elektroniske henvisninger (startet i april for henvisninger fra primærhelsetjenesten). Etter oppstart av DIPS i oktober økte gjennomsnittstiden til 11 dager, og er deretter gradvis redusert. I september er vurderingstiden 7,1 dager. Det er fortsatt stort fokus i klinikkene for å vurdere henvisningene fortløpene, og dette inngår i undervisning som berører henvisningsflyt.

3.5. Pasienten får bekreftelse og tidspunkt for behandling i samme brev

Oslo universitetssykehus HF arbeider for at flest mulig pasienter får informasjon om time for utredning/behandling samtidig som det gis informasjon om vurderingen av henvisningen. Hittil i 2015 har om lag 56 prosent fått timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning. Isolert for september var andelen 58 prosent. Målet er at denne andelen skal økes betydelig. I forbindelse med

gjennomføring av opplæring og kompetanseheving knyttet til håndtering av henvisninger og ajourhold av ventelister, er det vektlagt temaer som skal medvirke til at flest mulig pasienter skal få sine pasientrettigheter innfridd.

4. Økonomi

4.1. Resultat

Det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF viser etter september 2015 et regnskapsmessig overskudd på 88 millioner kroner mot et budsjettert overskudd på 131 millioner kroner. Dette gir et negativt avvik på 43 millioner kroner. Isolert for september er det et positivt avvik på 18 millioner kroner. Periodens positive avvik skyldes i hovedsak høye aktivitetsbaserte inntekter som følge av større etterregistrering av aktivitet for 2. tertial enn lagt til grunn i regnskapet for august og noe høyere aktivitet innenfor somatikken enn budsjettert i september.

Sum driftsinntekter viser et positivt avvik på 200 millioner kroner (1,2 prosent) hittil i år. I avviket for driftsinntekter inngår blant annet:

- Gevinst fra salg av eiendom (Pilestredet 77-79 og Josefinesgate 30) med 122 millioner kroner.
- Øremerkede inntekter er 28 millioner kroner høyere enn budsjettert
- Ikke-budsjetterte inntekter fra utleie av personell til prosjekter mv utgjør 39 millioner kroner.

Justert for disse forholdene er inntekter fra ordinær drift om lag 11 millioner kroner høyere enn budsjettert. ISF-inntektene er lavere enn budsjettert, mens blant annet salg av konserninterne helsetjenester og polikliniske inntekter er høyere enn budsjettet. Forutsatte leieinntekter fra Folkehelseinstituttet i forbindelse med deres rettsmedisinske virksomhet lokalisert på Rikshospitalet (ref. Revidert nasjonalbudsjett 2015) bidrar positivt med vel 13 millioner kroner i inntekt utover budsjettert.

Sum driftskostnader viser et negativt avvik på 260 millioner kroner hittil i år, hvorav 28 millioner kroner er relatert til aktivitet med øremerket finansiering og 39 millioner kroner gjelder kostnader knyttet til personell som er frikjøpt til prosjekter og 40 millioner kroner er estimerte nedskrivningskostnader (risikoavsetning knyttet til endringer i arealbruk i 2015). Avvik knyttet til øvrige driftsmessige forhold utgjør om lag 150 millioner kroner. Dette knytter seg til både høyere personalkostnader (både lønn til egne ansatte og eksternt helsepersonell), drifts- og varekostnader samt nedskrivninger. For å fastsette endelige nedskrivningskostnader for 2015 kartlegges nå arealbruken. Dette arbeidet avsluttes ikke før senere på året. I årsregnskapet for 2014 ble det satt av et beløp knyttet til krav om etterbetaling av forskjøvet arbeidstid. Saken har vært til vurdering hos Spekter, som nå har gitt tilbakemelding i saken. Spekters tilbakemelding er nå under vurdering. Årets lønnsoppgjør blir noe lavere enn lagt til grunn i statsbudsjettet og kostnader til lønnsoppjøret for 2015 er derfor noe redusert i regnskapet sammenlignet med periodisert budsjett. For 2015 utgjør dette om lag 65 millioner kroner, hvorav om lag 37 millioner kroner per

september. Avskrivninger er 7 millioner kroner lavere enn budsjettet og netto finans er 16 millioner kroner bedre enn budsjettet. Innenfor IKT-området er det lagt til grunn noe lavere kostnader enn budsjettet. Dette gjelder blant annet at kostnadene i mottaksprosjekt DIPS Fase 2 ser ut til å bli noe lavere enn budsjettet. Sykehuspartner har varslet at økte pensjonskostnader i 2015 blir dekket innenfor gjeldende budsjett og ikke viderefakturert helseforetakene. Det knytter seg fortsatt noe usikkerhet til samlede IKT-kostnader i 2015.

Avvik for ulike inntekts- og kostnadstyper

I tabellen under omtales avvik i forhold til budsjett etter august for ulike inntekts- og kostnadstyper.

Tall i hele tusen	Budsjett 2015	Hittil i år				Kommentarer
		Resultat	Budsjett	Avvik	%	
Basisramme	12 345 210	9 187 116	9 187 116	0	0,0 %	Basisramme er inntektsført som budsjettet.
Aktivitetsbaserte inntekter	7 620 706	5 665 054	5 678 918	-13 864	-0,2 %	ISF-inntektene er 26 mnok lavere enn budsjettet som følge av lavere registrert aktivitet enn budsjettet ved de somatiske enhetene. Deler av aviket skyldes at effektene av ISF-regelverket for 2015 er mindre positiv enn lagt til grunn i budsjettet for 2015. Gjestepasientinntekter og poliklinikkinntekter noe høyere enn budsjettet.
Andre inntekter	1 979 497	1 644 575	1 430 882	213 693	14,9 %	Aviket inkluderer gevinst fra salg eiendom med 122 mnok, lønnsrefusjoner fra prosjekter (DIPS Fase 2 mv) på om lag 39 mnok (tilsvarende økte lønnskostnader) og øremerkede inntekter er 28 mnok (tilsvarende økte kostnader) høyere enn budsjettet. Ut over dette er det relativt små positive og negative avvik på flere poster.
Sum driftsinntekter	21 945 413	16 496 745	16 296 916	199 829	1,2 %	
Lønn- og innleiekostnader	15 246 109	11 381 474	11 296 730	-84 744	-0,8 %	For de samlede lønns- og innleiekostnadene er det et merforbruk på 85 mnok. Dette kan i hovedsak relateres noe høyere lønnskostnader enn budsjettet for øremerkede prosjekter samt frikjøp av personell til DIPS Fase 2 (gir tilsvarende inntekt). Årets lønnsoppgjør er noe mindre enn budsjettet og dette gir noe reduserte lønnskostnader sammenlignet med budsjett. Innleiekostnadene er ikke redusert som forutsatt i budsjettet og inngår med et negativt avvik på 60 mnok.
Varekostnader	2 786 770	2 186 724	2 083 077	-103 647	-5,0 %	Varekostnadene er 103 mnok høyere enn budsjettet og skyldes i all hovedsak høye medikamentkostnader (inkl. implantater) og noe høye kostnader til medisinske forbruksvarer. I tillegg er det høye kostnader relatert til kjøp av behandling i utlandet.
Andre driftskostnader	3 724 975	2 846 754	2 775 332	-71 422	-2,6 %	Andre driftskostnader er om lag 71 mnok høyere enn budsjettet. Avskrivningene er noe lavere enn budsjettet (7 mnok). Det er kostnadsført nedskrivninger relatert til endringer i arealbruken med 40 mnok. Det er også høyere kostnader til pasientreiser enn budsjettet. For øvrig er det mindre avvik på flere områder.
Sum driftskostnader	21 757 854	16 414 953	16 155 139	-259 814	-1,6 %	
Driftsresultat	187 559	81 792	141 777	-59 985	-42,3 %	
Netto finans	12 559	-6 350	10 527	16 877	160,3 %	Aviket gjelder bidrag fra datterselskapene og lavere rentekostnader.
Resultat	175 000	88 143	131 250	-43 107	-32,8 %	

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

Nærmere om avvik for varekostnader

I avvik for varekostnader inngår merkostnader til kjøp av private helsetjenester med 35 millioner kroner som gjelder kjøp av behandling i utlandet, som har tilsvarende positivt avvik under andre inntekter. Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen er 64 millioner kroner høyere enn budsjettet. Det er størst avvik for medikamenter (30 millioner kroner) og implantater (26 millioner kroner). Avviket for medikamentkostnader er størst innenfor:

- Klinikk for psykisk helse og avhengighet hvor anbudsprosess for LAR-medikamenter ikke har gitt forventet effekt.
- Klinikk for kirurgi og nevrofag hvor det blant annet er økt bruk av medikamentet Lemtrada (Nevrologisk avdeling) som har en høy kostnad per pasient på kort sikt, men som reduseres på lengre sikt.

- Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken som har en stor økning i bruk av dyre medikamenter knyttet til medikamentell kreftbehandling.

Det arbeides for å oppnå reduserte kostnader innen legemiddelområdet i samarbeid med Legemiddelkomiteen. Det er tidligere besluttet overgang til Remsima (biotilsvarende infliximab) som erstatning for Remicade i OUS slik det er gjort og gjøres i mange andre helseforetak. Alle avdelingene er ikke ferdig med overgangen og dette følges derfor videre opp.

Gjennom felles innkjøpssystem vil det etableres bedre rapporter for oppfølging av inngjør og gjennomføres analyser av forbruksmønster og avtalelojalitet som grunnlag for mulige kostnadsreduksjon innenfor dette området. Dette vil inngå i arbeidet med budsjett 2016. Endringer i valutakurser vurderes å påvirke kostnadsutviklingen for kjøp av varer fra utlandet mer enn lagt til grunn i budsjettet.

Nærmere om avvik for innleie av helsepersonell

Hittil i 2015 har helseforetaket brukt 163 millioner kroner til innleie av helsepersonell. Dette er 60 millioner kroner mer enn budsjettet og en økning på 9 millioner kroner fra samme periode i 2014, hvorav om lag halvparten gjelder prisvekst.

Klinikkene utarbeidet i juni prognoser (og tiltak) for kostnader til innleie av helsepersonell for hele 2015 som viste at flere av klinikkene planla å redusere kostnadene til bruk av innleid helsepersonell. Kostnadene er så langt ikke redusert som forventet. Målsettingen er imidlertid uendret, og dette følges tett opp videre. Bruk av timer fra innleid helsepersonell skal registreres i GAT, og inngår nå i ukentlig rapportering til alle klinikker/avdelinger.

4.2. Gjennomføring av tiltak for å sikre et resultat som budsjettet i 2015

Klinikkene er bedt både om å sikre gjennomføring av de tiltak som er planlagt å vurdere nye tiltaksområder for å sikre et resultat i samsvar med budsjett for 2015, dvs et resultat på 175 millioner kroner. De viktigste innsatsområdene for å nå det økonomiske resultatmålet for 2015 er bedre kapasitetsutnyttelse gjennom fortsatt økt aktivitet innenfor somatikken og redusert ressursbruk inkludert redusert bruk av variabel lønn og redusert innleie av helsepersonell.

Klinikkene har for hele 2015 planlagt å gjennomføre tiltak med en estimert verdi på 289 millioner kroner. Per september rapporterer klinikkene at det er gjennomført tiltak for 119 millioner kroner. Sammenlignet med periodisert budsjett gir dette en gjennomføringsgrad på 55 prosent. Lavere gjennomføringsgrad enn budsjettet gjelder både tiltak for økt aktivitet og reduksjon av kostnader. Det arbeides for å øke gjennomføringsgraden av allerede planlagte tiltak.

4.3. SAMDATA 2014

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

I produktivitetssammenheng er det mest fokus på kostnad per DRG-poeng og foretakenes relative kostnadsnivå. Korrigert for prisvekst økte kostnad per DRG-poeng på landsbasis med 1,2 prosent fra 2013 til 2014. Endringen i kostnadsnivået (både endring i kostnad og aktivitet) varierte fra en økning på over 4 prosent i Helse Nord til en økning på 0,3 i Helse Midt. Økningen var 0,8 prosent i Helse Sør-Øst.

Det er stor variasjon mellom foretakene både når det gjelder relativt kostnadsnivå og utvikling fra 2013 til 2014. For Oslo universitetssykehus HF ble kostnad per DRG-poeng økt med 1,7 prosent, som følge av en aktivitetsøkning på 1,0 prosent og en reell kostnadsøkning på 2,7 prosent. Oslo universitetssykehus HF hadde i 2014 en relativ kostnadsindeks på 1,11 (uendret fra 2013), dvs at kostnad per DRG-poeng var om lag 11 prosent høyere enn landsgjennomsnittet. Sammenlignet med de øvrige regionsykehusene hadde Oslo universitetssykehus HF i 2014 et relativt kostnadsnivå som var noe lavere enn Universitetssykehuset i Nord-Norge, noe høyere enn St. Olavs Hospital HF og betydelig høyere enn Helse Bergen HF. Se også figurer i tabellvedlegget.

4.4. Interne produktivetsanalyser per 2. tertial 2015

Oslo universitetssykehus HF utarbeider tertialvise produktivetsanalyser. Analysene lages på klinikk- og avdelingsnivå. Produktiviteten beregnes som et forholdstall mellom aktivitet, målt i form av DRG-poeng, og kostnader målt ved totale driftsutgifter korrigert for anslått lønns- og prisstigning. Det utarbeides også parameter for teknisk effektivitet, det vil si forholdstall mellom aktivitet og årsverk. Det arbeides for å finne hensiktsmessige produktivetsindikatorer for de klinikkene som ikke er finansiert via DRG-poeng.

Kort oppsummert viser analysen at produktiviteten for somatikken samlet (aktivitet ifht kostnader) er svekket med om lag 1,6 prosent fra 2014 til 2015, akkumulerte tall per 2. tertial for begge årene. Dette gjenspeiler at reelle kostnader og bemanning har økt mer enn aktiviteten. Per 1. tertial (1. tertial 2014 sammenlignet med 1. tertial 2015) var det en svekkelse i produktiviteten innenfor de somatiske klinikkene samlet på 3,7 prosent. Dette viser at det har vært en forbedring i produktiviteten fra 1. tertial 2015 til 2. tertial 2015. Forbedringen skyldes i stor grad økt aktivitet og bedre kapasitetsutnyttelse. Økte varekostnader/legemiddelkostnader virker negativt inn på produktivetsutviklingen. Det understrekes imidlertid at det vil være usikkerhet om hvorvidt anslått prisvekst i beregningene – som er hentet fra statsbudsjettet for 2015 – er lik den faktiske.

Tilsvarende analyser er foretatt ved å sammenlikne aktivitet i forhold til bemanning, det vil si teknisk effektivitet. For de somatiske klinikkene er bemanningsøkningen høyere enn aktivitetsøkningen og svekkelsen i teknisk effektivitet er på 0,6 prosent til og med 2. tertial i år sammenliknet med tilsvarende periode i 2014. Per 1. tertial 2015 viste tilsvarende tall en svekkelse i teknisk produktivitet på 2,4 prosent, slik at også den tekniske produktiviten er bedret gjennom 2. tertial.

Det er store variasjoner i utvikling av produktivitet mellom de somatiske klinikkene. Tabellen under viser status per klinikk og samlet vurdering for den somatiske aktiviteten:

Klinikk	Endret PROD (akt. vs kost)	Endret TEKNISK PROD (akt vs bem)	Kommentar
MED	-1,2 %	0,6 %	Klinikken har bedret teknisk produktivitet (aktivitet vs bemanning), mens den totale produktiviteten (aktivitet vs kostnader) er svekket. Forskjellene forklæres i hovedsak ved at kostnadskrevede aktivitet som pacemaker og dialyse er økt samtidig som klinikken i en periode har hatt høyere innleiekostnader i 2015 enn i 2014.
KKN ekskl SSE	2,3 %	4,1 %	Klinikkens produktivitet er forbedret fra 2014. Hovedårsaken til dette er økt aktivitet uten at bemanning og kostnader har økt like mye. Deler av aktivitetsveksten gjelder økt antall tracheostomier som gir høyt antall DRG-poeng. Økte varekostnader (medikamenter og implantater) og vekst i bemanningen gjør at produktivitetsveksten ikke er så høy som forventet i budsjettet.
KVB	-2,4 %	-4,3 %	Klinikken har oppbemannet ift økning av aldersgrensen fra 16-18 år uten at aktiviteten har økt tilsvarende. Ferdigstilling av ombygning av barnepoliklinikken på RH vil legge til rette for økt aktivitet uten ytterligere bemanningsøkning. Endring i antall tracheostomier svekker produktiviteten
KKT	-4,9 %	-3,5 %	Den viktigste årsaken til svekket produktivitet er reduksjoner i DRG knyttet til organtransplantasjoner og tracheostomier. Klinikken har også en særlig stor økning i medikamentkostnader fra 2014 til 2015 som bidrar til svekket produktivitet.
HLK	-2,4 %	-0,5 %	Klinikken har svekket produktivitet fra 2014 til 2015. Dette knyttes til økning i kostnader til dyre implantater og høy varekostnader for angiobehandling på Ullevål (PCI'er).

Analysene brukes i internt forbedringsarbeid og for å få bedre forståelse av driften.

4.5. Investeringer

I styresak 66/2014 ble investeringsbudsjettet for 2015 lagt frem, og styret vedtok et investeringsbudsjett på 1 016 millioner kroner. Oslo universitetssykehus HF ble pålagt å utsette 76 millioner kroner av investeringsrammen for 2015 til påfølgende år. Investeringsbudsjettet for 2015 omfatter investeringer i medisinsk-teknisk utstyr for totalt 357 millioner kroner. Herav skulle 50 millioner kroner finansieres av omstillingsmidler, det skulle inngås nye leieavtaler for 200 millioner kroner og 107 millioner kroner skulle finansieres med ordinær likviditetstildeling og utvidet ramme fra Helse Sør-Øst RHF. Som følge av at rammeavtalen for leie først ble signert ultimo juni var det nødvendig å benytte 30 millioner kroner av det utsatte beløpet på 76 millioner kroner til investeringer i medisinsk-teknisk utstyr i 2015. Dette ble avtalt med Helse Sør-Øst RHF. For at den totale bruk av likviditet i 2015 ikke skulle bli høyere enn det som var lagt til grunn i investeringsbudsjettet er 30 millioner kroner av omstillingsinvesteringene utsatt til påfølgende år.

Ved utgangen av september var det utført investeringer for 451 millioner kroner. Dette er 38 millioner kroner lavere enn budsjettet, hvorav 20 millioner kroner gjelder omstillingsinvesteringer.

4.6. Finansiell leie

For 2015 er det budsjettet med inngåelse av finansielle leieavtaler av utstyr og bygg med en anskaffelseskostnad på 292 millioner kroner, herav medisinsk-teknisk utstyr for 170 millioner kroner.

Investeringsbudsjett (millioner kroner)		Budsjett 2015
Leie av utstyr og bygg	MTU	170
	Bygg	112
	Annet	10
	SUM	292

Anskaffelser som er budsjettet anskaffet med nye leieavtaler i 2105.

Helse Sør-Øst RHF har godkjent at Oslo universitetssykehus HF anskaffer medisinskteknisk utstyr med en verdi på 170 millioner kroner og ambulanser til en verdi på 10 millioner kroner ved inngåelse av finansielle leieavtaler i brev datert 1. juli 2015. Oslo universitetssykehus HF er i prosess for å anskaffe utstyret. Medio oktober er det inngått 29 låneavtaler for medisinsk-teknisk utstyr og 7 låneavtaler for ambulanser. Disse har en samlet verdi på om lag 94 millioner kroner.

I mai ble det sendt brev til Helse Sør-Øst RHF for godkjenning av anskaffelse av prefabrikkert bygg/modulbygg på Ullevål. Helse Sør-Øst RHF har bedt om ytterligere informasjon, og dette ble sendt ultimo juli.

Helse Sør-Øst RHF har inngått to rammeavtaler om finansiell leie. For utstyrskategoriene IKT og bygg er det inngått rammeavtale med Danske bank. For medisinsk-teknisk utstyr og annet utstyr (ambulanser) er det inngått rammeavtale med Siemens Financials Services (SFS). Begge rammeavtalene er basert på at utleier, Danske bank eller SFS, legger til grunn en rente lik tre måneder Nibor og legger på en påslagsprosent. Påslagsprosenten varierer med typen utstyr som skal leies og ønsket leieperiode. SFS garanterer en restverdi etter utløpet av en normal leieperiode.

Ved anskaffelse av utstyr kan Oslo universitetssykehus HF i prinsippet enten kjøpe utstyret eller leie det. Ved kjøp får foretaket et kontantutlegg lik anskaffelseskostnaden umiddelbart. Ved leiebetaling utsettes kontantutleggene, som både inneholder en avdragsdel og en rentedel. Leiebeløpene betales periodevis over leieperioden. Ved vurdering av hvorvidt det er økonomisk hensiktsmessig å kjøpe eller leie kan dagens verdi (nåverdien) av de fremtidige leiebetalingene sammenstilles med det umiddelbare kontantutlegget ved kjøp.

Oslo universitetssykehus HF har blant annet budsjettet med anskaffelse av en Linac (strålemaskin) i 2015 til 27 millioner kroner. Dersom foretaket i stedet for kjøp leier denne vil de årlige leiebeløpene utgjøre om lag 2,6 millioner kroner årlig i 12 år. Nåverdien av disse leiebeløpene er beregnet til om lag 28 millioner kroner¹.

I tillegg til å vurdere kontantutlegget ved kjøp i forhold til nåverdien av leiebeløpene er det andre forhold som kan ha betydning. Ved leie påløper det noe merkostnader til administrasjon, herunder i forbindelse med å få godkjent bruk av finansiell leie av Helse Sør-Øst RHF, inngåelse av leiekontraktene med utleier og behandling av flere fakturaer. Utstyr som Oslo universitetssykehus HF eier blir benyttet så lenge utstyret fungerer tilfredsstillende, noe som kan medføre økte

¹ Det er benyttet en diskonteringsrente lik rente på driftskreditten for andre halvår 2015 (1,29%).

vedlikeholdskostnader. Ved leie skal utstyret i utgangspunktet leveres tilbake til utleier ved utløp av leieperioden. Dersom leie fremtvinger hyppigere utskiftning av utstyr kan det medføre lavere vedlikeholdskostnader.

4.7. Likviditet

Periodisert kontantstrømbudsjett for 2015 ble lagt frem for styret i sak 8/2015. Budsjettet innebar en bedring av likviditeten på 56 millioner kroner gjennom 2015. Etter en ny vurdering av forventet investeringspådrag i 2015 ble dette økt til 96 millioner kroner, jamfør styresak 17/2015. Stortinget vedtok i revidert nasjonalbudsjett (Prop 119 S (2014-2015)) å bevilge 1 148 millioner kroner til Helse Sør-Øst RHF som kompensasjon for økte pensjonskostnader. Oslo universitetssykehus HF er tildelt 332 millioner kroner av dette, som bedrer likviditeten tilsvarende.

Ved utgangen av september var benyttet driftskreditt 2 843 millioner kroner, mot budsjettet 2 855 millioner kroner. Det er mottatt nye estimater for pensjonspremie fra pensjonskassene. Ifølge KLP viser nye tall fra KS og Spekter at rammen for årets nivålønnsvest ble lavere enn det som ble lagt til grunn i KLPs anslag av reguleringspremien. De nye anslagene er totalt om lag 400 millioner kroner lavere enn budsjettet.

5. Bemanning og sykefravær

5.1 Månedsværk

For perioden januar - oktober 2015 er antall brutto månedsværk 18 284 mot budsjettet 17 995, det vil si 289 høyere enn budsjettet. Høyere bemanning enn budsjettet har flere årsaker, blant annet høyt belegg ved enkelte avdelinger, krevende pasienter og stort behov for fastvakter ved enkelte avdelinger. I Akuttklinikken er antall månedsværk økt som følge av planlagt oppbemanning innenfor ambulansetjenesten og som følge av overtakelsen av AMK Østfold fra 1. juni. Overtakelsen er ikke budsjettet, men finansieres av midler som overføres fra Sykehuset Østfold HF.

Det arbeides med tiltak for å redusere årsværk og lønnskostnader i alle klinikkene. Dette har vist seg å være svært krevende. Ferievikarer fra sommeren er nå avvirket, men det er likevel en økning i antall månedsværk i flere klinikker/avdelinger. Målet har vært å redusere bemanningen ved slutten av året minst ned til til samme nivå som for bemanning våren 2015. Det vil i tillegg være utvidet oppfølging av de avdelingene med størst økning i bemanning de siste 6 månedene fremover.

For å få tettere oppfølging av bruk av variabel lønn (timelønnede, overtid og innleie) er det etablert en ukentlig rapportering av arbeidede timer til avdelingslederne. Dette omfatter både timer for egne ansatte og ekstern innleie av helsepersonell. Videre vil det i løpet av kort tid tilgjengeliggjøres bemannings- og sykefraværssrapporter i foretakets ledelsesinformasjonssystem. Dette vil gi økt tilgjengelighet til relevante styringsdata for lederne og gjøre det enklere å følge opp.

5.2 Sykefravær

Til og med august 2015 var samlet sykefravær ved Oslo universitetssykehus HF 7,3 prosent, fordelt på 2,6 prosent korttidsfravær og 4,7 prosent langtidsfravær. Sammenliknet med samme periode i 2014 har gjennomsnittlig sykefravær gått opp 0,2 prosentpoeng. Utviklingen i sykefravær hittil i år følger en forventet utvikling og avviker ikke vesentlig fra tidligere år. Isolert for august 2015 er totalt sykefravær 6,1 prosent sammenliknet med 6,5 prosent i august 2014.

Oslo universitetssykehus HF har arbeidet systematisk og langsiktig for å redusere sykefraværet. Det har vært rettet et særlig fokus på forebygging av langtidsfravær i utsatte enheter. Det arbeides kontinuerlig med enheter med utfordringer med høyt langtidsfravær og målrettede tiltak er iverksatt. Et eksempel på slik oppfølging er et prosjekt som etableres i Kvinne- og barneklirikken og som følger opp alle kontorseksjonene spesielt. Arbeidet med oppfølging av særskilte enheter eller grupper fortsetter, samtidig rettes også fokus på å unngå hyppige korttidsfravær. IA handlingsplan følges tett i hver klinikk og det legges vekt på gode lederverktøy i arbeidet med å unngå sykefravær.

Styresak 66/2015 Tabellvedlegg

Oslo universitetssykehus HF

Månedrappport september 2015
(bemanning per oktober 2015)



Tabellvedlegg

Rapporten viser enkelte indikatorer for driften ved Oslo universitetssykehus HF

1 Innhold i tabellvedlegg

2 Pasientbehandling

- 2.1 Aktivitet
- 2.2 Ventelisteutvikling
- 2.3 Fristbrudd avviklede og ventende
- 2.4 Produktivitet fra SAMDATA

3 Økonomi og finans

- 3.1 Økonomisk resultat
- 3.2 Kommentarer til avvik per ØBAK-linje
- 3.3 Økonomisk resultat - per klinikk
- 3.4 Kommentarer til klinikkenes avvik
- 3.5 Avvik og endring hovedkostnadsgrupper
- 3.6 Tiltaksrapportering
- 3.7 Likviditet

Følgende klinikkbetegnelser er brukt i tabeller/grafser:

PHA	Klinikk psykisk helse og avhengighet
MED	Medisinsk klinikk
KKN	Klinikk for kirurgi og nevrofag
KVB	Kvinne- og barneklubben
KKT	Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken
HLK	Hjerte-, lunge- og karklinikken
AKU	Akuttklubben
KDI	Klinikk for diagnostikk og intervensjon
KRG	Kreftregisteret
OSS	Oslo sykehuservice
STA	Direktørens stab
FPO (SPO)	Fellesposter
Konsern	Datterselskap
OUS	Oslo universitetssykehus HF

4 Bemanning

- 4.1 Bemanningsutvikling
- 4.2 Bemanningsindikatorer, inkl. innleie fra vikarbyrå
- 4.3 Brutto månedsverk på Stillingsgrupper
- 4.4 Andel deltid per klinikk
- 4.5 Bemanningsutvikling per klinikk
- 4.6 Sykefravær totalt og fordelt på kort- og langtidsfravær
- 4.7 Sykefravær per klinikk

Definisjoner årsverksindikatorer

Andre forkortelser og begrep:

HIÅ: Hittil i år
Status per mnd: Akkumulerte tall

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



2.1 Aktivitet somatikk

Oppdatert med tall i LIS fra 05 10 2015										
RAPPORTERINGSPERIODE: SEPTEMBER	Denne periode				HITTL I ÅR				Sammenligning 2014	
Klinikk	Budsjett	Resultat	Avvik	Avvik i %	Budsjett	Resultat	Avvik	Avvik i %	Endring	i %
Medisinsk klinikk	2 324	2 441	117	5,0 %	20 116	20 334	218	1,1 %	710	3,6 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	5 753	6 096	343	6,0 %	47 878	49 097	1 219	2,5 %	3 301	7,5 %
Kvinne- og barneklubben	3 279	3 112	-167	-5,1 %	28 428	27 912	-516	-1,8 %	373	1,4 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	5 534	5 386	-148	-2,7 %	46 672	44 967	-1 705	-3,7 %	-375	-0,8 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	2 742	2 970	228	8,3 %	23 723	23 296	-427	-1,8 %	490	2,1 %
Akuttklubben	362	324	-38	-10,5 %	3 079	3 016	-63	-2,0 %	3	0,1 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	18	14	-4	-22,2 %	122	112	-10	-8,2 %	-20	-15,2 %
SUM TOTALT	20 122	20 426	304	1,5 %	171 474	170 019	-1 455	-0,8 %	4 482	2,8 %

Antall DRG-poeng for 2014 er fremstilt ved vektor og regelverk for 2015.

Estimat for etterregistrering per september 2015 er inkludert med 212 DRG-poeng.



2.1 Aktivitet – psykisk helsevern

Rapporteringsperiode: SEPTEMBER 2015	Denne periode				Hittil i år				2015 mot 2014	
Oslo universitetssykehus HF	Resultat	Budsjett	Awik	%	Hittil i år	Budsjett	Awik	%	Endring	%
Psykisk helsevern - voksen										
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	188	150	38	25,3 %	1 324	1 267	57	4,5 %	-115	-8,0 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	6 342	6 145	197	3,2 %	53 814	54 911	-1 097	-2,0 %	-893	-1,6 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	0	0	0	#DIV/0!	0	0	0	#DIV/0!	-100	-100,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner	9 038	7 970	1 068	13,4 %	67 603	60 333	7 270	12,0 %	6 878	11,3 %
Psykisk helsevern - barn og unge										
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	9	13	-4	-30,8 %	98	98	0	0,0 %	-6	-5,8 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	367	500	-133	-26,6 %	4 101	3 819	282	7,4 %	96	2,4 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	285	269	16	5,9 %	2 626	2 183	443	20,3 %	431	19,6 %
Antall polikliniske konsultasjoner	4 297	4 808	-511	-10,6 %	30 536	37 025	-6 489	-17,5 %	-3 854	-11,2 %
TSB										
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	212	250	-38	-15,2 %	2 279	2 248	31	1,4 %	38	1,7 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	2 164	2 336	-172	-7,4 %	18 401	20 590	-2 189	-10,6 %	-364	-1,9 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	2	27	-25	-92,6 %	124	219	-95	-43,4 %	-86	-41,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner	1 995	1 468	527	35,9 %	15 087	10 609	4 478	42,2 %	8 017	113,4 %

2.1 Aktivitet radiologi per modalitet

	Mnd 2014	Mnd 2015	HiÅ 2014	HiÅ 2015	%-vis endring 2014-2015 Mnd	%-vis endring 2014-2015 HiÅ
Modalitet	H	H	H	H	H	H
Angio	272	184	2 307	2 116	-32,4 %	-8,3 %
CT	5 653	5 781	44 190	47 417	2,3 %	7,3 %
MG	524	378	4 739	3 504	-27,9 %	-26,1 %
MR	2 791	3 162	22 078	24 130	13,3 %	9,3 %
NM	592	595	5 413	5 301	0,5 %	-2,1 %
PET	393	493	3 387	3 736	25,4 %	10,3 %
RG	14 658	14 326	122 636	123 352	-2,3 %	0,6 %
UL	3 415	3 249	28 871	27 651	-4,9 %	-4,2 %

H = henvisninger

MG = mammografi

NM = nukleærmedisin

RG = konvensjonell røntgen

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

2.1 Aktivitet PO/Intensiv – intensivpasienter (Akuttklinikken)

Klinikk	Aktivitet	Sep 2015	Akkumulert aktivitet Sep 2015	Sep 2014	Akkumulert aktivitet Sep 2014	Akkumulert endring 2014-2015	Endring 2014-2015 i %
	Antall intensivpasienter	249	2 130	235	2 155	-25	-1,2 %
	Antall intensivdøgn	1 143	9 808	1 080	9 932	-124	-1,2 %
	Antall respiratordøgn:						
	Barneintensiv, RH	96	728	67	814	-86	-10,6 %
	Generell Intensiv UL	159	1 396	149	1 435	-39	-2,7 %
	Generell int 1, RH	210	1 624	191	1 663	-39	-2,3 %
	Generell int 2, RH	115	927	77	819	108	13,2 %
	Nevrointensiv, Ullevål	96	912	78	773	139	18,0 %
	PO, Aker	1	7	-	13	-6	-46,2 %
	PO, Radium	3	13	3	15	-2	-13,3 %
	PO, RH	0	1	1	4	-3	
	PO, Ullevål	9	133	10	144	-11	-7,6 %
	SUM Antall respiratordøgn	689	5 741	576	5 680	61	1,1 %

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

2.1 Aktivitet PO/Intensiv – PO-pasienter (Akuttklinikken)

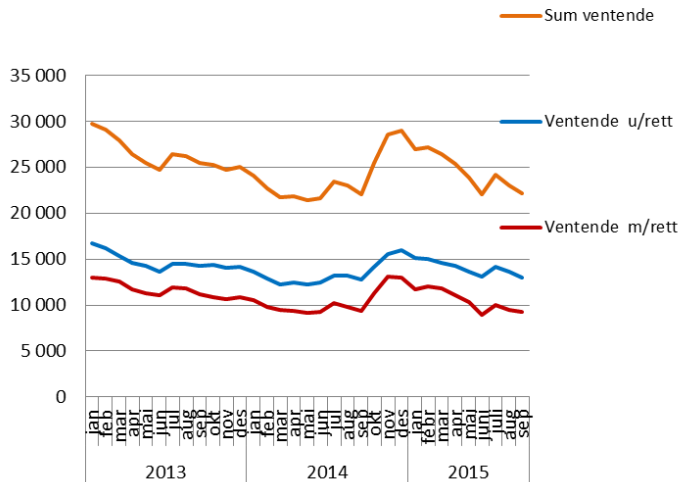
Klinikk	Aktivitet	Sep 2015	Akkumulert aktivitet Sep 2015	Sep 2014	Akkumulert aktivitet Sep 2014	Akkumulert endring 2014-2015	Endring 2014-2015 i %
Antall PO-pasienter							
	Barneintensiv, RH	52	421	67	498	-77	-15,5 %
	Generell Intensiv UL	16	206	27	164	42	25,6 %
	Generell int 1, RH	24	237	11	121	116	95,9 %
	Generell int 2, RH	47	333	44	390	-57	-14,6 %
	Nevrointensiv, Ullevål	12	116	18	156	-40	-25,6 %
	PO, Aker	422	2 994	372	2 978	16	0,5 %
	PO, Radium	285	2 117	256	2 224	-107	-4,8 %
	PO, RH	1 023	8 007	885	7 177	830	11,6 %
	PO, Ullevål	410	3 077	318	2 691	386	14,3 %
	Sum antall PO-pasienter	2 291	17 508	1 998	16 399	1 109	6,8 %
Liggedøgn PO-pasienter							
	Barneintensiv, RH	12	104	18	125	-21	-16,8 %
	Generell Intensiv UL	7	84	12	73	11	15,1 %
	Generell int 1, RH	6	64	2	35	29	82,9 %
	Generell int 2, RH	11	85	9	100	-15	-15,0 %
	Nevrointensiv, Ullevål	6	49	7	65	-16	-24,6 %
	PO, Aker	85	569	68	570	-1	-0,2 %
	PO, Radium	67	546	66	565	-19	-3,4 %
	PO, RH	129	1 063	129	966	97	10,0 %
	PO, Ullevål	125	966	105	872	94	10,8 %
	Sum antall liggedøgn PO-pasienter	448	3 530	416	3 371	159	4,7 %

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

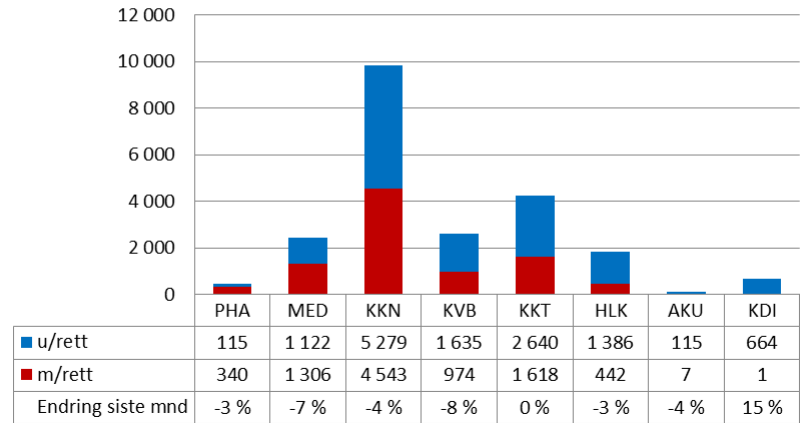


2.2 Ventelisteutvikling – antall ventende

Ventende 2013-2014 OUS



Ventende pr klinikk 30.09.2015



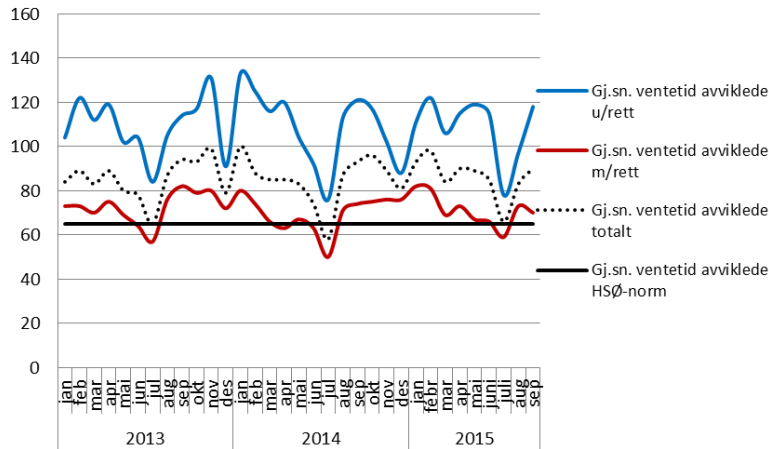
Sum ventende	2014				2015			
	jun	jul	aug	sep	juni	juli	aug	sep
PHA	541	581	468	464	536	621	467	455
MED	2 602	2 908	3 003	2 728	2 206	2 530	2 611	2 428
KKN	9 215	9 948	9 702	9 447	9 983	10 732	10 281	9 822
KVB	2 281	2 567	2 597	2 460	2 729	3 020	2 848	2 609
KKT	3 547	3 851	3 755	3 764	4 165	4 570	4 251	4 258
HLK	1 624	1 813	1 800	1 630	1 744	2 008	1 893	1 828
AKU	350	342	305	253	107	141	127	122
KDI	1 489	1 389	1 379	1 333	564	597	576	665
Sum klinikker	21 649	23 399	23 009	22 079	22 034	24 219	23 054	22 187
Diff vs. 2014					385	820	45	108
Diff %					2 %	4 %	0 %	0 %

Antall ventende = ikke avviklede henvisningsperioder



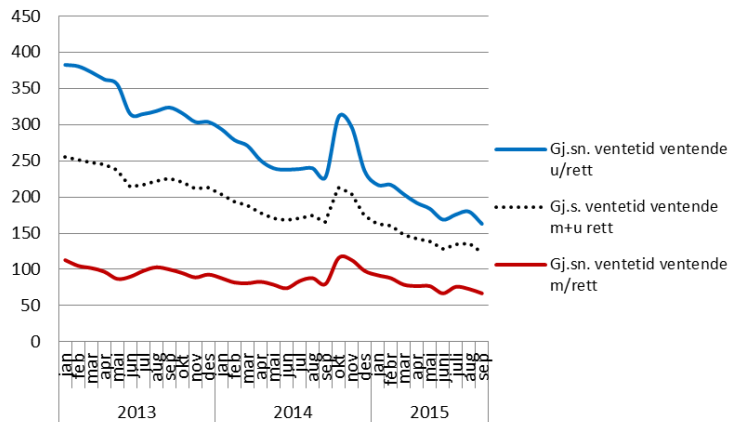
2.2 Gjennomsnittlige ventetider

Gj.sn. ventetider til avvikling OUS



Gj.sn. v.tid til avvikling	2014				2015			
	jun	jul	aug	sep	juni	juli	aug	sep
PHA	41	41	52	51	47	42	60	46
MED	57	40	64	63	59	42	68	64
KKN	103	83	113	122	121	104	108	124
KVB	48	31	65	78	63	39	65	76
KKT	68	57	90	85	71	59	75	75
HLK	90	60	100	111	103	83	115	130
AKU	146	144	134	159	70	70	65	84
KDI	54	44	57	90	34	29	38	38
OUS	74	58	87	93	85	66	83	90
Diff vs. 2014					11	8	-4	-3
Diff %					15 %	14 %	-5 %	-3 %

Gj.sn. ventetider ventende OUS

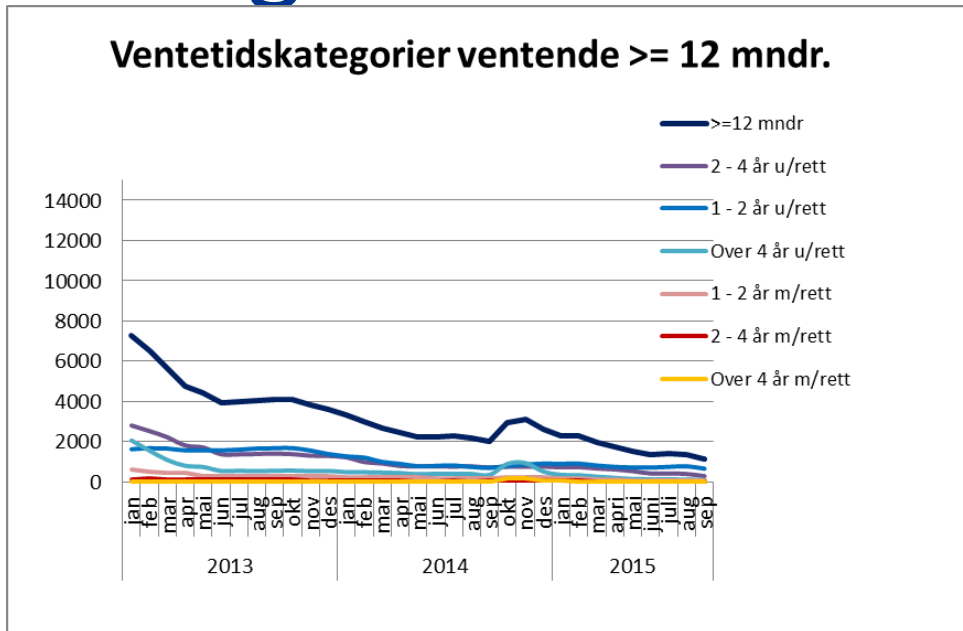


Gj.sn. v.tid ventende	2014				2015			
	jun	jul	aug	sep	juni	juli	aug	sep
PHA	56	68	76	48	43	55	53	39
MED	61	75	76	69	70	81	77	72
KKN	288	282	295	279	194	197	197	177
KVB	78	84	86	72	82	96	103	93
KKT	68	81	80	75	69	79	81	80
HLK	91	101	110	102	94	107	113	103
AKU	108	118	131	118	42	78	61	60
KDI	124	134	106	110	41	50	46	38
OUS	168	171	175	165	128	135	136	123
Diff vs. 2014					-40	-36	-39	-42
Diff %					-24 %	-21 %	-22 %	-25 %

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.



2.2 Langtidsventende (≥ 12 mnd)

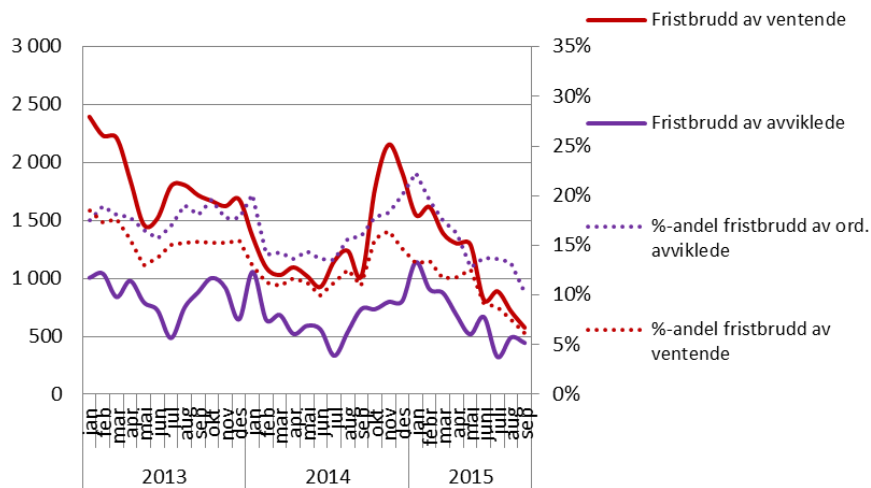


Antall ventet ≥ 1	2014				2015			
	jun	jul	aug	sep	juni	juli	aug	sep
PHA	12	14	19	6	3	4	1	1
MED	18	21	16	8	59	76	83	86
KKN	2 015	2 040	2 059	1 904	1 285	1 308	1 251	1 028
KVB	42	21	27	17	2	4	16	10
KKT	64	78	52	62	7	12	15	23
HLK	22	19	26	24	13	12	7	8
AKU	0	-	-	-	-	2	-	-
KDI	64	70	3	1	0	1	1	0
Sum	2 247	2 270	2 207	2 026	1 369	1 419	1 374	1 156
Diff vs. 2014					-878	-851	-833	-870
Diff %					-39 %	-37 %	-38 %	-43 %

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

2.3 Fristbrudd

Fristbrudd start helsehjelp OUS



Fristbrudd ordinært avviklede	2014				2015					
	Antall									Andel
	jun	jul	aug	sep	juni	juli	aug	sep	sep	
PHA	4	4	4	3	6	1	5	2	1 %	
MED	107	35	99	96	25	12	20	24	3 %	
KKN	283	155	271	384	447	203	328	292	18 %	
KVB	28	17	33	53	27	6	20	22	5 %	
KKT	114	107	104	153	150	94	109	73	8 %	
HLK	22	14	29	48	12	6	9	31	25 %	
AKU	-	1	-	-	-	-	-	-	0 %	
KDI	0	0	0	0	0	1	0	0	0 %	
Sum	558	333	540	737	667	323	491	444	10 %	
Diff vs. 2014					109	-10	-49	-293		
Diff %					20 %	-3 %	-9 %	-40 %		

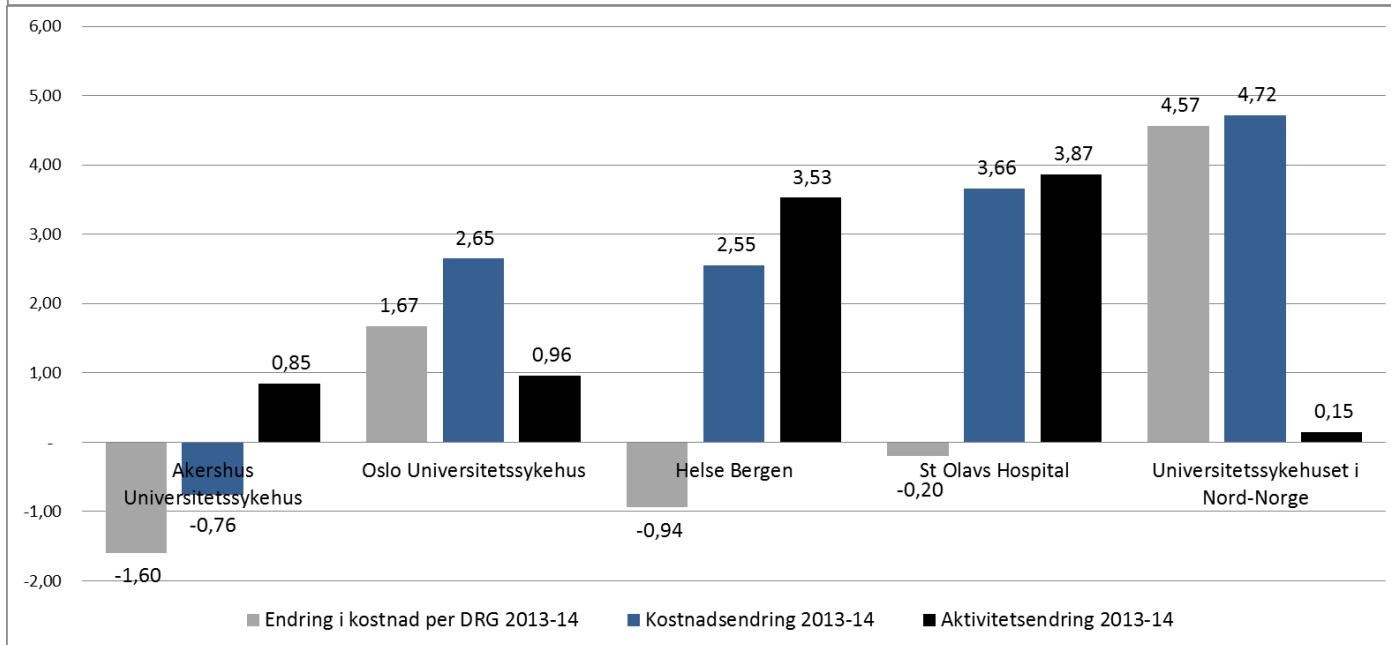
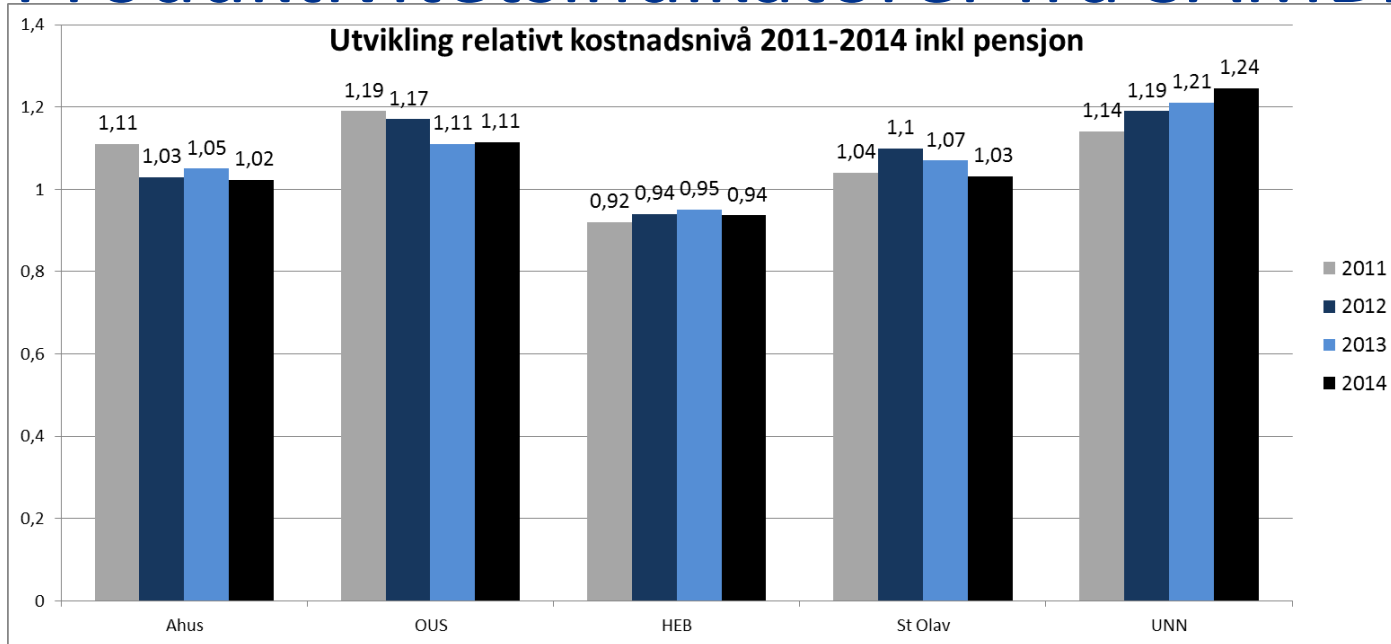
Fristbrudd avviklede: Frist var overskredet på tidspunkt for avvikling.

Fristbrudd ventende: Antall ventende ved utgangen av perioden med fristbrudd.

Fristbrudd ventende	2014				2015					
	Antall									Andel
	jun	jul	aug	sep	juni	juli	aug	sep	sep	
PHA	1	11	8	7	3	2	2	3	1 %	
MED	74	129	109	76	4	6	10	3	0 %	
KKN	646	773	833	726	737	784	612	501	11 %	
KVB	28	35	47	33	13	20	21	14	1 %	
KKT	133	162	179	145	54	74	55	40	3 %	
HLK	42	36	61	33	3	3	15	14	3 %	
AKU	2	2	-	-	-	-	-	-	0 %	
KDI	0	0	0	0	1	0	1	1	100 %	
Sum	928	1 150	1 238	1 021	815	889	716	576	6 %	
Diff vs. 2014					-113	-261	-522	-445		
Diff %					-12 %	-23 %	-42 %	-44 %		



2.4 Produktivitetsindikatorer fra SAMDATA



3.1 Økonomisk resultat

Tall i hele 1000 kr	Budsjett 2015	September				Hittil i 2015			
		Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %
Basisramme	12 013 296	1 054 098	1 054 098	0	0,0 %	9 137 550	9 137 550	0	0,0 %
Aktivitetsbaserte inntekter	7 620 706	702 050	669 349	32 701	4,9 %	5 665 054	5 678 918	-13 864	-0,2 %
Andre inntekter	1 979 497	188 216	185 270	2 946	1,6 %	1 694 141	1 480 448	213 693	14,4 %
Sum driftsinntekter	21 613 499	1 944 365	1 908 718	35 647	1,9 %	16 496 745	16 296 916	199 829	1,2 %
Lønn -og innleiekostnader	14 914 195	1 339 859	1 330 471	-9 388	-0,7 %	11 381 474	11 296 730	-84 744	-0,8 %
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	2 786 770	266 075	247 342	-18 733	-7,6 %	2 186 724	2 083 077	-103 647	-5,0 %
Andre driftskostnader	3 724 975	307 892	315 065	7 174	2,3 %	2 846 754	2 775 332	-71 422	-2,6 %
Sum driftskostnader	21 425 940	1 913 826	1 892 878	-20 948	-1,1 %	16 414 953	16 155 139	-259 814	-1,6 %
Driftsresultat	187 559	30 539	15 840	14 699	0,8 %	81 792	141 777	-59 985	-0,4 %
Netto finans	12 559	2 181	-1 256	3 437	273,7 %	6 350	-10 527	16 877	160,3 %
Resultat OUS	175 000	32 720	14 584	18 136	0,9 %	88 143	131 250	-43 107	-0,3 %

3.2 Kommentarer til økonomisk resultat

Art ØBAK	Resultat	Budsjett	Avvik	Kommentarer til de største avvikene
Basisramme	9 137 550	9 137 550	0	
Kvalitetsbasert finansiering	49 566	49 566	0	
ISF egne pasienter	2 672 048	2 675 929	-3 881	De totale ISF-inntektene er 26 mnok lavere enn budsjettert. Avviket skyldes lavere registrert aktivitet enn budsjettert ved de somatiske enhetene. Deler av avviket for antall DRG-poeng skyldes at effektene av ISF-regelverket for 2015 er mindre positiv enn lagt til grunn i budsjetttet for 2015. Resultatet for september inkluderer etterregistrering fra 2. tertial.
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	562 921	583 470	-20 549	
ISF-refusjon pasientadm biologiske legemidler	34 185	33 052	1 133	
ISF-refusjon pasientadm kreftlegemidler	6 655	9 768	-3 113	
Utskrivningsklare pasienter	2 091	1 175	916	Antall utskrivningsklare pasienter er høyere enn forventet, derfor også høyere inntekt.
Gjestepasienter	436 599	453 435	-16 836	Gjestepasientinntekter for pasienter fra andre regioner er om lag 16 mnok lavere enn budsjettert. Avviket gjelder i all hovedsak somatikken, mens gjestepasientinntektene innen psykisk helse er om lag som budsjettert.
Salg av konserninterne helsetjenester	1 476 475	1 453 984	22 491	Samlede konserninterne gjestepasientinntekter er 22 mnok høyere enn budsjettert. Det er lavere inntekter innenfor somatikken, mens det innefor psykisk helse og laboratorie/radiologi er positive avvik. I avviket inngår inntekter som følge av avregning ISF for 2014 som er noe høyere enn avsatt i fjor.
Polikliniske inntekter	474 079	468 105	5 975	De polikliniske inntektene er om lag 6 mnok høyere enn budsjettert. Det er et negativt avvik innen psykisk helse mens det er et positivt avvik innen somatikken samlet og lab/rtg-området (gjelder særlig medisinsk genetikk). Det er også høyere inntekter knyttet til psykosomatisk behandling ved Kvinne- og barneklubben.
Øremerkede tilskudd raskere tilbake	30 957	31 200	-244	Det er inntektsført noe lavere inntekter enn budsjettert for Raskere tilbakeinnenfor Klinik for psykisk helse og avhengighet.
Andre øremerkede tilskudd	793 406	813 826	-20 421	Inntektene føres i takt med faktisk forbruk (kostnadene).
Andre driftsinntekter	820 213	585 856	234 357	Det er inntektsført gevinst fra salg av eiendom med 122 mnok og lønnsrefusjoner fra prosjekter (DIPS Fase 2 mv) på om lag 39 mnok, som har tilsvarende økte lønnskostnader. Det er også økte inntekter fra Folkehelseinstituttet. Midler som salderes er høyere enn budsjettert
Sum driftsinntekter	16 496 745	16 296 916	199 829	
Kjøp av off helsetjenester	57 680	48 066	-9 615	Deler av avviket kan relateres til kostnader vedr. øremerkede midler som har tilsvarende økt inntekt.
Kjøp av private helsetjenester	213 948	178 459	-35 489	Kostnadene til kjøp av private helsetjenester er 35 mnok høyere enn budsjettert og kan i all hovedsak relateres til kjøp av behandling i utlandet, inkl protonterapi. Inntekt bokføres i takt med påløpte kostnader.
Varekostnader	1 868 413	1 804 669	-63 744	Varekostnadene er om lag 64 mnok høyere enn budsjettert. Dette skyldes i hovedsak høye medikamentkostnader (inkl. implantater) og høye kostnader til medisinske instrumenter.
Innleid arbeidskraft	163 443	103 821	-59 622	Innleiekostnadene er ikke redusert som forutsatt i budsjetttet.
Kjøp av konserninterne helsetjenester	46 683	51 883	5 201	Avviket er i all hovedsak innenfor psykisk helse.
Lønn til fast ansatte	7 323 995	7 350 191	26 197	For samlede lønnskostnadene er det et merforbruk på om lag 25 mnok hittil i år. I tillegg kommer merforbruk for innleid arbeidskraft med 60 mnok. Dette kan relateres til noe høyere lønnskostnader enn budsjettert for øremerkede prosjekter samt frikjøp av personell til DIPS Fase 2 (gir tilsvarende inntekt). Lavere kostnader enn budsjettert til årets lønnsoppgjør og budsjettert reserve (ikke fordelt til klinikkene) er inkludert i avviket.
Overtid og ekstrahjelp	839 356	721 464	-117 892	
Pensjon	2 294 644	2 294 644	0	
Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft	-510 598	-411 580	99 018	
Annen lønn	1 270 635	1 238 190	-32 444	
Avskrivninger	639 217	646 498	7 281	Avskrivningene er noe lavere enn budsjettert. Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for ibruktagelse.
Nedskrivninger	39 974	0	-39 974	Det er kostnadsført nedskrivninger relatert til bygg på 40 mnok.
Andre driftskostnader	2 167 563	2 128 834	-38 729	Andre driftskostnader er 39 mnok høyere enn budsjettert. Avviket består av flere mindre avvik på flere områder. Blant annet er kostnadene til pasientreiser høyere enn budsjettert. Energikostnadene er noe lavere enn budsjettert.
Sum driftskostnader	16 414 953	16 155 139	-259 814	
Finansinntekter	-64 707	-63 297	1 410	Positivt bidrag fra datterselskap, på 9 mnok, samt lavere rentekostnader bidrar til positivt finansresultat.
Finanskostnader	58 357	73 824	15 467	
Netto finans	-6 350	10 527	16 877	
TOTALT	88 143	131 250	-43 107	

3.2 Økonomisk resultat – per klinikk

Rapportering September 2015 tall i hele 1000 kr	September				Hittil i år			
Økonomisk resultat	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Klinikk psykisk helse og avhengighet	-8 695	0	-8 695	-5,0 %	-27 646	0	-27 646	-1,9 %
Medisinsk klinikk	2 157	0	2 157	2,0 %	-26 222	0	-26 222	-2,8 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	400	0	400	0,2 %	-73 783	0	-73 783	-4,2 %
Kvinne- og barneklubben	-6 705	-19	-6 686	-4,4 %	-48 120	57	-48 177	-3,6 %
Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon	-9 336	0	-9 336	-3,9 %	-106 784	0	-106 784	-5,2 %
Hjerte-, lunge- og karklinikken	9 411	0	9 411	9,3 %	-56 949	0	-56 949	-6,6 %
Akuttklubben	-37	0	-37	0,0 %	-12 808	0	-12 808	-0,7 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	4 290	0	4 290	2,1 %	22 120	0	22 120	1,3 %
Oslo sykehuservice	14 813	0	14 813	8,1 %	15 950	0	15 950	1,0 %
Konsern	2 487	1 136	1 351	-	18 648	9 297	9 351	-
Fellesposter	19 829	13 467	6 363	11,4 %	358 467	121 896	236 571	24,8 %
Direktørensstab	4 106	0	4 106	3,1 %	25 270	0	25 270	2,1 %
Sum OUS	32 720	14 584	18 136	0,9 %	88 143	131 250	-43 107	-0,3 %

(*)

3.4 Kommentarer til klinikkens avvik

Klinikk	Avvik i mnok	Overordnet beskrivelse av avvik
Klinikk psykisk helse og avhengighet	-28	Det negative avviket skyldes hovedsakelig lønnskostnader (overtid og ekstrahjelp), samt høye medikamentkostnader (LAR) og innleie av helsepersonell. Dette motvirkes noe av et positivt avvik på gjestepasienter og andre inntekter. Resultatet inkluderer noe høyere huslei- og flyttekostnader enn budsjettert
Medisinsk klinikk	-26	Samlet inntekt er høyere enn forventet og dette skyldes noe høyere aktivitet enn budsjettert (ISF-inntekter, egenandeler mv). Høy aktivitet gir høyere varekostnader enn budsjettert. Økt innleie (høyt sykefravær ved Medisinsk intensiv og Dialyseenheten) og andre driftskostnader trekker ned resultatet.
Klinikk for kirurgi og nevrofag	-74	Aktiviteten er over plantall for de fleste avdelingene. Det er et stort merforbruk på kostnadssiden særlig for lønn, innleie og varekostnader. Høye varekostnader henger i stor grad sammen med høy aktivitet, men skyldes også noe aktivitetsvridning. Innleie skyldes mangel på personell ved enkelte enheter samt høy aktivitet de de nevrokirurgiske sengepostene.
Kvinne- og barneklubben	-48	Klinikken har et negativt resultat i hovedsak pga lav aktivitet hos Avdeling for gynekologisk kreft, Barnemedisinsk avdeling og Barneavdeling for Nevrofag, samt stort merforbruk på innleie og lønn på flere avdelinger.
Kreft-, kirurgi og transplantasjonsklubben	-107	Klinikkens resultat så langt i år er preget av at klubben har mindre aktivitet enn planlagt. Avviket knyttet til ISF/aktivitet utgjør 49 millioner av det negative avviket. Klubben har også stor avvik på personalkostnader (inkl innleie) og varekostnader.
Hjerte-, lunge- og karklubben	-57	Klinikkens underskudd relateres til lavere aktivitet enn budsjettert, særlig ved Thoraxkirurgisk avdeling. Det er utført flere PCI enn budsjettert pga. av at overføringen til AHUS ikke har trådt i kraft. Klubben har høye innleiekostnader fra vikarbyrå når det gjelder vakante stillinger.
Akuttklubben	-13	Klinikkens akkumulerte merforbruk relateres til høyere lønnskostnader enn budsjettert samt høyere kostnader til pasientreiser enn budsjettert, samtidig som kostnader til lønn inkludert innleie og andre driftskostnader er noe høyere enn budsjettert.
Klinikk for diagn. og intervensjon	22	Resultat viser et positivt avvik på inntektene (hovedsakelig Avdeling for medisinsk genetik). Klubben har høye varekostnader og variabel lønn er høyere enn forutsatt i budsjettert.
Oslo sykehusservice	16	Positivt avvik skyldes ikke-budsjetterte inntekter fra Folkehelseinstituttet.
Stab	25	Positivt resultat i STAB (eksl. IKT) på 10 mnok og positivt resultat vedr. IKT (15 mnok) som skyldes reduserte kostnader fra 2014 og noe lavere prognose vedrørende DIPS Fase 2.
Fellesposter mv	246	Positivt avvik på fellesposter skyldes budsjettert reserve, lavere kostnader til årets lønnsoppgjør enn budsjettert, salg av eiendom, periodiseringer fra 2014, noe lavere avskrivninger enn budsjettert og positiv effekt av netto finans. Ikke budsjetterte nedskrivninger relatert til endringer i arealbruk bidrar negativt.
Samlet avvik	-43	

3.2 Lønnskostnader ekskl. pensjon

Total lønn ekskl. pensjon i 1000 kr. Inklusive øremerkede midler	sep 2015			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	I 1000 kr	i %
PHA	127 056	-1 405	-1,1 %	1 097 714	-9 081	-0,8 %	1 048 132	49 582	4,7 %
MED	76 534	-3 901	-5,4 %	640 270	-27 649	-4,5 %	602 799	37 470	6,2 %
KKN	136 982	-9 986	-7,9 %	1 144 086	-48 387	-4,4 %	1 082 411	61 675	5,7 %
KVB	106 564	-17	0,0 %	921 847	-19 289	-2,1 %	857 907	63 940	7,5 %
KKT	152 403	-7 031	-4,8 %	1 272 989	-39 628	-3,2 %	1 188 578	84 410	7,1 %
HLK	55 875	-1 181	-2,2 %	489 308	-23 102	-5,0 %	459 937	29 372	6,4 %
AKU	147 788	896	0,6 %	1 270 637	-10 102	-0,8 %	1 205 840	64 797	5,4 %
KDI	127 945	1 414	1,1 %	1 086 007	-385	0,0 %	1 001 610	84 397	8,4 %
OSS	80 876	1 918	2,3 %	689 648	5 680	0,8 %	658 531	31 117	4,7 %
STAB	23 740	362	1,5 %	195 936	3 654	1,8 %	181 233	14 703	8,1 %
FPO	15 755	17 183	52,2 %	40 290	136 889	77,3 %	221 068	-180 779	-81,8 %
OUS	1 061 202	-784	-0,1 %	8 923 387	-25 122	-0,3 %	8 573 562	349 825	4,1 %



3.2 Innleiekostnader

Innleie i 1000 kr. Inklusive øremerkede midler	sep 2015			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	I 1000 kr	i %
PHA	1 692	-1 648	-3772,8 %	5 704	-5 314	-1362,4 %	2 611	3 092	118,4 %
MED	1 047	149	12,5 %	11 416	-2 825	-32,9 %	8 016	3 399	42,4 %
KKN	3 713	-1 818	-95,9 %	34 205	-16 319	-91,2 %	30 961	3 244	10,5 %
KVB	5 595	-3 713	-197,3 %	41 227	-20 046	-94,6 %	36 826	4 401	11,9 %
KKT	1 421	-504	-54,9 %	16 031	-6 715	-72,1 %	17 751	-1 720	-9,7 %
HLK	2 213	-775	-53,9 %	18 553	-6 002	-47,8 %	17 301	1 253	7,2 %
AKU	4 467	-328	-7,9 %	35 325	-2 609	-8,0 %	38 640	-3 315	-8,6 %
KDI	106	27	20,4 %	946	244	20,5 %	1 703	-757	-44,5 %
OSS	-6	6	0,0 %	37	-37	0,0 %	210	-173	-82,5 %
STAB								-	-
FPO									
OUS	20 247	-8 603	-73,9 %	163 443	-59 622	-57,4 %	154 020	9 423	6,1 %



3.2 Varekostnader per klinikk

Varekostnader knyttet til FG i 1000 kr. Inklusive øremerkede midler	sep			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	I 1000 kr	i %
PHA	5 346	-1 107	-26,1 %	47 914	-9 926	-26,1 %	45 413	2 501	5,5 %
MED	10 700	1 073	9,1 %	104 281	-4 151	-4,1 %	94 006	10 276	10,9 %
KKN	37 642	-4 158	-12,4 %	303 121	-27 960	-10,2 %	264 373	38 748	14,7 %
KVB	8 369	1 570	15,8 %	87 465	-1 475	-1,7 %	84 585	2 880	3,4 %
KKT	44 973	-1 377	-3,2 %	386 001	-13 042	-3,5 %	353 914	32 087	9,1 %
HLK	27 866	-1 903	-7,3 %	237 062	-12 749	-5,7 %	214 664	22 398	10,4 %
AKU	17 867	-1 939	-12,2 %	139 103	-2 921	-2,1 %	132 847	6 256	4,7 %
KDI	47 354	-1 971	-4,3 %	406 007	-18 631	-4,8 %	363 678	42 328	11,6 %
OSS	14 753	-2 514	-20,5 %	117 479	-10 273	-9,6 %	110 825	6 654	6,0 %
STAB	17	41	71 %	-414	804	206,4 %	181	-596	-328,5 %
FPO	9 817	-1 265	-14,8 %	40 394	36 582	47,5 %	44 902	-4 508	-10,0 %
OUS	224 704	-13 550	-6,4 %	1 868 413	-63 744	-3,5 %	1 709 390	159 023	9,3 %



3.2 Andre driftskostnader per klinikk

Andre driftskostnader i 1000 kr. Inklusive øremerkede midler.	sep			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	I 1000 kr	i %
PHA	10 278	-1 634	-18,9 %	89 150	-5 269	-6,3 %	93 234	-4 084	-4,4 %
MED	3 308	-1 007	-43,8 %	28 511	-7 929	-38,5 %	24 416	4 095	16,8 %
KKN	8 167	-3 322	-68,6 %	48 127	-4 866	-11,2 %	45 864	2 263	4,9 %
KVB	3 973	1 662	29,5 %	41 860	8 492	16,9 %	55 815	-13 954	-25,0 %
KKT	5 673	1 554	21,5 %	74 922	-11 107	-17,4 %	78 391	-3 469	-4,4 %
HLK	3 875	-2 013	-108,1 %	25 151	-8 524	-51,3 %	19 207	5 944	30,9 %
AKU	25 967	-1 860	-7,7 %	209 172	-12 934	-6,6 %	202 755	6 416	3,2 %
KDI	9 085	236	2,5 %	82 784	495	0,6 %	82 856	-72	-0,1 %
OSS	73 521	1 245	1,7 %	663 555	-5 449	-0,8 %	650 272	13 283	2,0 %
STAB	85 905	11 084	11,4 %	837 100	10 637	1,3 %	801 040	36 060	4,5 %
FPO	3 212	-1 253	-64,0 %	30 043	-7 550	-33,6 %	7 257	22 786	314,0 %
OUS	236 592	6 639	2,7 %	2 167 563	-38 729	-1,8 %	2 088 559	79 004	3,8 %



3.3 Resultat for datterselskap mv

AS'ene i 1 000 kr	Årsbudsjett	Budsjett	Regnskap	Avvik HiÅ
		HiÅ	HiÅ	
Inven2	-3 954	-2 966		-2 966
Norsk Medisinsk Syklotronsenter AS	-1 060	-290	-1 614	1 324
Radpark AS	-2 488	-1 866	-3 316	1 450
Sophies Minde AS	-6 370	-3 749	-12 856	9 107
Sykehotell AS	-569	-426	-862	436
Totalt	-14 441	-9 297	-18 648	9 351



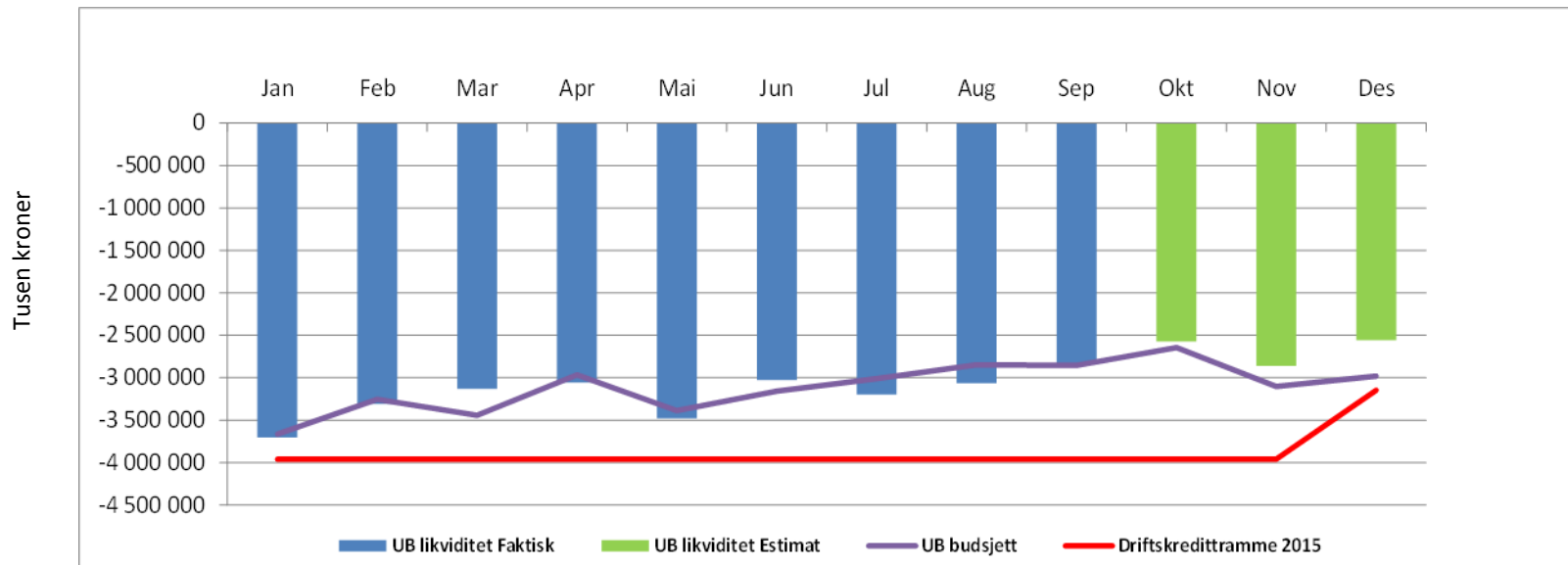
3.6 Tiltaksgjennomføring

Klinikk	Bud øk effekt 2015 (1000 kr)	Bud øk effekt per sept (1000 kr)	Realisert øk effekt per sept	Akkumulert avvik	Budsjett per sept	Real øk per sept
PHA	18 500	13 800	0	-13 800	1 600	0
MED	12 936	9 007	5 880	-3 127	1 078	845
KKN	97 083	74 833	37 735	-37 098	7 417	6 425
KVB	40 560	31 961	18 135	-13 826	4 932	2 355
KKT	28 567	21 273	15 634	-5 639	2 431	1 460
HLK	19 100	14 316	7 729	-6 587	1 592	942
AKU	26 974	19 229	13 115	-6 114	2 785	2 033
KDI	28 636	20 172	8 957	-11 215	2 615	1 144
OSS	17 055	12 475	12 473	-2	1 389	1 387
Totalsum	289 411	217 066	119 657	-97 409	25 838	16 591



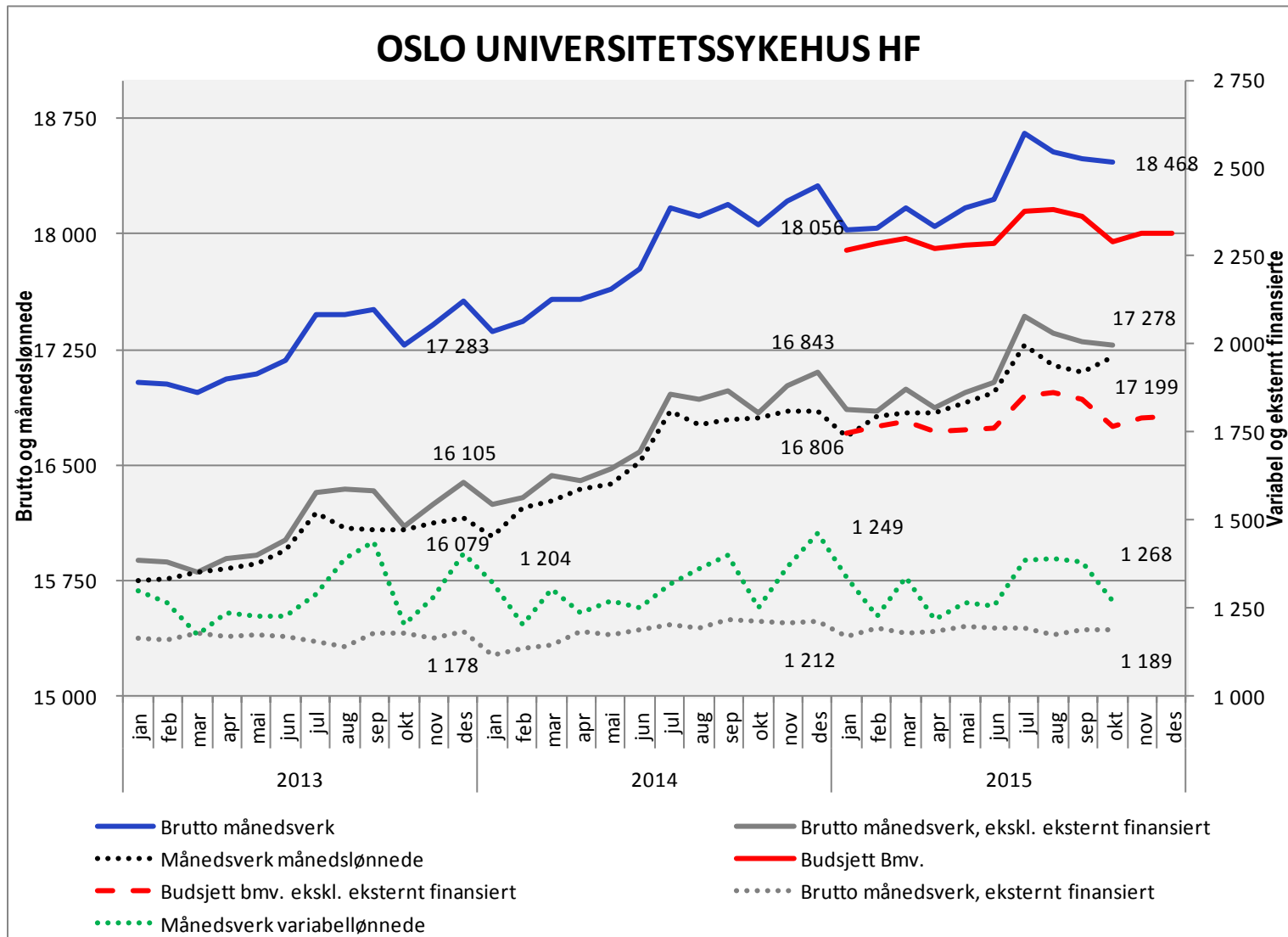
3.5 Likviditet

Utvikling likviditet
(utgående saldo ved periodeslutt)



Rapportert utvikling i likviditet omfatter i hovedsak benyttet driftkreditt.
Bankinnskudd på skattetrekkskonto og konti for øremerkede midler inngår ikke.

4.1 Bemanningsutvikling



4.2 Bemanningsindikatorer

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF	Denne måned			Hittil i 2015				2015 mot 2014			
	OKTOBER 2015	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr OKTOBER	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ OKTOBER 2015 mot OKTOBER 2014	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Brutto månedsverk	18 468	17 946	522	18 284	17 995	289	1,6 %	412	2,2 %	493	2,7 %
Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert	17 278	16 753	525	17 098	16 802	296	1,8 %	435	2,5 %	484	2,8 %
Brutto månedsverk, eksternt finansiert	1 189	1 193	-3	1 186	1 193	-7	-0,5 %	-23	-1,9 %	9	0,8 %
Innleie fra vikarbyrå	205	133	72	189	130	59	45,4 %	34	20 %	-	-
Månedsverk månedslønnede	17 199	16 816	383	16 977	16 812	165	1,0 %	393	2,3 %	478	2,8 %
Månedsverk variabelønnede	1 268	1 128	141	1 307	1 181	126	10,7 %	19	1,5 %	15	1,1 %
Netto månedsverk nasj. ind.	13 976			14 583				573	4,1 %	459	3,1 %
Sykefraværspersent	6,1			7,3				-0,4	-3,7 %	0,2	2,2 %

Kilde: HR kuben tilgjengelig via tjenesteportalen ved programmene Arcplan og ProClarity. Indikator for innleie fra vikarbyrå er beregnet basert på regnskapsarter (se ny definisjon). Se for øvrig lysbilde 3.2 – Innleiekostnader der avvik fra budsjett fremkommer i KR.

Brutto månedsverk, Intern finansiering	Denne måned			Hittil i 2015				2015 mot 2014			
	OKTOBER 2015	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr OKTOBER	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ OKTOBER 2015 mot OKTOBER 2014	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
PHA	2 187	2 065	122	2 191	2 141	50	2,4 %	33	1,5 %	42	1,9 %
MED	1 271	1 214	58	1 271	1 208	63	5,2 %	12	0,9 %	25	2,0 %
KKN	2 272	2 080	192	2 206	2 081	125	6,0 %	75	3,3 %	57	2,6 %
KVB	1 722	1 683	38	1 717	1 692	26	1,5 %	47	2,7 %	74	4,3 %
KKT	2 323	2 276	47	2 299	2 244	54	2,4 %	59	2,5 %	69	3,0 %
HLK	846	786	60	838	777	60	7,8 %	20	2,3 %	19	2,2 %
AKU	2 457	2 375	83	2 404	2 362	42	1,8 %	106	4,3 %	83	3,5 %
KDI	2 070	2 049	21	2 059	2 061	-2	-0,1 %	47	2,3 %	80	3,9 %
OSS	1 915	1 855	60	1 899	1 865	34	1,8 %	36	1,9 %	32	1,7 %
OUS	17 278	16 753	525	17 098	16 706	392	2,3 %	435	2,5 %	484	2,8 %



4.3 Månedsværk fordelt på stillingskategorier

Brutto månedsværk ekskl eksternt finansiert	Forrige periode	Denne periode	Hittil 2014	Hittil 2015	2015 mot 2014				Stillingskategoriernes gjennomsnittlige andel		
	SEP 2015	OKT 2015	Pr. OKT 2014	Pr. OKT 2015	Δ OKT 2015 mot OKT 2014	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring	Andel 2014	Andel 2015	Relativ endring
(1) Administrasjon/Ledelse	2 898	2 871	2 791	2 862	52	1,9 %	71	2,6 %	16,8 %	16,7 %	-0,3 %
(2) Pasientrettede stillinger	1 564	1 474	1 487	1 505	7	0,5 %	18	1,2 %	9,0 %	8,8 %	-1,7 %
(3) Leger	2 408	2 431	2 315	2 392	85	3,6 %	77	3,3 %	13,9 %	14,0 %	0,4 %
(3a) Overleger	1 462	1 471	1 388	1 449	60	4,2 %	61	4,4 %	8,4 %	8,5 %	1,4 %
(3b) LIS-leger	897	908	880	893	24	2,7 %	14	1,6 %	5,3 %	5,2 %	-1,3 %
(3c) Turnusleger	48	52	46	49	1	2,7 %	3	5,9 %	0,3 %	0,3 %	2,9 %
(4) Psykologer	270	274	253	267	20	8,0 %	15	5,8 %	1,5 %	1,6 %	2,8 %
(5) Sykepleier	5 890	6 009	5 666	5 872	171	2,9 %	207	3,6 %	34,1 %	34,3 %	0,7 %
(6) Helsefagarbeider/hjelpepleier	536	531	570	548	-30	-5,3 %	-22	-3,8 %	3,4 %	3,2 %	-6,5 %
(7) Diagnostisk personell	1 454	1 444	1 382	1 429	27	1,9 %	47	3,4 %	8,3 %	8,4 %	0,5 %
(8) Apotekstillinger	2	2	2	2	0	2,0 %	0	1,1 %	0,0 %	0,0 %	-1,7 %
(9) Drifts/teknisk personell	1 537	1 493	1 448	1 496	61	4,2 %	48	3,3 %	8,7 %	8,7 %	0,4 %
(10) Ambulansepersonell	525	539	488	516	43	8,6 %	29	5,9 %	2,9 %	3,0 %	2,9 %
(11) Forskning	214	210	213	207	-1	-0,7 %	-6	-3,0 %	1,3 %	1,2 %	-5,7 %
(99) Ukjente	-	-	0	0	-	0,0 %	0	0,6 %	0,0 %	0,0 %	-2,2 %
Alle stillingsgrupper	17 298	17 278	16 614	17 098	435	2,6 %	484	2,9 %	100,0 %	100 %	0,0 %

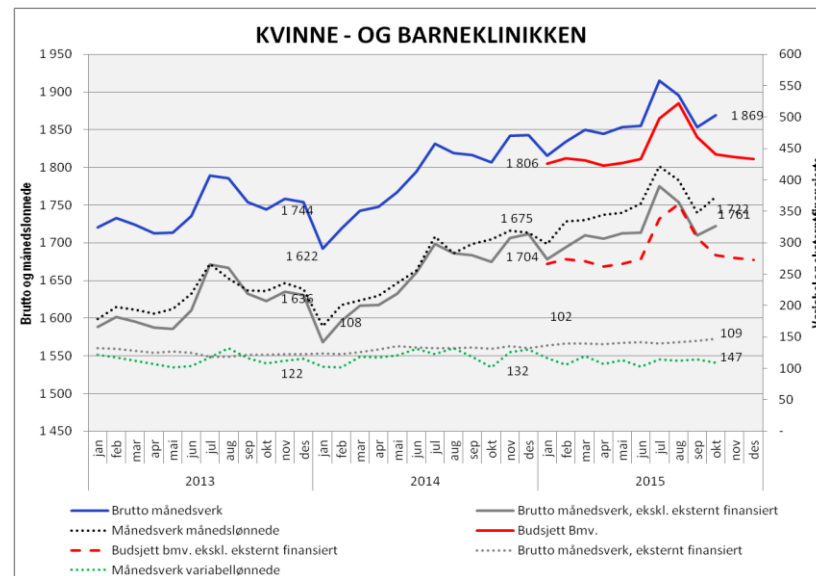
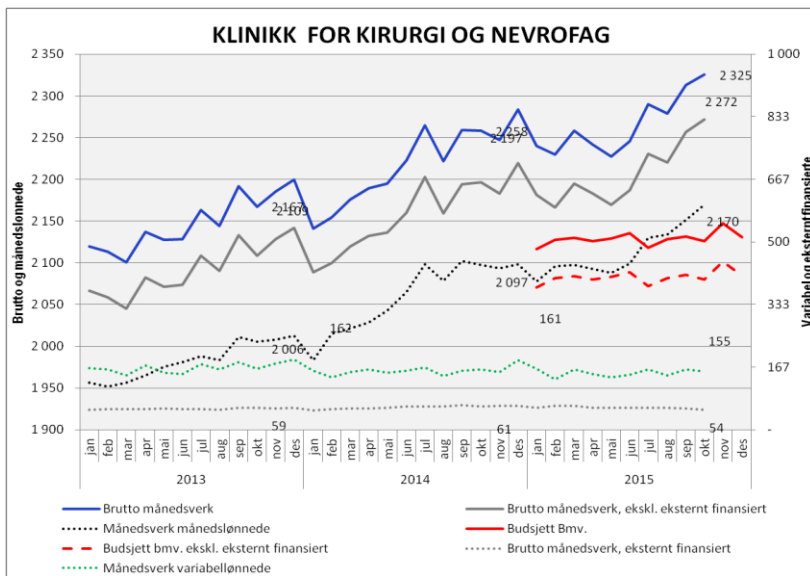
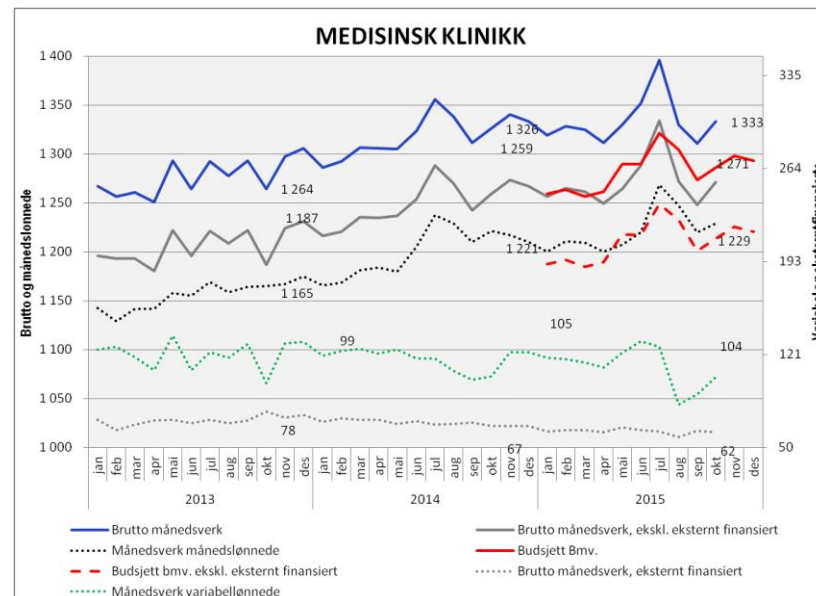
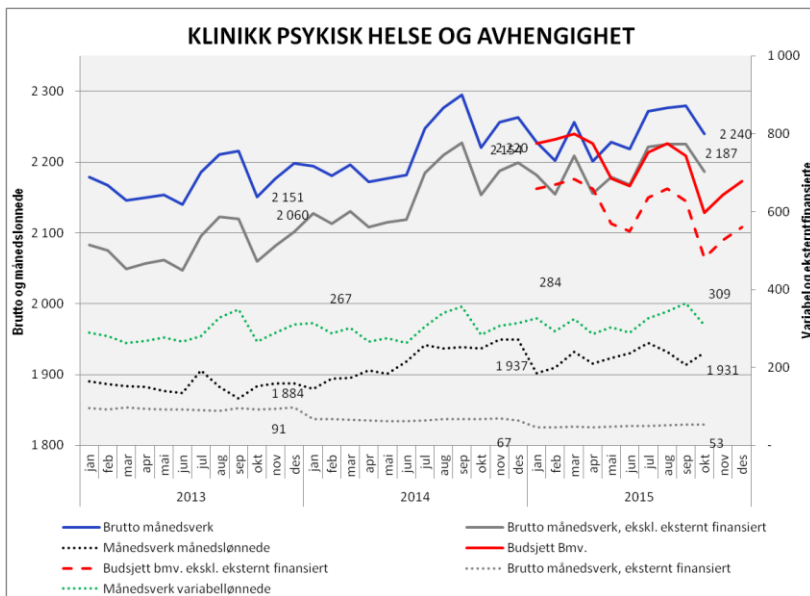


4.4 Andel deltid per klinikk

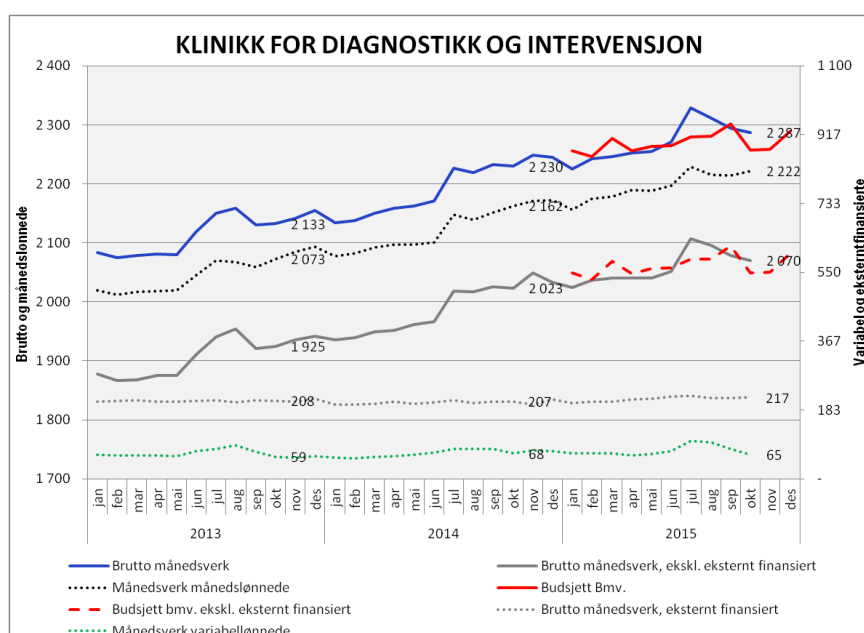
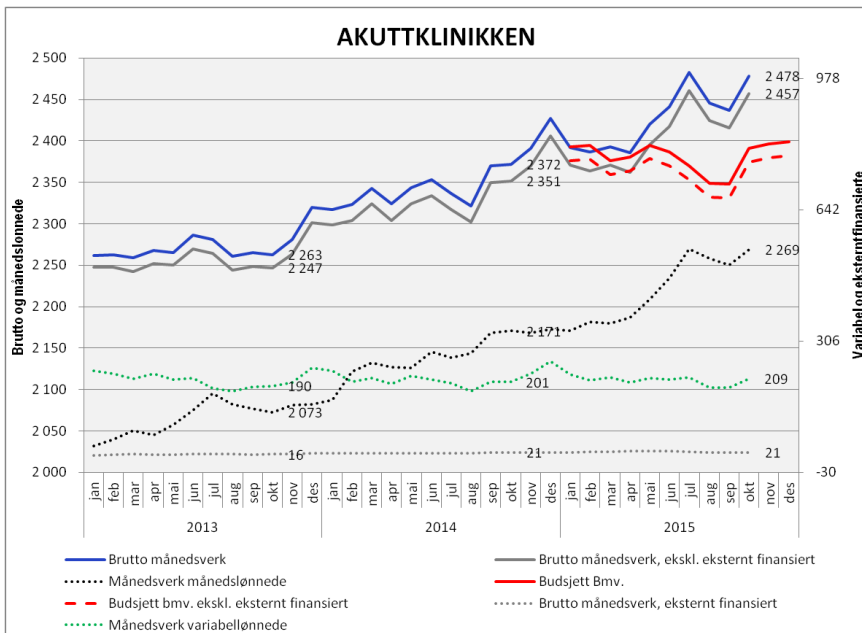
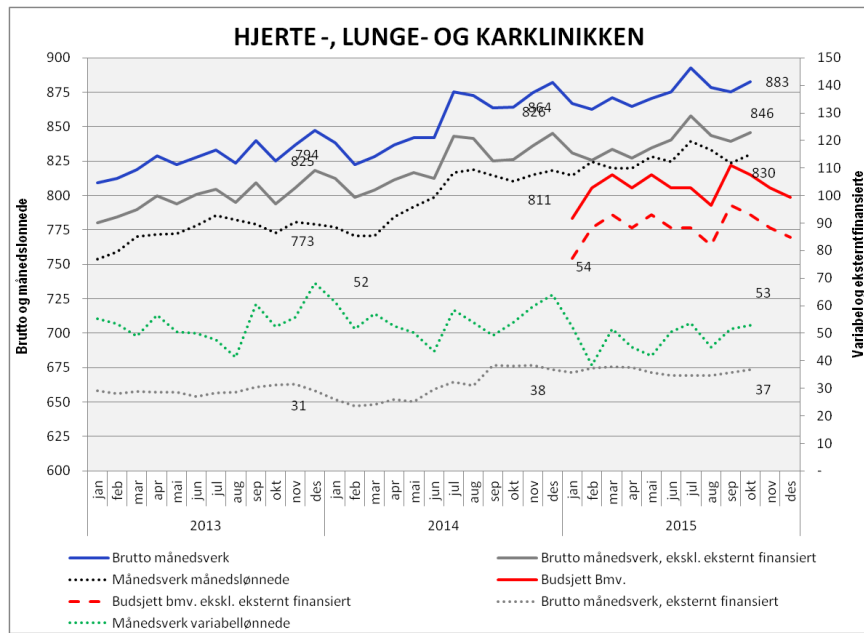
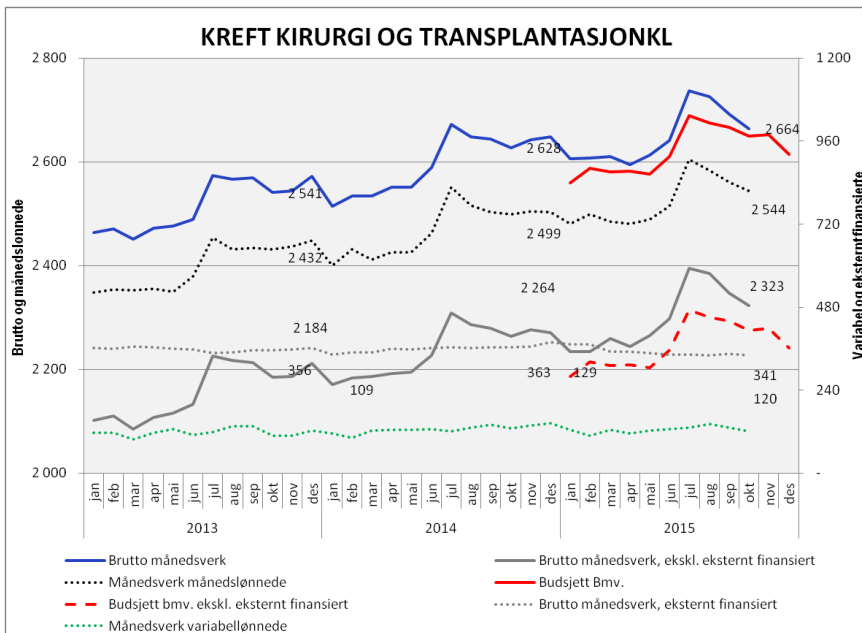
Deltid - fast ansatte - Totalt OKTOBER						
Klinikk	Antall ansatte	Hvorav deltid	Andel deltid	Gj.snittlig juridisk stillingsprosent	Korrigert andel deltid	Gj.snittlig korr. Stillingsprosent
PHA	1 897	445	23,5 %	93,7 %	15,4 %	94,6 %
MED	1 110	325	29,3 %	91,4 %	25,5 %	92,2 %
KKN	1 956	578	29,6 %	92,9 %	19,0 %	93,8 %
KVB	1 722	626	36,4 %	92,9 %	26,9 %	94,1 %
KKT	2 038	476	23,4 %	96,6 %	12,5 %	97,5 %
HLK	747	142	19,0 %	97,4 %	8,3 %	98,5 %
AKU	2 263	450	19,9 %	98,2 %	10,3 %	98,7 %
KDI	1 952	334	17,1 %	97,1 %	6,4 %	98,0 %
OSS	1 793	199	11,1 %	96,6 %	5,6 %	97,1 %
DST	214	18	8,4 %	97,4 %	5,1 %	97,9 %
OUS	15 746	3 587	22,8 %	95,9 %	13,9 %	96,7 %



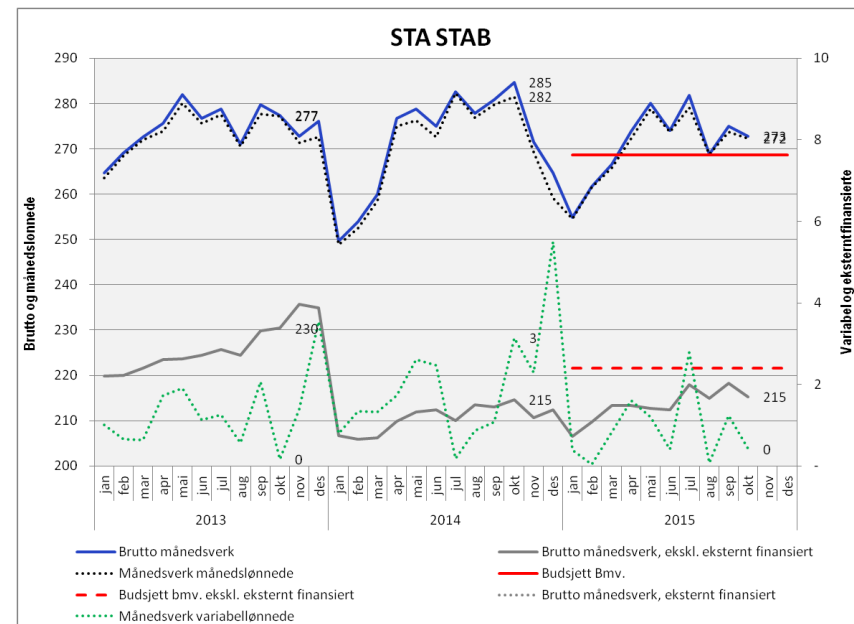
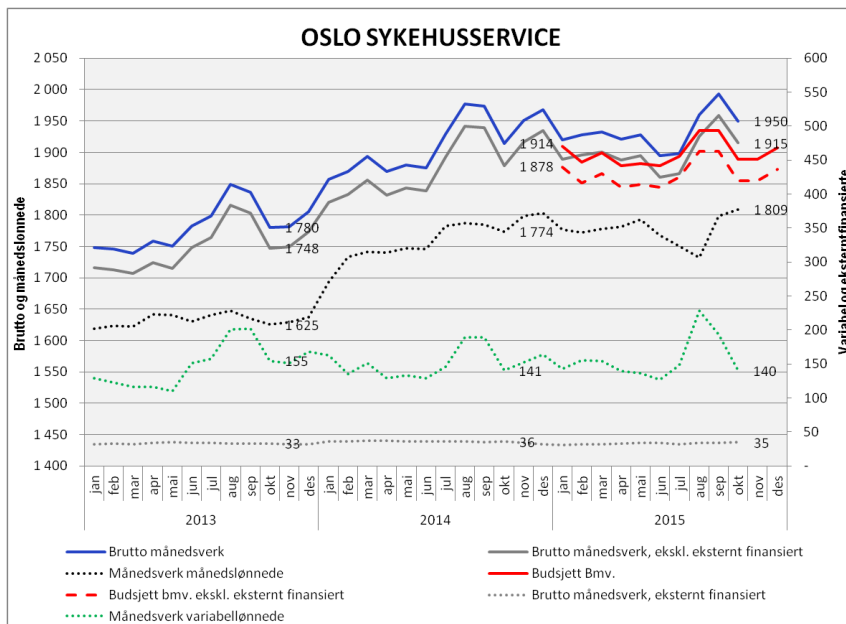
4.5 Bemanningsutvikling per klinikk



4.5 Bemanningsutvikling per klinikk

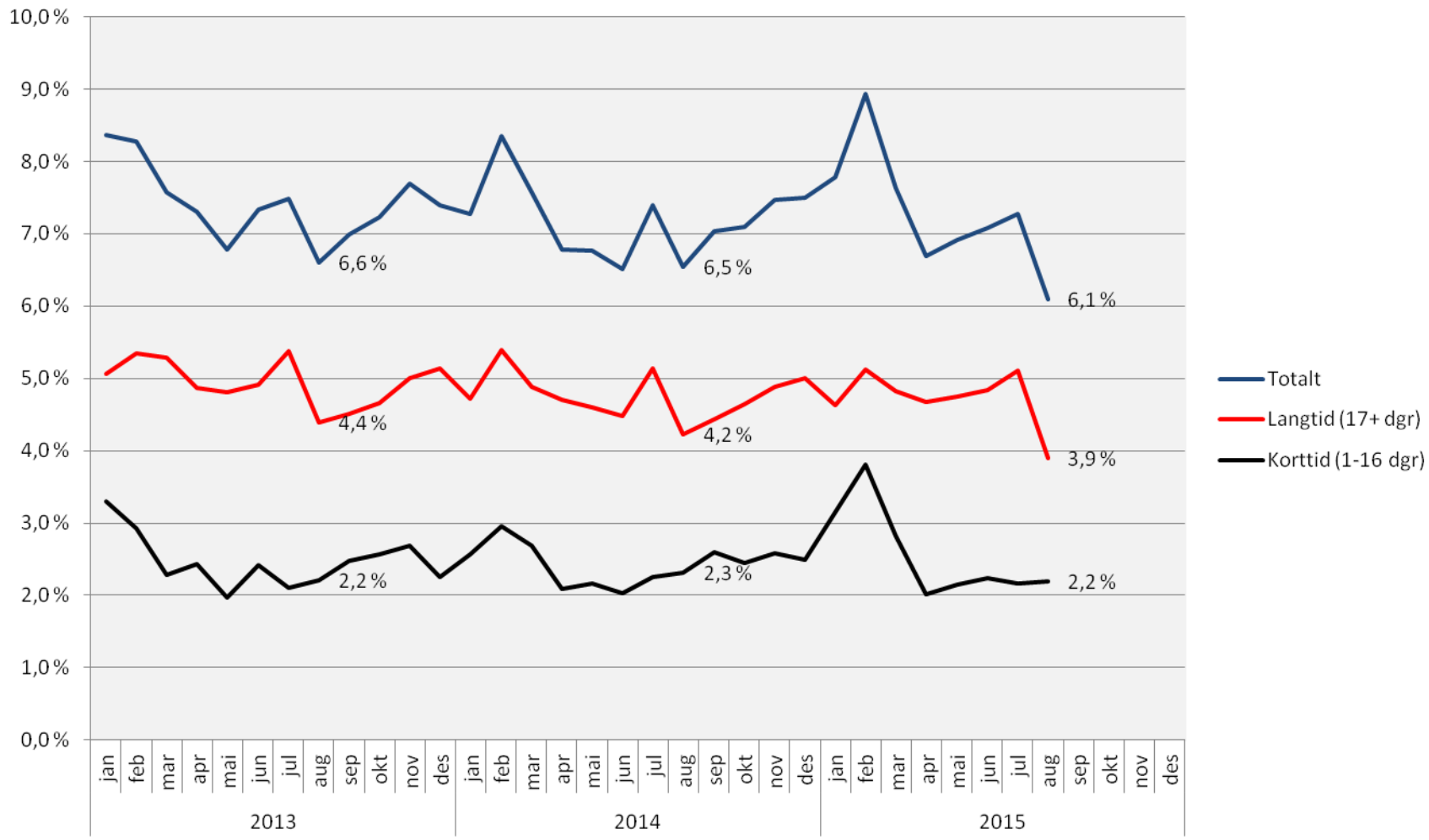


4.5 Bemanningsutvikling per klinikk



4.6 Sykefravær

Utvikling sykefraværsprosent 2013-2015



4.7 Sykefravær per klinikk

Sykefraværslengde per august 2015							
Hittil	Korttid (1-16 dgr)			Langtid (17+ dgr)			Totalt sykefravær i %
	1-3 dager	4-16 dager	Sum Korttidsfravær	17-56 dager	> 56 dager	Sum langtidsfravær	
PHA	1,4 %	1,4 %	2,8 %	1,5 %	3,9 %	5,5 %	8,3 %
MED	1,2 %	1,1 %	2,4 %	1,1 %	3,8 %	4,9 %	7,3 %
KKN	1,2 %	1,1 %	2,4 %	1,3 %	3,9 %	5,2 %	7,5 %
KVB	1,2 %	1,3 %	2,5 %	1,5 %	3,9 %	5,4 %	7,9 %
KKT	1,2 %	1,1 %	2,4 %	1,2 %	2,9 %	4,1 %	6,5 %
HLK	1,2 %	1,0 %	2,2 %	1,2 %	2,4 %	3,6 %	5,8 %
AKU	1,2 %	1,4 %	2,6 %	1,5 %	3,0 %	4,4 %	7,0 %
KDI	1,4 %	1,1 %	2,6 %	1,3 %	2,8 %	4,1 %	6,7 %
OSS	1,5 %	1,9 %	3,4 %	1,5 %	4,0 %	5,5 %	8,9 %
DST	0,6 %	0,4 %	1,0 %	0,6 %	1,4 %	2,0 %	3,0 %
OUS	1,3 %	1,3 %	2,6 %	1,4 %	3,4 %	4,7 %	7,3 %

Sykefraværslengde per august 2015							
Denne periode	Korttid (1-16 dgr)			Langtid (17+ dgr)			sykefravær i %
	1-3 dager	4-16 dager	Sum Korttidsfravær	17-56 dager	> 56 dager	Sum langtidsfravær	
PHA	1,2 %	1,2 %	2,4 %	1,8 %	2,6 %	4,4 %	6,8 %
MED	0,9 %	1,3 %	2,2 %	1,3 %	2,1 %	3,4 %	5,6 %
KKN	1,0 %	0,8 %	1,7 %	1,5 %	2,5 %	3,9 %	5,7 %
KVB	0,9 %	1,0 %	1,9 %	2,0 %	2,7 %	4,6 %	6,6 %
KKT	1,0 %	1,1 %	2,1 %	1,4 %	2,1 %	3,5 %	5,6 %
HLK	0,7 %	1,0 %	1,7 %	1,4 %	2,4 %	3,8 %	5,5 %
AKU	1,0 %	1,1 %	2,2 %	1,3 %	2,4 %	3,7 %	5,9 %
KDI	1,1 %	1,0 %	2,1 %	1,5 %	1,8 %	3,4 %	5,5 %
OSS	1,5 %	2,0 %	3,5 %	1,6 %	3,1 %	4,7 %	8,2 %
DST	0,3 %	0,2 %	0,5 %	0,8 %	1,3 %	2,1 %	2,6 %
OUS	1,0 %	1,1 %	2,2 %	1,5 %	2,4 %	3,9 %	6,1 %



Definisjoner årsverksindikatorer

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

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 28. oktober 2015

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

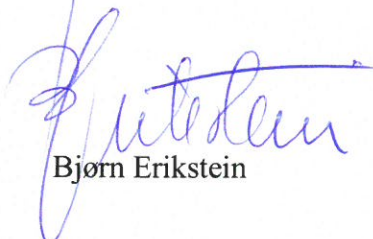
Vedlegg: Ingen

SAK 67/2015 BUDSJETT 2016

Forslag til vedtak:

Styret tar sak om budsjett 2016 til orientering.

Oslo den 20. oktober 2015



Bjørn Erikstein

1. INNLEDNING

Denne saken gir en oppdatert status for behandling av budsjett 2016. Statsbudsjettet ble lagt frem den 7. oktober og oppdaterte vurderinger knyttet til inntekts- og aktivitetsforutsetninger for budsjett 2016 legges derfor frem i denne saken sammen med en ny vurdering av resultatkravet og finansiering av investeringer.

2. TIDLIGERE VEDTAK

Det ble fattet følgende vedtak i Oslo universitetssykehus HF i sak 54/2015 Budsjett 2016 den 25. september 2015:

Styret tar saken til orientering.

Det ble fattet følgende vedtak i Oslo universitetssykehus HF i sak 41/2015 Budsjett 2016 den 25. juni 2015:

- 1. Styret tar redegjørelsen om budsjett 2016 til orientering.*
- 2. Styret ber administrerende direktør legge frem en sak til styremøtet 25. september som viser hvordan arbeidet innenfor de ulike tiltaksområdene følges opp.*
- 3. Styret forutsetter et nært samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner i det videre arbeidet med tiltaksområdene beskrevet i saken og at det gjøres risikovurderinger av tiltaksområdene.*

3. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING

I statsbudsjettet foreslås underregulering av lønns- og priskompensasjon for den innsatsstyrte finansieringen. Resultatkravet for 2016 ble behandlet som del av økonomisk langtidsplan i mai i år og innebærer et mål om økning til 300 millioner kroner i overskudd for 2016 fra 175 millioner kroner i 2015. Samtidig viser resultat i inneværende år et underskudd dersom gevinst fra eiendomssalg holdes utenfor. Disse tre forholdene innebærer at kravet til effektivisering av driften er betydelig fra 2015 til 2016, og høyere enn det som ble vurdert når økonomisk langtidsplan ble behandlet i mai. I styrebehandlingen i mai ble styret orientert om forventet vekst i IKT-kostnader, medikamentkostnader og avskrivninger for 2016 budsjettet.

Det er administrerende direktørs vurdering at arbeidet med budsjett 2016 er kommet godt i gang. Klinikkenes hovedoppgave er å oppnå en resultatforbedring fra 2015 til 2016, og helst ved at driften gjennomføres på en bedre og mer planlagt måte både for våre medarbeidere og pasientene. Klinikkene har levert en første vurdering av tiltaksområder for budsjett 2016. Tiltakene dekker imidlertid ikke den resultatforbedring som er nødvendig for å oppnå et resultatmål på 300 millioner kroner for 2016. Det er fremdeles tidlig å si noe om hvor langt kravet til resultatforbedring kan dekkes av tiltak som ikke vil ha negative konsekvenser for det tilbudet sykehuset kan gi til pasientene. Uansett viser erfaringen at det vil være

svært krevende å oppnå den forbedring av driften fra ett år til et annet som resultatkravet innebærer.

Sykehuset forventer å motta foreløpige inntektsrammer fra Helse Sør-Øst RHF den 20. oktober. Styret vil bli ytterligere orientert om rammeforutsetningene i møtet den 28. oktober.

Administrerende direktør er svært fornøyd med at det i statsbudsjettet for 2016 er foreslått en lånebevilgning til Oslo universitetssykehus HF til vedlikeholdsinvesteringer. Investeringene skal sikre aktiviteten og arbeidsmiljøet til nye eller totalrenoverte bygg vil kunne tas i bruk. Det arbeides med prioritering av investeringsformål innenfor investeringsrammen som ble satt av styret ved behandling av økonomisk langtidsplan, og det vurderes også inngåelse av leieavtaler innenfor eiendom og medisinsk teknisk utstyr der dette er fordelaktig eller nødvendig.

4. FAKTADEL

4.1 Statsbudsjettet og inntekts- og aktivitetsforutsetninger for budsjett for Oslo universitetssykehus HF

Statsbudsjettet (Prop. 1S) ble lagt frem 7. oktober. Som nevnt ovenfor forventer helseforetaket å motta foreløpige inntektsrammer fra Helse Sør-Øst RHF den 20. oktober. Nedenfor redegjøres det for de viktigste forhold som fremkommer av statsbudsjettet og som innvirker på budsjettprosessen i Oslo universitetssykehus HF og enkeltforhold i statsbudsjettet der Oslo universitetssykehus HF er omtalt.

Ut over generell pris- og lønnsjustering foreslås det i statsbudsjettet 2 884 millioner kroner mer til drift (aktivitetsvekst) i alle helseforetakene. Veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering.

Aktivitet

Forslaget til statsbudsjett legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen på opp mot 2,5 pst. inkludert 0,30 pst. til fritt behandlingsvalg. Dette er en høy vekst sammenlignet med tidligere år og noe høyere enn 2015 budsjettet.

Statsbudsjettet skal legge til rette for en vekst på 9 pst. innenfor offentlig poliklinisk aktivitet som omfatter psykisk helsevern, rusbehandling, laboratorier og radiologi. For pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering (ISF), legges det til rette for en vekst på om lag 1,8 pst.

Departementet gikk fra og med 2015 budsjettet bort fra systemet med streng aktivitetsstyring. Slik vil det bli lagt til rette for at sykehusene kan øke aktiviteten der det er kapasitet og økonomi til dette. Aktivitet utover budsjettet aktivitet vil utløse ISF refusjon.

For psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er det gitt føringer i forslag til statsbudsjett om vridning fra døgn/dag til poliklinikk innenfor psykisk helsevern ved at midler er trukket fra basisramme og forventes generert fra polikliniske refusjoner.

DRG-vektendringer fra 2015 til 2016

Helsedirektoratet har den 13. oktober avholdt informasjonsmøte om foreløpig ISF regelverk for 2016. Det ble der indikert en reduksjon i vektene på om lag 0,2 pst (14 mill kroner) for Oslo universitetssykehus HF. Et sikkert bilde på endringene er først på plass når første versjon av DRG-grupper 2016 er mottatt.

Pris- og lønnsjustering

Det er i statsbudsjettet lagt til grunn en pris- og lønnsvekst på om lag 2,7 pst. fra 2015 til 2016.

Enhetsprisen for DRG foreslås satt til 42 163 kroner. Denne enhetsprisen tilsvarer en under-regulering av enhetsprisen med 0,5 pst. i 2016. Det er videre tatt hensyn til redusert bevilgning knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Dette innebærer at enhetsprisen er redusert med ytterligere 0,5 pst.

Utgiftene til laboratorietjenester har vist en sterk og vedvarende vekst over flere år. For å stimulere til økt effektivisering foreslås det at refusjonstakstene for offentlige og private laboratorietjenester underreguleres med 0,5 pst.

Egenandelene for lege- og psykologtjenester, poliklinisk helsehjelp, laboratorie-/røntgenundersøkelser, opphold ved opptreningsinstitusjoner, behandlingsreiser til utlandet, samt pasientreiser foreslås økt med 8 pst. i gjennomsnitt. Egenandelen for pasientreiser, opphold ved opptreningsinstitusjoner og behandlingsreiser til utlandet, økes fra 1. januar. Egenandelen for pasientreiser foreslås økt fra 135 kroner til 146 kroner per enkeltreise, fra 270 kroner til 292 kroner tur/retur. Øvrige egenandeler under takordningene økes fra 1. juli, som svarer til en økning på 4 pst. for året under ett.

Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform

Regjeringen forutsetter at alle statlige virksomheter gjennomfører årlige tiltak for å øke produktiviteten. For å gi insentiver til mer effektiv statlig drift og skape handlingsrom for prioriteringer innførte regjeringen i 2015 en avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform. Deler av gevinstene fra mindre byråkrati og mer effektiv bruk av pengene overføres i de årlige budsjettene til fellesskapet. Denne innhenting settes til 0,5 pst. av virksomhetenes driftsutgifter, som for helseforetakene utgjør 668 mill. kroner i 2016. Alle regionale helseforetak stiller effektiviseringskrav. Investeringsbehovet i bygg, utstyr og IKT er fortsatt stort. Parallelt med avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen foreslår regjeringen derfor å tilføre vel 500 mill. kroner i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene i 2016 for å gi rom til bl.a. investeringer og anskaffelser. Dette legger til rette for at reformen ikke påvirker de regionale helseforetakenes muligheter til å investere i nytt utstyr og bygg i 2016.

Fritt behandlingsvalg

Reformen fritt behandlingsvalg skal redusere ventetidene, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Fritt behandlingsvalg innføres høsten 2015 innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern og enkelte områder av somatikken

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

Narkolepsi hos barn: Det er behov for å sikre god oppfølging av barn og unge som blir identifisert med narkolepsi som mulig følge av bruk av influensavaksinen Pandemrix. Det er etablert et prosjekt ved Oslo universitets-sykehus for å utvikle tjenestetilbudet til barn og unge med narkolepsi med flere konkrete tiltak for familier og kurs for helseinstitusjoner og skoler. Det er utarbeidet en retningslinje for utredning og behandling av barn og unge med narkolepsi for målgruppen fastleger og barnehager. Det foreslås å videreføre tilskuddet på 3,3 mill. kroner i 2016.

Nasjonal koordineringsenhet for dom til behandling: I Helse Sør-Øst er det opprettet en koordineringsenhet for dom til behandling. Det foreslås å videreføre tilskuddet på 1,6 mill. kroner i 2016.

Skadelig bruk av doping: I 2015 fikk Helse Sør-Øst RHF 4,2 mill. kroner til å styrke kunnskapen om behandling av personer med skadelig bruk av doping. Det foreslås å videreføre tilskuddet med 4,3 mill. kroner i 2016.

Nye nasjonale behandlingstjenester: På bakgrunn av søknader fra Helse Sør-Øst med en positiv faglig anbefaling fra Helsedirektoratet og ved kostnad-nyttevurderinger foreslås det å etablere følgende tre nasjonale behandlingstjenester i Helse Sør-Øst med et tilskudd på 5,1 mill. kroner:

- Nasjonal behandlingstjeneste for assistert befruktning ved potensielt blodsmitte
- Nasjonal behandlingstjeneste for hjertesyke gravide
- Nasjonal behandlingstjeneste for medfødte deformiteter i underekstremiteter hos barn

Narkotikaprogram med domstolkontroll: Narkotikaprogram med domstolkontroll vil etableres som et nasjonalt tiltak. Det foreslås 5 mill. kroner til de regionale helseforetakene som følge av dette. 2,7 mill. kroner basisramme til Helse Sør-Øst RHF.

Tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket: Det foreslås at de regionale helseforetakene fra og med 2016 dekker utgifter til gjennomføring av tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket og som ikke er trygdet etter folketrygdloven eller stønadsberettiget i henhold til gjensidighetsavtale med annen stat (konvensjon-pasienter). De regionale helseforetakene skal videre dekke utgifter til gjennomføring av dom på overføring til tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket. Utgiftene har dels vært dekket over kap. 734, post 70 gjennom søknad om refusjon, og dels over helseforetakenes egne rammer. De regionale helseforetakenes basisbevilgninger styrkes med til sammen 12,2 mill. kroner som følge av forslaget. 6,6 mill. kroner basisramme til Helse Sør-Øst RHF

Overføring av finansieringsansvaret for legemidler fra folketrygden til regionale helseforetak: Det foreslås at de regionale helseforetakene får finansieringsansvaret for følgende legemiddelgrupper:

- Veksthormoner
- Blodkoagulasjonsfaktorer
- Immunstimulerende legemidler
- Anemilegemidler
- Nye legemidler til behandling av hepatitt C

I tillegg foreslås det at de regionale helseforetakene skal ha finansieringsansvar for alle legemidler til bruk ved våt makuladegenerasjon. Innenfor disse sykdomsområdene initieres, evalueres og avsluttes pasientenes legemiddelbehandling i overveiende grad av leger i spesialisthelsetjenesten. Videre er det flere legemidler innenfor disse terapiområdene som kan erstatte hverandre i bruk, slik at det er mulig å dra nytte av priskonkurransen. En overføring av finansieringsansvaret til sykehus vil derfor gjøre det mulig å oppnå rabatter gjennom anbudsprosesser, noe som ikke kan oppnås med dagens folketrygdfinansiering. Legemidlene som foreslås overført er kostbare, men med relativt få brukere. Ved overføring vil de bli en del av H-reseptordningen. De regionale helseforetakene inngår avtaler om hvem som har lov til å forskrive H-reseppter på deres regning. Statens legemiddelverk har mottatt søknad om forhåndsgodkjent refusjon for ranibizumab (Lucentis) og aflibercept (Eylea) til behandling av våt AMD (våt makuladegenerasjon; en øyesykdom som fører til tap av synsevne). Disse pasientene har allerede et behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten, der også de aktuelle legemidlene benyttes. Det foreslås derfor at finansieringsansvaret for disse legemidlene fortsatt skal ligge i sykehusene. Det foreslås å flytte 1 169 mill. kroner, svarende til forventede utgifter for helseforetakene i 2016. Helse Sør-Øst RHF andel av dette beløpet er 628,7 mill. kroner

Pusterom: Pusterom er aktivitetsrom hvor pasienter kan hente energi gjennom trening, avspenning, samtale eller avkobling. Midlene til Pusterom foreslås videreført i 2016.

Vardesentre: Vardesenteret er etablert av Kreftforeningen og Oslo universitetssykehus for å gi kreftrammede og pårørende et omsorgstilbud som møter dagens og framtidens behov for helhetlig kreftomsorg. Midlene til Vardesentre foreslås videreført i 2016.

Omlegging av finansieringsordningen for nukleærmedisin: Nukleærmedisinske undersøkelser inngår i den polikliniske finansieringsordningen for radiologi. Det er like, men separat fastsatte regelverk for offentlige poliklinikker (laboratorier) og private laboratorier og røntgeninstitutter. Tjenesteytingen foregår imidlertid kun ved de offentlige laboratoriene. I dag består refusjon for slike undersøkelser av to deler. Fast refusjon for selve prosedyren og refusjon etter regning for radiofarmakum (det radioaktive sporstoffet som anvendes). Det foreslås at finansierings-systemet legges om fra 1. januar 2016 slik at dagens refusjon etter regning erstattes med forut-bestemte satser, etter gjeldende sats for aktivitetsbasert tilskudd (40 pst.). Dette innebærer flytting av midler av radiofarmaka-kostnadene (tilsvarende 60 pst.) fra kap. 732, post 77 til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger, til sammen 51,7 mill. kroner. Endringene vil både forenkle

Helfos arbeid med oppgjørene og bidra til bedre kostnadskontroll. Det foreslås 33 millioner kroner i økt basisramme til HSØ RHF.

Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME): Det ble i 2015 gitt et tilskudd på 2 mill. kroner til nasjonal klinisk multisenterstudie av CFS/ME ledet av Helse Vest. Det foreslås å videreføre tilskuddet med 2 mill. kroner i 2016. Studien er også tildelt midler fra Norges forskningsråd og de regionale helseforetakene. Det ble videre gitt et tilskudd på 1 millioner kroner til tematisk biobank for CFS/ME ved Oslo universitetssykehus, Aker i 2015. Det foreslås å videreføre tilskuddet med 1 mill. kroner i 2016.

Behandlingsreiser til utlandet: Behandlingsreiser til utlandet er et tilbud til kronikergrupper og da særlig revmatologiske pasient-grupper. Ordningen er evaluert, og saken har vært behandlet i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Departementet vurderer flere aspekter ved ordningen med behandlingsreiser til utlandet. Forslag til hvordan tilbudet om behandlingsreiser best kan utvikles videre vil bli forelagt Stortinget på egnet måte. Egenandelene foreslås økt med 8 % fra 1.januar 2016. Det foreslås bevilget 123,1 mill. kroner i 2016.

Kreftregisteret: Kreftregisteret, en enhet i Oslo universitetssykehus HF, har som overordnet mål å etablere viten og spre kunnskap som bidrar til å redusere kreftsykdom. Kreftregisterets hovedmål er registrering, forskning, rådgivning og informasjon. Kreftregisteret registrerer alle krefttilfeller samt en rekke forstadier til kreft i et landsdekkende register. Det foreslås et tilskudd på 107,7 mill. kroner i 2016

Nasjonale kompetansetjenester: For å understøtte etablering av to nye nasjonale kompetansetjenester foreslås det å øke tilskuddet til nasjonale kompetansetjenester med 4,4 mill. kroner, hvorav 2,2 mill.kr Helse Sør-Øst til etablering av Nasjonal kompetansetjeneste for nevrologisk smerte

Investeringslån: Oslo universitetssykehus HF har med bakgrunn i store bygningsmessige utfordringer utredet tiltak for oppgradering av bygningsmassen ved sykehuset. Tiltakene er fordelt i tre pakker med egne gjennomføringsplaner, hvor tiltakene i pakke 1, som dette lånet gjelder, inkluderer tiltak for å håndtere de viktigste og mest tidskritiske pålegg fra ulike tilsynsmyndigheter, og som må håndteres uavhengig av framtidig videre utvikling av Oslo universitetssykehus. Tiltakene gjelder i hovedsak bygg på Ullevål, Radiumhospitalet og Aker. Prosjektet er kostnadsberegnet til 1,8 mrd. kroner og planlagt gjennomført i perioden 2016-2019. Det foreslås i statsbudsjettet å gi lån til prosjektet med en øvre låneramme på 1,3 mrd. 2016-kroner, som utbetales i takt med framdriften i prosjektet. For 2016 foreslås det bevilget 315 millioner kroner i lån til prosjektet.

Samhandlingsreformen: Kommunene har en lovpålagt plikt til å tilby Øyeblikkelig hjelp døgnopphold fra 1.1.2016. Dette medfører et uttrekk fra basisrammen til Helse Sør-Øst RHF på i alt 325 millioner kroner. Midlene overføres kommunene.

Kvalitetsbasert finansiering: I 2014 ble det etablert en nasjonal forsøksordning med kvalitetsbasert finansiering av sykehusene. Det foreslås i statsbudsjettet bevilget 520,5 mill. kroner i 2016 til helseforetakene. Kvalitetsbasert finansiering innebærer at en andel av budsjettet gjøres avhengig av måloppnåelse på kvalitetsindikatorer. Det foretas en helhetlig evaluering av ordningen etter tre år. Evaluering pågår nå i regi av

Helsedirektoratet. Forsøksordningen bruker indikatorer fra det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet. De fleste indikatorene (32 i alt) oppdateres årlig eller oftere. Data for de fleste indikatorene foreligger på sykehusnivå. Dette innebærer at helseregionene kan identifisere sykehusene som bidrar til å heve eller senke inntektene til helseregionene. Fordelingen av tilskuddet mellom de regionale helseforetakene vil bli oppdatert i hvert års statsbudsjett. Helse Sør-Øst taper om lag 35 mill. kroner i forhold til en fordeling av de samme midlene etter den nasjonale inntektsfordelingsmodellen.

Nye oppgaver og økte kostnader forutsatt dekket innenfor bevilgningsøkningen:
Følgende nye oppgaver er tillagt de regionale helseforetakene fra 2016:

- Overta ansvaret for overgrepsmottak
- Overta ansvaret for ny spesialistutdanning og ny spesialiststruktur for leger

Følgende forhold vil gi økte kostnader i forhold til tidligere:

- Endret kapitaliseringsrente i pasientskadeordningen fører til økte erstatningsutbetalinger
- Lav sats for merverdiavgift økes fra 8 til 10 prosent, vil få innvirkning på transportkostnader

Økte kostnader på nasjonalt nivå samlet anslås til 265 millioner kroner, men er forutsatt dekket innenfor den foreslåtte bevilgningsøkningen

4.2 Pensjons- og IKT- kostnader i Oslo universitetssykehus HF

Pensjons- og IKT- kostnader utgjør en stor andel av de totale kostnadene til Oslo universitetssykehus, henholdsvis 12 pst. og 5 pst. av totalt budsjett i 2016. Foreløpige vurderinger knyttet til disse kostnadene blir derfor særskilt omtalt.

Pensjon

Pensjonsleverandørene har beregnet pensjonskostnaden for 2016. Det er benyttet samme økonomiske forutsetninger som ble lagt til grunn ved beregning av pensjonskostnaden som regnskapsføres for 2015. Beregningene viser en reduksjon av pensjonskostnaden for Oslo universitetssykehus HF fra 3 063 millioner kroner for 2015 til 2 883 for 2016.

IKT tjenestekostnader fra sykehuspartner

Hoveddelen av IKT-kostnadene til Oslo universitetssykehus HF er basert på leveransene fra sykehuspartner og deres tjenestekostnader. Ved utarbeidelsen av økonomisk langtidsplan 2016-2019 var det en dialog med Sykehuspartner om forventede tjenestekostnader for 2016. Det er foreløpig ikke mottatt utkast til budsjett 2016 fra Sykehuspartner. Når Sykehuspartner oversender utkast vil dette kvalitetssikres i dialog mellom foretaket og Sykehuspartner.

4.3 Investeringsbudsjett 2016

Som omtalt i styresak 27-2015 Økonomisk langtidsplan 2016-2019 ble det utarbeidet et fireårig langtidsplanbudsjett for 2016-2019. Dette ble oversendt til Helse Sør-Øst RHF. Tabell 1 nedenfor viser investeringsbudsjettet fordelt på

finansieringskilde og type investering (MTU, Bygg, Annet og IKT) med beløp som ble lagt til grunn i økonomisk langtidsplan. IKT budsjettet i denne tabellen inneholder kun de investeringer som gjennomføres i Oslo universitetssykehus HF egen regi. Det gjennomføres i tillegg investeringer i regi av Helse Sør-Øst RHF for over 300 millioner kroner både i 2015 og 2016. Avskrivningskostnadene for disse investeringene inngår i tjenesteavtalen med Sykehuspartner.

Investeringsbudsjett (ekskl. byggelånsrenter) (mill kroner)		Budsjett 2015	ØLP 2016
Fase 1 Omstillingsinvesteringer (1 575 mill kroner iht St. prop.)	MTU	50	
	Bygg	175	181
	SUM	225	181
	Finansiert med		
	Basisfordring		181
Fase 2 Tilsynsavvik/ Oppgraderinger	MTU	50	
	Bygg	150	451
	SUM	200	451
	Finansiert med		
	Lån HOD 70 pst		316
	Egenandel 30 pst		135
Fase 3 Idéfase etappe 1 2017-2023	MTU		
	Bygg		
	SUM	0	0
	Finansiert med		
	Lån HOD 70 pst		0
	Basisfordring HSØ		0
Andre investeringer finansiert med likviditet fra drift (HSØ overføringer inklusive overskudd)	MTU	57	231
	Bygg	138	64
	Annet	25	69
	Egenkapitalinnskudd	24	24
	IKT	25	35
	SUM	269	423
Andre investeringer finansiert med leieavtaler (leasing)	MTU	200	109
	Bygg	112	142
	Annet	10	
	SUM	322	251
SUM	MTU	357	340
	Bygg	575	838
	Annet	35	69
	Egenkapitalinnskudd	24	24
	IKT 1)	25	35
	SUM	1 016	1 306

Tabell 1: Investeringsbudsjett 2016 fordelt på finansieringskilder og formål
 Note: budsjettet inneholder de investeringer som gjennomføres i regi av Oslo universitetssykehus HF. IKT investeringer gjennomført i regionen inngår ikke i denne tabellen, men vil bli opplyst om under behandlingen av budsjett 2016.

Det er startet en dialog med Helse Sør-ØST RHF om forutsetningene for finansiering av investeringer i 2016. Sykehuset planlegger fremdeles med de investeringsnivåer og forutsetninger for finansiering som ble presentert for styret i styresak 27-2015.

Finansieringen av investeringsbudsjettet er i hovedsak basert på:

- Egen likviditet som del av basisrammen fra Helse Sør-Øst RHF (Fast årlig finansiering)
- Lån fra Helse- og Omsorgsdepartementet (statsbudsjettet)
- Trekk på basisfordringen Oslo universitetssykehus HF har på Helse Sør-Øst RHF (Etter avtale)
- Salg av eiendom (Etter styrebehandling i Oslo universitetssykehus HF styre)
- Finansiell leasing (Etter godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF)

Styret vil bli forelagt et endelig forslag til finansiering og fordeling av investeringsbudsjettet i bygginvesteringer, medisinsk teknisk utstyr (MTU), IKT og annet til styremøtet den 17. desember.

4.4 Vurdering av utfordringsbildet for budsjett 2016 og status for arbeidet med resultatforbedring i Oslo universitetssykehus HF

Som følge av noe endrede rammebetingelser i forslag til statsbudsjett (særlig underreguleringen av DRG-prisen) og en svakere gjennomføring av driften hittil i 2015 enn lagt til grunn i budsjettet er den økonomiske driftsutfordringen i budsjett 2016 noe høyere enn det som ble vurdert under behandling av økonomisk langtidspan. Kravet til forbedring av resultatene i klinikk vurderes nå til om lag 3 pst av budsjettet.

Klinikkene er nå i prosess med utarbeidelse av planer for å bedre resultatene. Det har vært en foreløpig rapportering fra klinikkene den 9. oktober. Det er foreløpig ikke lagt planer som oppfyller kravet til resultatforbedring på 3 prosent.

Det avkreves derfor ytterligere tiltak fra klinikkene i forhold til det som nå er lagt fram. Klinikkene avleverer sine budsjetter ultimo november.

Styret er tidligere blitt forelagt sykehusovergrepene tiltaksområder som blir iverksatt.

4.5 Tidsplan for budsjett 2016 i forhold til styret i Oslo universitetssykehus

I styremøte 17. desember fremlegger Administrerende direktør forslag til vedtak om investerings- aktivitets- og driftsbudsjett.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 28. oktober 2015

Saksbehandler: Viseadm. dir. Medisin Helsefag og Utvikling
Viseadm. dir. Samhandling og internasjonalt samarbeid

Vedlegg:

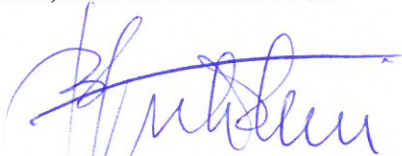
SAK 68/2015 MIGRANTHELSE

I styremøtet vil det bli gitt en presentasjon av temaet migranthelse.

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 20. oktober 2015


Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

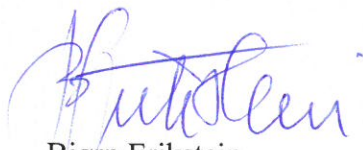
Dato møte: 28. oktober 2015
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Utkast til avtale om virksomhetsoverdragelse

**SAK 69/2015 VIRKSOMHETSOVERDRAGELSE AV
DOPINGTELEFONEN TIL ANTIDOPING NORGE**

Forslag til vedtak:

- 1. Styret slutter seg til avtale om virksomhetsoverdragelse av Dopingtelefonen fra Oslo universitetssykehus HF til Antidoping Norge.*
- 2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å slutføre og signere avtalen om virksomhetsoverdragelse på vegne av Oslo universitetssykehus HF.*

Oslo, den 20. oktober 2015



Bjørn Erikstein

Bakgrunn

Dopingtelefonen er en informasjonstjeneste for alle som har spørsmål om virkninger og bivirkninger som følge av bruk av anabole-androgene steroider og andre dopingmidler. Virksomheten er en del av seksjonen Hormonlaboratoriet i Oslo universitetssykehus HF. Dopingtelefonen finansieres i sin helhet med et eget årlig tilskudd fra Helsedirektoratet.

Etter en evaluering vurderer Helsedirektoratet det nå slik at tjenesten til Dopingtelefonen vil kunne utvikles best ved å knytte den til virksomheten til Antidoping Norge, som har fått styrket sitt forebyggingsoppdrag utenfor idretten. Helsedirektoratet ønsker derfor at Dopingtelefonen overføres til Antidoping Norge.

I denne saken legges omforent avtaleutkast med Antidoping Norge, om overdragelse av virksomheten i Dopingtelefonen, frem for behandling i styret.

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Helsedirektoratet ønsker å samorganisere antidopingarbeidet ved å overføre Dopingtelefonen til Antidoping Norge, og tilskuddet til virksomheten vil i 2016 bli gitt til Antidoping Norge. Virksomheten er ikke spesialisthelsetjeneste, overføringen er økonomisk nøytral og blir gjennomført som en virksomhetsoverdragelse etter arbeidsmiljøloven. Antidoping Norge holder til i Ullevaal stadion.

Antidoping Norge ønsker å innlemme Dopingtelefonen i sin virksomhet. Styret i Oslo universitetssykehus HF har kompetanse til å vedta denne virksomhetsoverdragelsen.

Administrerende direktør anbefaler styret å gi sin tilslutning til avtalen om virksomhetsoverdragelse av virksomheten i Dopingtelefonen, fra Oslo universitetssykehus til Antidoping Norge fra og med 1. januar 2016.

Av praktiske hensyn foreslås det at styret gir administrerende direktør fullmakt til å slutføre og undertegne avtalen på vegne av helseforetaket.

Faktabeskrivelse

Dopingtelefonen er en informasjonstjeneste for alle som har spørsmål om virkninger og bivirkninger som følge av bruk av anabole-androgene steroider og andre dopingmidler. Den tilbyr blant annet en åpen og anonym informasjonstelefon og en hjemmeside med faktainformasjon. Virksomheten involverer ikke pasientbehandling og er ikke spesialisthelsetjeneste. Dopingtelefonen ble etablert i 2003 i henhold til en nasjonal handlingsplan fra 1999: "Anti-doping arbeid i Norge". Tjenesten har siden starten vært en del av Hormonlaboratoriet, Oslo universitetssykehus HF, Aker.

Stiftelsen Antidoping Norge ble opprettet 3. juni 2003 og arbeider for en ren idrett og et dopingfritt samfunn. Dette gjør de blant annet gjennom informasjon og forebyggende arbeid, dopingkontroller og gjennom aktivt samarbeid internasjonalt. Antidoping Norge initierer også forskning på antidopingrelaterte tema. Hovedkontoret ligger ved Ullevaal stadion i Oslo. Antidoping Norge har fått styrket sitt forebyggingsoppdrag utenfor idretten og tjenesten i Dopingtelefonen passer godt inn i Antidoping Norge sin verdi-, informasjons- og forebyggende virksomhet for å bekjempe doping.

Ansatte

Oslo universitetssykehus og Antidoping Norge er enige om at overføringen gjennomføres som en virksomhetsoverdragelse i tråd med arbeidsmiljølovens regler i kapittel 16. Det er ett årsverk knyttet til virksomheten i Dopingtelefonen. Den berørte arbeidstakeren som

overføres tar med seg sine individuelle rettigheter og plikter slik disse følger av lovens kapittel 16.

I forbindelse med overføringen har det vært møter med deltakelse fra helsedirektoratet, Antidoping Norge og Oslo universitetssykehus, hvor leder for Hormonlaboratoriet og den berørte ansatte har deltatt. Det er etablert en arbeidsgruppe med Antidoping Norge og Oslo universitetssykehus, herunder den berørte arbeidstakeren, for gjennomføringen av en overføring.

Pensjonsforhold

Det følger av arbeidsmiljølovens kapittel 16 at mottakende arbeidsgiver, kan gjøre sin eksisterende pensjonsordning gjeldende for de overførte. Den ansatte i Dopingtelefonen er i Oslo universitetssykehus HF omfattet av Pensjonskassen i hovedstadsområdet, ved overføring blir dette medlemskapet avsluttet og Antidoping Norge melder ansatte inn i Statens pensjonskasse fra overføringstidspunktet. Medlemshistorikk fra Pensjonskassen i hovedstadsområdet blir overført til Statens pensjonskasse.

Eiendom, inventar og utstyr

Overføringen er en arbeidsrettslig virksomhetsoverdragelse og det overføres ikke noe eiendom eller utstyr i overdragelsen.

Økonomi

Driften av Dopingtelefonen er finansiert gjennom et årlig tilskudd fra Helsedirektoratet. I 2015 var det inntil 1 400 000 kroner over kapittel 718 post 70 på statsbudsjettet. Fra og med 2016 vil Helsedirektoratet gi tilskuddet til Antidoping Norge.

Virksomhetsoverdragelsen er således økonomisk nøytral for driften og medfører ikke økonomiske overføringer mellom partene.

Drøfting og informasjon

Det har vært gitt informasjon til den berørte ansatte via lederlinjen under hele prosessen. Saken ble drøftet med foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud den 14. oktober 2015. Her fremkom det ikke merknader til virksomhetsoverdragelse.

Etter et styrevedtak sendes det informasjonsbrev til arbeidstakeren om rettigheter og plikter ved virksomhetsoverdragelsen.

Avtale

om virksomhetsoverdragelse av

Dopingtelefonen

fra

Oslo universitetssykehus HF

til

stiftelsen Antidoping Norge

Dato:

Dato:

.....
Antidoping Norge

.....
Oslo universitetssykehus HF

1. Innledning

Dopingtelefonen er en del av Hormonlaboratoriet i Oslo universitetssykehus HF. Virksomheten i Dopingtelefonen finansieres i sin helhet med eget tilskudd fra Helsedirektoratet.

Etter en evaluering vurderer Helsedirektoratet det nå slik at tjenesten til Dopingtelefonen vil kunne utvikles best ved å knytte den til virksomheten til Antidoping Norge, som har fått styrket sitt forebyggingsoppdrag utenfor idretten. Helsedirektoratet ønsker derfor at Dopingtelefonen overføres til Antidoping Norge.

Oslo universitetssykehus og Antidoping Norge er enige om at overføringen gjennomføres som en virksomhetsoverdragelse i tråd med arbeidsmiljølovens regler i kapittel 16. Denne avtalen regulerer virksomhetsoverdragelsen.

2. Virksomheten som overføres

Oslo universitetssykehus HF sin virksomhet i Dopingtelefonen overdras til stiftelsen Antidoping Norge fra og med overføringsdato 1. januar 2016.

3. Personalforhold

3.1. Overføring av personell

Ansatte i Dopingtelefonen overføres fra Oslo universitetssykehus HF til Antidoping Norge 1. januar 2016 etter arbeidsmiljølovens regler om virksomhetsoverdragelse. Det vil si at arbeidstaker som overføres tar med seg sine rettigheter og plikter slik disse følger av lovens kapittel 16. Overdragelsen i seg selv er ikke oppsigelsesgrunn for den ansatte.

Partene vil sammen ivareta informasjonen til ansatte om overføring fra Oslo universitetssykehus til Antidoping Norge. Hver av partene er ansvarlig for at det gjennomføres drøftinger og gis informasjon i tråd med arbeidsmiljølovens regler i kapittel 16.

3.2. Opplæring

Oslo universitetssykehus forplikter seg til å tilrettelegge for at personell får nødvendig opplæring i Antidoping Norge sine rutiner mv. før overdragelsestidspunktet. Antidoping Norge forplikter seg til å gi nødvendig opplæring.

3.3. Pensjoner

Ansatte i Dopingtelefonen er i Oslo universitetssykehus HF omfattet av Pensjonskassen i hovedstadsområdet (PKH), ved overføring blir dette medlemskapet avsluttet, men Antidoping Norge melder ansatte inn i Statens pensjonskasse (SPK), fra overføringstidspunktet. Medlemshistorikk fra PKH blir overført til SPK.

3.4 Ansvar oppstått før overføring

Eventuelle ansvar knyttet til personell påført før overføringstidspunktet forblir Oslo universitetssykehus ansvarlig for.

4. Eiendom

Det overføres ikke fast eiendom eller lokaler som del av overdragelsen.

5. Utstyr

Det overføres ikke utstyr som del av overdragelsen.

6. IKT

Antidoping Norge benytter egen maskinvare, programvare og egne systemer i sin virksomhet så IKT omfattes ikke av overdragelsen.

7. Overføring av virksomhetsinformasjon

Oslo universitetssykehus vil gi Antidoping Norge tilgang til relevant informasjon og dokumentasjon slik at Dopingtelefonen er i stand til å videreføre sine tjenester. Dette gjelder så langt slik tilgang ikke strider mot lov, regelverk eller andre tungtveiende grunner.

8. Tjenesteansvaret og etablering av faglige samarbeidsavtaler

Fra overdragelsestidspunktet den 1. januar 2016 har Antidoping Norge hele ansvaret for å yte tjenestene til Dopingtelefonen.

Antidoping Norge påtar seg å videreføre en forsvarlig ivaretagelse av tjenestene til Dopingtelefonen.

9. Økonomi

Driften av Dopingtelefonen er finansiert gjennom et årlig tilskudd fra Helsedirektoratet. Fra og med 2016 vil Helsedirektoratet gi tilskuddet til Antidoping Norge. Virksomhetsoverdragelsen er således økonomisk nøytral for driften og medfører ikke økonomiske overføringer mellom partene.

Eventuelle investerings-, etablerings- eller overgangskostnader i driften av Dopingtelefonen som følge av overtakelsen tilfaller Antidoping Norge å betale.

Hver av partene bærer sine egne administrative kostnader i forbindelse med prosess for å gjennomføre virksomhetsoverdragelsen, herunder kostnader forbundet med ivaretagelse av plikter som avgivende og mottakende arbeidsgiver.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte:	28. oktober 2015
Saksbehandler:	Direktør Oslo sykehusservice
Vedlegg:	Utkast til fremleieavtale

**SAK 70/2015 LEIE AV AREALER TIL OSLO UNIVERSITETS-
SYKEHUS HF SIN VIRKSOMHET I STORGATA 40**

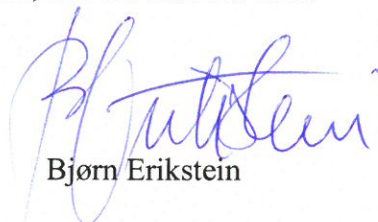
Forslag til vedtak:

Styret slutter seg til utkastet til 10-årige framleieavtale i Storgata 40 med Oslo kommune ved Helseetaten.

Styret ber administrerende direktør fremme leieavtalen til Helse Sør-Øst RHF for godkjenning.

Styret gir administrerende direktør fullmakt til å slutføre og inngå en 10-årig leieavtale i Storgata 40, forutsatt godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF.

Oslo, den 20. oktober 2015



Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

Saken gjelder langsiktig leieavtale i Storgata 40 (Legevakten) med Oslo kommune. Det bes om fullmakt til å slutføre og undertegne en 10-årig leieavtale etter at godkjenning er innhentet fra Helse Sør-Øst RHF.

2. Tidligere vedtak

Styret ble orientert om situasjonen i sak 33/2013 og behandlet legevaktfunksjonen i Oslo for de nærmeste årene fremover i sakene 40/2013 og 51/2013. I disse ble det orientert om mulighetsstudien for å kartlegge alternativer for bruk av Storgata 40 og Aker sykehus til legevaktsformål, og hvordan legevaktens funksjoner best vil kunne ivaretas frem til en ny storbylegevakt kan stå ferdig. I tillegg ble styret informert om hvordan helseforetaket i mars 2013 håndterte den akutte situasjonen som oppstod i forbindelse med stengning av operasjonsstuene ved Legevakten, og flytting av de ortopediske operasjonene med tilhørende sengearealer til Aker sykehus.

I sak 40/2013 gjorde styret følgende vedtak:

1. *Styret tar saken til orientering.*
2. *Med utgangspunkt i mulighetsstudien "Legevakten 2015", ber styret administrerende direktør arbeide videre med saken med sikte på å finne den beste løsningen for Oslo universitetssykehus og ber administrerende direktør fortsette dialogen med Oslo kommune.*

Følgende vedtak ble fattet i sak 51/2013:

1. *Operasjonsstuene i Storgata 40 oppgraderes slik at de funksjoner Oslo universitetssykehus har hatt i legevakten kan reetableres og ber administrerende direktør følge opp dette overfor Oslo kommune.*
2. *Styret forutsetter at investeringskostnadene dekkes av Oslo kommune og at Oslo universitetssykehus dekker kostnadene gjennom leieprisen.*
3. *Styret ber administrerende direktør sørge for en optimal utnyttelse av operasjonsstuene i Storgata 40.*
4. *Styret ber administrerende direktør arbeide for at enkelte ortopediske funksjoner kan overføres fra Oslo universitetssykehus til andre foretak i hovedstadsområdet.*

I sak 40/2013 ble det redegjort om mulighetsstudien for Legevakt 2015. Mulighetsstudiens konklusjon, er at en løsning som sikret fortsatt drift av storbylegevakt og ortopedifunksjoner i Storgata 40 er å foretrekke. Dette er en løsning både Oslo kommune og Oslo universitetssykehus er enige i.

Styret i Oslo universitetssykehus HF behandlet 26. juni 2014 i sak 40/2014, *Leie av arealer til Oslo universitetssykehus HF virksomhet i Storgata 40*, og gjorde følgende vedtak:

1. *Styret tar til orientering at administrerende direktør vil inngå en 4-årig leieavtale (fremleieavtale) i Storgata 40 med Oslo kommune v/ Helseetaten.*
2. *Styret gir administrerende direktør fullmakt til å forhandle frem en mer langsiktig leieavtale som ferdigstilles og sendes til Helse Sør-Øst RHF for endelig godkjenning.*
3. *Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå en langsiktig leieavtale i Storgata 40 forutsatt godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF.*

3. Administrerende direktørs vurderinger

Oslo universitetssykehus HF har i mange år hatt deler av sin virksomhet lokalisert i Storgata 40. Dette omfatter skadelegevakt og elektiv ortopedisk virksomhet. Oslo kommune har allmennlegevakt ved samme adresse, og det er betydelige faglige synergier ved denne samlokaliseringen som legger til rette for et godt pasienttilbud med gode og sømløse pasientforløp. Etter utflytting av den operative delen av Storgata 40 i mars 2013 da stuene ble stengt, er det gjennomført betydelige oppgraderinger av arealene i Storgata 40. Hensikten med oppgraderingen har vært å legge til rette for en optimal løsning for drift av Oslo universitetssykehus HF ortopedivirksomhet og gode arbeidsmiljøvilkår for de ansatte. Det er forventet at Oslo universitetssykehus HF ortopediske virksomhet med tilhørende sengepost, som midlertidig har hatt sin aktivitet på Aker sykehus, kan flytte tilbake til rehabiliterte lokaler i Storgaten i disse dager.

Etter styrets vedtak i sak 40/2014, inngikk Oslo universitetssykehus i juni 2014 en fremleieavtale med en varighet på 4 år i Storgata 40. En andel av investeringene i bygget og 2,7 millioner i forvaltning, drifts- og vedlikeholdskostnader (FDV) er grunnlaget for den årlige leien på 12,6 millioner kroner i denne avtalen. Inngåelse av den 4-årige fremleieavtalen på daværende tidspunkt var for å sikre igangsetting av oppgraderingsprosjektet i henhold til fremdriftsplanen.

Investeringskostnadene forbundet med oppgradering av lokalene har vært store. Det har derfor vært uttrykt ønske om å få til et leieforhold av lengre varighet.

I tråd med styrevedtaket er det nå fremforhandlet utkast til en langsiktig fremleieavtale med Oslo kommune med en varighet på 10 år. Et langvarig leieforhold vil gi forutsigbarhet og trygghet for styring og drift av ortopedivirksomheten i Storgaten 40 frem til en eventuell ny storbylegevakt kan stå ferdig. Et langsiktig leieforhold er også i Oslo kommune ved Omsorgsbygg KF og Helseetaten sin interesse.

Leiearealene er totalt 5 744 kvm inkludert fellesareal. Leie i utkastet til 10-årig leieavtale utgjør 10,75 millioner kroner i året. I tillegg kommer FDV-kostnader. Avtaler som innebærer leieforpliktelser over 50 millioner kroner skal godkjennes av Helse Sør-Øst RHF. En eventuell utvidelse av avtalens varighet fra 4 til 10 år betyr at samlet leieforpliktelser i perioden overstiger 50 millioner kroner. På denne bakgrunn ønsker administrerende direktør å be om fullmakt til å fremme en fremforhandlet 10-årig leieavtale i Storgata 40 for Helse Sør-Øst RHF for godkjenning.

I forbindelse med utvidelse av fremleieavtalen pågår det fortsatt en dialog med Oslo kommune for å spesifisere og endelig fordele ansvaret for FDV-kostnadene. Totalt utgjør disse kostnadene 2,7 millioner kroner i året. Administrerende direktør ber om fullmakt til å godkjenne eventuelle justeringer som følge av disse forhandlingene.

4. Fakta

Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF er enige om at en løsning som sikrer fortsatt drift av storbylegevakt og ortopedifunksjoner i Storgata 40 er en ønsket løsning. For Oslo universitetssykehus HF er dette basert på ønsket om opprettholdelse av et godt pasienttilbud knyttet til synergier ved felles lokalisering av allmennlegevakt, skadelegevakt og ortopedisk virksomhet. I dette ligger en mulighet til bedre utnyttelse av operasjonsstuen i Storgata 40 slik at ytterligere ortopedisk virksomhet kan samles der.

En videreføring av drift i Storgata 40 har derimot påkrevd en omfattende oppgradering av bygningsmassen blant annet for å ivareta et forsvarlig arbeidsmiljø. Oslo kommune ved Omsorgsbygg KF (kommunalt foretak), har gjennomført et prosjekt knyttet til utbedringsarbeidene på legevakten. Oppgraderingen, for å lukke myndighetspålagte avvik, ble planlagt gjennomført med en investeringsramme på totalt 167 millioner kroner for hele Storgata 40. 58 millioner kroner av disse knytter seg til investeringer i 5 nye operasjonsstuer, hvorav 2 er bestilt oppgradert til 10 cfu, noe som innebærer at de likestilles med de beste operasjonsstuer i Oslo universitetssykehus HF for øvrig.

Byggeprosjektet for ombygging og oppussing innenfor eksisterende bygningsvolum som startet opp i september 2014, er ved å ferdigstilles. Det er forventet at Oslo universitetssykehus HF virksomhet kan flytte tilbake inn i rehabiliterte lokaler i løpet av høsten 2015.

Ettersom investeringskostnadene forbundet med oppgradering av lokalene er store, har det vært uttrykt ønske om å få til et leieforhold av lengre varighet. I tråd med vedtakene i sak 40/2014 som nevnes innledningsvis i denne sak, ønsker Oslo universitetssykehus HF å inngå en leieavtale med varighet på 10 år.

I juni 2014 inngikk Oslo universitetssykehus HF en fremleieavtale med Helseetaten (Helseetaten leier av Omsorgsbygg KF og Helseetaten fremleier deler av lokalene i Storgata 40 til Oslo universitetssykehus HF) for leie av lokaler i Storgata 40 med en varighet på 4 år. Det ble i denne avtalen lagt til grunn at Oslo kommune finansierer investeringen, og en andel av investeringene og FDV kostnader dekkes gjennom leieprisen. FDV kostnadene utgjør helseforetakets andel av forsikring, administrasjon, utomhus stell av grønt areal, snørydding, drift av sentrale tekniske installasjoner og vedlikehold av tekniske anlegg, kommunale avgifter, samt utvendig bygningsmessig vedlikehold. Det er også lagt til grunn at Omsorgsbygg KF tar risiko i forhold til kostnadsoverskridelser ved gjennomføring av oppgraderingsprosjektet.

På grunn av den vederlagsfrie bruksretten som ble gitt i forbindelse med Sykehusreformen, jf Protokoll fra sykehusreformen pkt 2, er det ikke lagt inn grunnleie i denne fremleieavtalen, slik Omsorgsbygg KF vanligvis gjør.

Arealene er totalt 5 744 kvm inkludert fellesareal. I henhold til gjeldende 4-årig fremleieavtale utgjør leiepris for Oslo universitetssykehus HF 9,9 millioner kroner. Forvaltnings-, drifts-, og vedlikeholdskostnader (FDV) utgjør 2,7 millioner kroner. Totalt årlig leie er 12,6 millioner kroner per år.

Det er i løpet av prosjektperioden tilkommet ekstra tiltak eller brukerønsker. Disse knytter seg blant annet til IKT infrastruktur, pasientalarm, og nytt felles låssystem. Oslo universitetssykehus HF har vurdert disse som nøkterne tiltak som skal sikre at lokalene understøtter forsvarlig medisinsk virksomhet i et 5 til 10 års perspektiv. Kostnadene knyttet til disse tiltak beløper seg til 7 millioner kroner, og tillegges opprinnelig investeringsramme og er tenkt dekket inn som tillegg til avtalt leiepris. Dette betyr at ny leiepris for Oslo universitetssykehus, ved en utvidelse av avtalens varighet fra 4 til 10 år, utgjør 10,75 millioner kroner.

I forbindelse med utvidelse av fremleieavtalen pågår det en dialog med Oslo kommune for å spesifisere og fordele ansvaret for bygningsdrift og vedlikehold (FDV) og administrerende direktør ønsker fullmakt til å slutføre disse forhandlinger.

I henhold til fullmaktene må leieforpliktelser som overstiger total kostnader på 50 millioner kroner oversendes Helse Sør-Øst RHF for godkjenning. En eventuell utvidelse av avtalens varighet fra 4 til 10 år betyr at samlet leieforpliktelser i perioden er over 50 millioner kroner.

5. Vurdering av fremleieavtale

Fremleieavtalen er basert på en standard leieavtale som Omsorgsbygg KF benytter ved inngåelse av leieavtalen med andre avdelinger og etater i Oslo kommune, og er å regne som en operasjonell leieavtale. Fremleieavtalen er tilpasset Oslo universitetssykehus HF rammevilkår i forhold til forsikringsordning, MVA-plikt, og tvisteløsningsmekanismer.



Oslo kommune

Omsorgsbygg Oslo KF

Utkast til **Fremleiekontrakt**

PRIVAT LEIETAKER

1 FREMLEIER / UTLEIER

Navn: Oslo kommune ved Helseetaten
Adresse: Storgata 51
Organisasjonsnr.: 984 630 492

2 FREMLEIETAKER/ LEIER

Navn: Oslo universitetssykehus HF
Adresse: Postboks 4956 Nydalen, 0424 OSLO
Organisasjonsnr.: NO 993 467 049 MVA

3 EIENDOM

Adresse: Storgata 40 i Oslo kommune
Gnr. 208 Bnr. 657

4 LEIEAVTALENS OMFANG

Leieforholdet omfatter følgende lokaler:

Legevaktbygget:

1. etasje: 980 kvm
2. etasje: 1332 kvm
3. etasje: 1059 kvm
4. etasje: 567 kvm

Kroghstøtten:

1. etasje: 141 kvm
2. etasje: 59 kvm
3. etasje: 212 kvm

I tillegg kommer andel fellesarealer, beregnet til 1394 kvm. Lokalene, inkludert andel fellesarealer, er beregnet til å utgjøre totalt 5744 kvm BTA. Eventuelle unøyaktigheter i arealutmålingen får ikke innvirkning på den totale leiesummen.

5 BRUK AV LEIEOBJEKTET/ FELLESAREALER

Leieobjektet må kun benyttes til spesialisthelsetjenester. Fremleietaker har risikoen for at lokalet er egnet til det tiltenkte formålet.

Skifte av bransje eller forandring av virksomheten i lokalene eller utøvelse av annen beslektet virksomhet, er ikke tillatt uten Utleiers forutgående, skriftlige samtykke. Det samme gjelder salg, eksponering, lagring o.l. i fellesarealer.

6 OVERTAKELSE

Leieobjektet overtas som det er med de endringer som fremgår av vedlegg 1 og vedlegg 2. Før leieobjektet overtas, skal det foretas overtakelsesbefaring. Fra befaring føres protokoll som undertegnes av begge parter. Leieobjektet overtas på dato fastsatt på overtakelsesbefaring.

7 LEIETID

Fremleieforholdet er tidsbestemt og løper fra overtakelse og i 10 år, hvorefter det opphører uten oppsigelse og uten fortrinnsrett til fornyelse. Husleielovens frist etter § 9-2, 3. ledd settes til seks måneder jf. § 1-2, 2. ledd.

8 LEIESUM

A. LEIESUM

Årsleien utgjør kr. 10.757890.

Skriver kroner timillionsyvhundreogfemtisyvtusenåttehundreogtrenti.

I tillegg kommer FDV-leie på kr 475 per kvm, til sammen kr 2.728.400 per år.

Leien forfaller til betaling ved overtakelsesdato, jf. pkt. 6. Deretter forfaller leien (med FDV-leie) til betaling den 1. i hvert kvartal med kr. 3.371.572,5.

Leiebeløpet er fast i leieperioden og Omsorgsbygg KF er ansvarlig for at arbeidene beskrevet i vedlegg 1 og 2 holdes innenfor vedtatte rammer.

B. FREMLEIETAKER SKAL DESSUTEN FOR EGEN REGNING BETALE

- 1) Energi (strøm, fjernvarme, pellets mv) til egne lokaler, etter måler i lokalet eller fellesmåler.
- 2) Vaktmestertjenester og daglig drift av lokaler og utstyr, så som skifte av lyspærer, lysstoffrør, etterstramming av skruer i dørhåndtak og liknende, oppheng av bilder, skifte av pakninger.
- 3) Fremleietaker bærer alle utgiftene forbundet med drift og vedlikehold av alle tekniske anlegg/installasjoner som han selv har anbrakt i eller utenfor lokalene eller som skyldes brukerbehov. Ved inngåelse av kontrakten skal det foretas en gjennomgang av alle lokaler og avklare hvilke teknisk anlegg som faller inn under Utleiers og Fremleietaker ansvar. Fremleietaker Leier har også det økonomiske

ansvaret for utskiftning av tekniske anlegg eller andre installasjoner dersom disse må skiftes ut pga krav til brukers virksomhet..

- 4) Renhold av egne lokaler inkl. andel fellesarealer herunder innvendige sluk, perlatorer (sil i kraner), balkonger, terrasser, samt sluk på disse, utemøblement samt innvendig og vindusvask.
- 5) Avfallshåndtering, inkludert avfall av ekstraordinær karakter, herunder også fettutskiller og oljeutskiller m.v. til eget bruk, må Fremleietaker selv besørge fjernet for egen regning. I motsatt fall vil Utleier la avfallet fjerne for Fremleietaker s regning.

C. FORSINKET BETALING

Ved forsinket betaling av forpliktelse etter denne kontrakt, svares forsinkelsesrente i henhold til lov av 17. desember 1976 nr. 100 eller lov som trer i stedet for denne. Fremleier har rett til å kreve gebyr ved purring.

9 MERVERDIAVGIFT/SÆRLIGE FORHOLD

- 1) Fremleietaker skal i leieobjektet drive virksomhet som per i dag er avgiftspliktig/kompensasjonsberettiget slik avkrysningen viser: (Kryss av for A, B eller C. Hvis B – fyll også inn prosentsetning.)

A Helt () B Delvis: ... % C(x) Ikke (100 %) X

Med kompensasjonsberettiget menes i denne sammenheng virksomhet som er omfattet av reglene om kompensasjon for merverdiavgift til kommuner, fylkeskommuner mv., og som kan omfattes av en frivillig registrering av utleievirksomhet i merverdiavgiftsmanntallet.

- 2) Dersom Utleier/Fremleier er frivillig registrert i merverdiavgiftsmanntallet for de arealer, eller deler av arealer, leieforholdet omfatter, eller velger å søke om slik registrering, eller slik registrering blir pålagt ved lov, skal leie og eventuelle andre kostnader knyttet til den registrerte del av leieforholdet tillegges merverdiavgift med den til enhver tid gjeldende sats.
- 3) Fremleietaker er klar over at den faktiske disponering av leieobjektet er avgjørende for Utleiers fradragsrett for inngående merverdiavgift. Endret bruk av leieobjektet, i form av enten endret faktisk bruk eller fremleie, må ikke finne sted uten Utleiers og Fremleiers skriftlige forhåndssamtykke. Samtykke kan ikke nektes uten saklig grunn. Endret avgiftsmessig belastning for Utleier som følge av leietakers endrede bruk, skal anses som slik saklig grunn.
- 4) Dersom Utleier/Fremleier plikter å tilbakeføre/justere merverdiavgift etter merverdiavgiftslovens regler som følge av Fremleietakers bruksendring som nevnt over, eller lovendringer, skal Fremleietaker fullt ut erstatte tilbakeførings-/justeringsbeløpet samt eventuelle rentekrav, tilleggsavgift og øvrige utgifter forbundet med tilbakeføringen/justeringen. Det samme gjelder dersom tilbakeføringskravet/justeringen skjer på grunn av formelle mangler eller forsømmelser, for eksempel manglende oversikt over fremleietakers bruk eller manglende bekreftelse på at Fremleietaker i fremleietilfellet er frivillig registrert.
- 5) Eventuelle erstatningskrav som følge av mislighold av bestemmelsene i dette punkt 9, forfaller til betaling ved påkrav. Leieavtalens betalingsbestemmelser samt misligholdsbestemmelsene i punkt 15 gjelder tilsvarende.
- 6) På bakgrunn av avgiftsmyndighetenes dokumentasjonskrav plikter Fremleietaker å gi en skriftlig, årlig redegjørelse innen 31. desember over sin bruk av leieobjektet gjennom året.
- 7) Fremleietaker skal alltid, uavhengig av om leieobjektet benyttes i avgiftspliktig aktivitet eller ikke, gi Utleier og Fremleier en redegjørelse/spesifikasjon med hensyn til totale aktiveringspliktige påkostninger foretatt på leieobjektet i løpet av regnskapsåret, herunder totalt påløpt merverdiavgift. Fremleietaker skal også innhente tilsvarende dokumentasjon fra (alle) eventuelle fremleietakere. Dokumentasjonen skal tilfredsstillende de krav som til enhver tid måtte følge av gjeldende regler, og den skal gis på et tidspunkt som gjør at Utleier kan overholde egne frister mv. i henhold til merverdiavgiftslovgivningen. Utleier/Fremleier kan gi nærmere instruks om utforming av dokumentasjonen og til hvilket tidspunkt den senest skal være innlagt.

- 8) Ved opphør av leieforholdet, uansett grunnlag, skal Fremleietaker beholde sin egen justeringsforpliktelse på de bygningsmessige tiltak som han måtte ha foretatt på leieobjektet. Dette innebærer at det er Fremleietaker som skal justere inngående avgift dersom fremtidige begivenheter utløser rett eller plikt til justering av inngående avgift knyttet til det/de aktuelle bygningsmessige tiltak. Utleier/Fremleier kan dog velge å overta Fremleietakers justeringsforpliktelse(r), hvilket forutsetter at Utleier/Fremleier skriftlig meddeler dette til Fremleietaker. I så fall plikter leietaker å medvirke til at den dokumentasjon lovgivningen til enhver tid krever i forbindelse med overføringen, eller som ellers er nødvendig for at Utleier/Fremleier skal kunne foreta korrekt avgiftsbehandling, utarbeides og/eller fremlegges.

10 MANGLER

Fremleietaker må gi skriftlig melding om mulige skader og mangler mv innen rimelig tid etter at han burde ha oppdaget dem.

I løpet av leieforholdet plikter Fremleietaker straks å melde til Utleier enhver skade på leide lokaler som må utbedres uten opphold. Forsømmer Fremleietaker pliktig melding, er han selv ansvarlig for skade som følge av forsømmelsen.

I den tid husrommet lider av en vesentlig mangel, kan Fremleietaker kreve avslag i leien slik at forholdet mellom nedsatt og avtalt leie svarer til forholdet mellom husrommets leieverdi i mangelfull og kontraktsmessig stand. Dette gjelder ikke i tiden etter at Fremleietaker har avslått et tilbud om retting som Fremleietaker pliktet å motta. Utleier har en ubetinget adgang til retting, jf. husleieloven § 2-10, 2. ledd.

Dersom Fremleietaker ønsker å påberope vedvarende eller gjentatt mislighold fra Utleiers side som grunnlag for heving, krever dette skriftlig forhåndsvarsling om at avtalen kan bli hevet dersom misligholdet ikke opphører. For øvrig gjelder husleieloven § 2-12.

Fremleietaker kan kreve erstatning for tap som følge av vesentlig forsinkelse eller vesentlig mangel. Erstatningen skal svare til det økonomiske tap Fremleietaker har lidt som følge av forsinkelsen eller mangelen. Det svares ikke erstatning for indirekte tap. Erstatningens størrelse begrenses uansett til et kvartals leie med mindre Utleier har handlet svikaktig eller grovt uaktsomt.

11 LEIERS PLIKTER OG RETTIGHETER

- 1) Fremleietaker plikter å behandle leieobjektet med tilbørlig aktsomhet.
- 2) Fremleietaker besørger og bekoster eventuell etablering/ vedlikehold / utskiftning av fettutskiller, oljeutskiller mv. og alt annet brukerrelatert utstyr.
- 3) Fremleietaker bærer ansvaret og kostnadene forbundet med utvendig og innvendig vedlikehold av inngangsdører og porter, innvendig vedlikehold av vinduer med omramming, samt eventuell solavskjerming (innvendig og utvendig), slik at disse til enhver tid er i håndverksmessig god stand. Vedlikeholdsplikten omfatter også innretninger anbrakt i lokalene av Fremleietaker. Utleier har anledning til selv å forestå arbeidene og viderebelaste Fremleietaker, med administrasjonspåslag på 5 %.

Fremleietaker bærer ansvaret og kostnadene forbundet med indre vedlikehold av de leide lokaler herunder fornyelse av tapet/veggplater/panel, gulvbelegg, dører (herunder branndører) og letthimlinger og annen oppussing og istandsetting innvendig, herunder overflatebehandling av gulv, vegger og tak og fornyelse av kjøkken og baderom (med membran). Videre omfatter vedlikeholdsplikten:

- Vedlikehold og utskiftning av alle kraner, vasker, dusjer og vannklosetter og andre installasjoner for vannforsyning,
- Vedlikehold og utskiftning av rør, sluk og andre installasjoner for avløp for vann til og med vannlås (innvendig og på balkonger/terrasser),
- Vedlikehold og utskiftning av brytere, stikkontakter, lysarmaturer med støpsel, panelovner med støpsel og andre installasjoner med støpsel.

- Vedlikehold og eventuell utskiftning av enhver installasjon for dataoverføring, inngangskontroll o.l. som Fremleietaker har anbrakt via bestilling til Utleier.
 - Vedlikehold av tekniske anlegg som dekker særskilte brukerbehov (som for eksempel kjøle/fryserom, nødaggregat, anlegg for gass og trykkluft som skyldes brukerbehov, signalanlegg, medisinsk utstyr og annet spesialutstyr).
- 4) Fremleietaker kan ikke bruke husrommet til annet enn avtalt, jf. pkt. 5. Han plikter å erstatte all skade som skyldes ham selv eller folk i hans tjeneste, eller andre personer som han har gitt adgang til lokalene eller eiendommen for øvrig, jf. husleieloven § 5-8. Erstatningsplikten omfatter også utgift som måtte følge av utrydding av utøy (herunder skadedyr) som kommer som et utslag av Fremleietaker s virksomhet.
 - 5) Lokalene må ikke brukes på en måte som forringer eiendommens omdømme eller utseende eller ved støv, støy, lukt, rystelse eller på annen måte sjenerer andre Leiere eller naboer. Kostnadene ved utbedring og eventuell erstatning i forbindelse med disse forhold, er Fremleietaker s ansvar.
 - 6) Fremleietaker plikter å følge gjeldende ordensregler, brann-/rømningsinstruks, legionellinstruks, samt instruksjoner for heiser og øvrige tekniske anlegg, som til enhver tid gjelder i eiendommen. Videre plikter Fremleietaker å sette seg inn i og følge de offentlige forskrifter og instruksjoner som er, eller måtte bli, innført og som har betydning for leieforholdet. Knuste ruter i ethvert rom som omfattes av leieforholdet, må straks erstattes av Fremleietaker med nye. Rom med vann- og/eller avløpsrør må holdes så oppvarmet at frost og vannskader unngås. Fremleietaker svarer også for frostskafer som skyldes ham selv eller noen i hans tjeneste.
 - 7) Fremleietaker plikter å innhente alle nødvendige tillatelser for sin bruk av lokalene. Krav eller pålegg fra arbeidstilsyn, brannvern, sivilforsvar, industrivern eller annen offentlig myndighet, foranlediget av den virksomhet som drives i lokalene, er Fremleietaker s økonomiske ansvar. Fremleietaker plikter på Utleiers forespørsel å dokumentere at det foreligger et internkontrollsystem som oppfyller de til enhver tid gjeldende krav.
 - 8) Fremleietaker plikter å gi Utleier adgang til lokalene i kontor-/forretningstid alle dager, for ettersyn, forandringsarbeid, reparasjon, vedlikehold, taksering o.l. Ønsker Utleier å utføre de nevnte gjøremål, skal han påse at disse blir til minst mulig ulempe for Fremleietaker, og skal varsle Fremleietaker på forhånd. Dersom det ansees nødvendig for å forebygge eller begrense akutt skade på eiendommen, har Utleier rett til å skaffe seg adgang til lokalene.
 - 9) Fremleietaker plikter å delta i eventuell skiltordning og skal selv bekoste eget firmanavn påført.
 - 10) Skilter o.l. må ikke settes opp uten Utleiers skriftlige forhåndssamtykke. Dette gjelder såvel skilter på fasade, tak, arkader, utvendige ganger, parkeringsplasser o.l. Utleier kan kreve at utforming og plassering av skilt skal skje i henhold til en felles skiltplan for eiendommen. Det samme gjelder dersom Fremleietaker ønsker å sette opp reklameskilt, lysreklame, neonskilt, automater, solavskjerming, radio, TV, parabol og data anlegg o.l. Glassfelter i dører og vinduer skal dekores på en slik måte at de gir et ryddig og attraktivt inntrykk. Dersom slik godkjenning gis, er Fremleietaker ansvarlig for å innhente de nødvendige offentlige tillatelser.
 - 11) Fremleietaker plikter, uavhengig av kontraktens og husleielovens regler om erstatning og prisavslag, å tåle tilfeldige avbrudd i forsyninger av vann, strøm, luft, oppvarming etc. Videre plikter Fremleietaker å tåle tilfeldige avbrudd av nevnte forsyninger uten reduksjon i leien eller eventuelle fellesutgifter. Leier har selv ansvar for nødaggregat, reserve energi-kilder m mer.
 - 12) Fremleietaker har ansvaret for skader etter innbrudd/tyveri i de leide lokaler inkludert inngangsdører, vinduer, låser o.l. Det samme gjelder reparasjon og vedlikehold av de skilt o.l. som Utleier har gitt tillatelse til å sette opp, jf. pkt. 12(11).
 - 13) Arbeid Fremleietaker eventuelt plikter/får tillatelse til å utføre, skal foretas uten ugrunnet opphold og på en håndverksmessig forsvarlig måte. Fremleietaker plikter å benytte autorisert personell på alle arbeider som utføres på innretninger som krever autorisasjon. Fremleietaker plikter å følge lover og forskrifter m.m. vedrørende slike innretninger, som for eksempel HMS-forskriften/internkontrollforskriften.
 - 14) Oppfyller ikke Fremleietaker disse forpliktelsene, kan Utleier, etter skriftlig varsel med 14 dagers frist, eller kortere ved HMS fare, utføre vedlikeholds eller driftsarbeidene for Fremleietaker s regning (inkludert interne kostnader). Utleier forbeholder seg rett til å utføre arbeidene dersom det vil medføre skade eller risiko for skade hvis arbeidet utsettes.

12 ENDRING AV LEIEOBJEKTET

Enhver innredning, ominnredning, forbedring, installasjon eller noen som helst forandring i eller vedrørende de leide lokaler, herunder de tekniske anlegg m.v., krever Utleiers skriftlige forhåndssamtykke. Dette inkluderer (men er ikke begrenset til) alle søknadspliktige tiltak, herunder brudd på brannceller. Se for øvrig pkt 15 (3) og 15 (4).

Dersom Fremleietaker får samtykke til å utføre arbeider i lokalene er det dennes ansvar å ordne med de nødvendige tillatelser fra offentlige myndigheter i forbindelse med arbeidene.

Fremleietaker bærer alle omkostninger i forbindelse med de forandrings- og installasjonsarbeider han ønsker utført, inkludert drifts- og vedlikeholdskostnader.

Samtykke kreves om Fremleietaker ønsker å øke kapasiteten på ventilasjon, energi, vann, avløp m.v. mer enn forutsatt ved kontraktsinngåelsen, jf. pkt. 5. Dersom samtykke gis, er Fremleietaker ansvarlig for å innhente de nødvendige offentlige tillatelser, og bære de tilhørende utgifter.

13 UTLEIERS PLIKTER OG RETTIGHETER

- 1) Utleier stiller lokalene til disposisjon i overensstemmelse med pkt 6 i denne kontrakt.
- 2) Utleier plikter å erstatte all skade på Fremleietaker s eiendeler som skyldes ham selv eller folk i hans tjeneste.
- 3) Utleier eller dennes representant kan fastsette husordensregler.
- 4) Det påhviler Utleier å bekoste utvendig bygningsmessig vedlikehold samt innvendig vedlikehold av teknisk rom, varmesentral, rom for SD-anlegg, rom for nødstrøm (men ikke aggregatet), rom for hovedtavle og heisrom. Likeledes skal Utleier bekoste utskifting av tekniske innretninger (som ikke er brukerrelaterte), slik som heiser, ventilasjonsanlegg og fyringsanlegg når disse ikke lenger lar seg vedlikeholde på regningssvarende måte. Utleiers utskiftningsansvar gjelder ikke hvor utskiftningen er foranlediget av manglende vedlikehold fra Fremleietaker s side (med mindre Utleier, på Fremleietaker s vegne, har overlatt vedlikeholdsansvaret til andre gjennom service-avtaler.) Alle avgjørelser om hvorvidt oppgradering og vedlikehold skal foretas, er Utleiers.
- 5) Utleier har ansvaret for utbedring av ytre skader som skyldes hærverk. Dette gjelder ikke hærverk utført av Fremleietaker selv, folk i Leiers tjeneste, eller andre personer som Fremleietaker har gitt adgang til lokalene eller eiendommen for øvrig. Erstatning av knuste glassruter (med omramming) er imidlertid Fremleietaker s ansvar uavhengig av årsak, se også punkt 12 (6).
- 6) Utgifter i forbindelse med offentlige pålegg om endret teknisk standard (eksempelvis ventilasjon/branntekniske innretninger/etablering av nye rømningsveier) som måtte pålegges Utleier i leieperioden, kan Utleier kreve dekket hos Fremleietaker. Dette gjelder selv om kravet kunne vært pålagt forut for leieforholdets begynnelse. Investeringen skal dekkes over husleien med den til enhver tid gjeldende rente, og nedskrives over den gjenværende leietid.
- 7) Utleier skal ha uhindret adgang til lokalene for inspeksjon, vedlikeholdsarbeider, samt for besiktigelse i anledning takst og skjønn.
- 8) Utleier er berettiget til å foreta alle arbeider som måtte være nødvendige til eiendommens forsvarlige vedlikehold eller fornyelse, og til i samme utstrekning å foreta ethvert forandringsarbeid såvel i, som utenfor, de leide lokaler. Utleier har rett til å sette opp felles skilting. Fremleietaker plikter å medvirke til at ledninger, kanaler, rør, o.l. til andre deler av eiendommen, kan føres gjennom det leide lokalet. Fremleietaker plikter å finne seg i slike arbeider uten erstatning eller avslag i leien, med mindre ulempene for ham er vesentlige.
- 9) Utleier skal påse at arbeidene blir til minst mulig sjenanse for Fremleietaker og skal, i den grad det er praktisk mulig, varsle Fremleietaker på forhånd.

- 10) Utleier forbeholder seg retten til salg av plass til antenner og lignende. Utleier er ansvarlig for drift av teknisk anlegg, foruten det som er anbragt i lokalene av Fremleietaker, eller av Utleier på Fremleietaker s vegne.
- 11) Utleier er ansvarlig for drift og vedlikehold av uteområdene (bortsett fra terrasser, sanshager mv).

14 LEIERS AVTALEBRUDD – UTKASTELSE – BEHANDLING AV TVISTER

Blir den avtalte husleie, samt felleskostnader/tilleggsytelser i henhold til pkt. 8 ikke betalt innen 14 dager etter at skriftlig påkrav har funnet sted på eller etter forfallsdag, vedtar Fremleietaker at han kan tvangsfravikes uten søksmål etter tvangsfullbyrdelsesloven § 13-2, tredje ledd, litra a). Flytter ikke Fremleietaker når leietiden er ute, vedtar han likeledes at han kan tvangsfravikes uten søksmål etter tvangsfullbyrdelsesloven § 13-2, tredje ledd, litra b). Det samme gjelder når eventuell oppsigelsestid er utløpt, jf tvangsfullbyrdelsesloven § 13-2, tredje ledd, litra c).

Ved vesentlig mislighold er både Omsorgsbygg Oslo KF («Utleier») og Fremleier berettiget til å heve avtalen, og Fremleietaker plikter da å flytte ut av de leide lokaler. Flytter ikke Fremleietaker på Utleiers/Fremleiers oppfordring, kan Fremleietaker tvangsfravikes uten søksmål og dom, jf. tvangsfullbyrdelsesloven § 13-2, tredje ledd, litra d).

En leier som blir kastet ut eller flytter etter krav fra utleier/fremleier på grunn av mislighold eller fraviker lokalene som følge av konkurs, plikter å betale leie for den tid som måtte være igjen av leietiden, med fradrag av det fremleier måtte få inn ved ny utleie. Fremleier må også betale de omkostninger som utkastelse, søksmål og rydding/rengjøring av lokalene fører med seg, samt utgifter til ny utleie.

Dersom det oppstår tvist om tolkningen av leieavtalen eller annet i leieforholdet, og partene ikke evner å løse tvisten i minnelighet, vil partene kunne ta ut søksmål. Rett verneting er Oslo tingrett.

15 FRAFLYTTING/ TILBAKELEVERING

- 1) I god tid før leieforholdets opphør kan Utleier innkalle til en felles befarings mellom Fremleietaker og Utleier for å fastlegge eventuelle nødvendige arbeider/utbedringer for å bringe lokalene i den stand de skal være ved tilbakelevering. Dersom arbeidene ikke utføres, kan utleier utføre arbeidet for Fremleietaker s regning.
- 2) Fremleietaker skal ved fraflytting tilbakelevere de leide lokaler ryddiggjort, rengjort, med hele vindusruter og for øvrig i kontrakts- og håndverksmessig forsvarlig stand.
- 3) Alle endringer/påkostninger i leieobjektet som Fremleietaker har foretatt, samt fast inventar, ledninger, o.l. som Fremleietaker har anbrakt eller latt anbringe i lokalene, må ikke fjernes med mindre annet er avtalt eller krevd av utleier. Slikt inventar og endringer/ påkostninger tilfaller Utleier uten godtgjørelse.
- 4) Enhver endring Fremleietaker har foretatt i lokalene som omtalt i pkt. 15 (3), kan av Utleier kreves fjernet, evt. tilbakeført til opprinnelig stand av Fremleietaker ved leieforholdets opphør. Oppfyller ikke Fremleietaker sine plikter etter dette punkt kan Utleier utføre arbeidet for Fremleietaker s regning.
- 5) Senest siste dag av leieforholdet skal Fremleietaker på egen bekostning fjerne sine eiendeler. Eiendeler som ikke fjernes, skal anses etterlatt og tilfaller Utleier etter 14 dager. Slike eiendeler og søppel kan Utleier fjerne for Fremleietaker s regning. Hvis Fremleietaker anser lokalene klare for tilbakelevering før siste dag av leieforholdet, skal Utleier varsles slik at det kan foretas overtakelsesbefaring og tilbakelevering. Fremleietaker har alle plikter etter avtalen inntil tilbakelevering har skjedd.
- 6) I de siste 6 måneder før fraflytting har Utleier rett til å sette opp skilt på fasaden med informasjon om at lokalene blir ledige. I samme periode plikter Fremleietaker, etter forhåndsavtale med Utleier, å gi leie-søkende adgang til lokalene 2 dager pr. uke i kontor-/forretningstiden.

16 FORSIKRING

Hver av partene holder sine interesser forsikret.

Utleier har ikke ansvar for skader eller tap som måtte oppstå ved brann, vannledningsskade m.v. ut over det som dekkes av de forsikringer/selvassurandørordninger Utleier har som huseier.

Fremleietaker er forsikret. Fremleietaker er ansvarlig for bygningsmessig innredning, fast og løst inventar, løsøre, maskiner, varer, driftstap og ansvar. Utleier holdes skadesløs i forbindelse med skader som oppstår i de leide lokaler eller på annen måte som følge av leieforholdet, dette gjelder også i forhold til partenes egenandeler. Skade påført Fremleietaker s medkontrahtenter eller øvrige tredjemenn som følge av avbrudd, forsinkelser eller oppgjør i henhold til dette pkt., er Fremleietaker s ansvar.

Medfører virksomheten forhøyelse av eiendommens forsikringspremier eller faste avgifter, plikter Fremleietaker selv å betale forhøyelsen. Fremleietaker plikter å melde til Utleier ethvert forhold og/eller endring i forhold til virksomheten som kan få følger for eiendommens forsikringspremie.

17 FORCE MAJEURE

Streik, lockout, blokade eller andre forhold som partene ikke rår over, som f.eks. brann, eksplosjon, maskinskade, ukontrollert utstrømming av vann, avbrytelse av tilførsel av vann, strøm, telefon m.v., opptøyer, terroranslag eller inngrep av offentlig myndighet, fritar Utleier fra å oppfylle sine forpliktelser i henhold til denne kontrakt. Likedan bortfaller under slike forhold plikt til å betale taps- eller skadeserstatning.

18 ADGANGSKONTROLL

Leietaker er ansvarlig for egen adgangskontroll, herunder drift, vedlikehold og utskiftning av adgangskontrollsystem.

19 LEIEREGULERING

Partene kan årlig, første gang med virkning fra 01.01.16 kreve leien regulert i forhold til eventuelle endringer i SSBs KPI, eller dersom denne blir opphevet gjelder annen tilsvarende offentlig indeks. Leien skal uansett ikke kunne reguleres under den leie som ble avtalt ved kontraktstidspunktet Kontrakten reguleres med utgangspunkt i basisindeks 15 november 2014.

Utleier er ikke pliktig å varsle om årlig regulering av husleie.

20 FREMLEIE/ OVERDRAGELSE/ SELSKAPSMESSIGE ENDRINGER

- 1) Fremleie, overdragelse av kontrakten, helt eller delvis, er ikke tillatt uten eiers og Fremleiers skriftlige forhåndssamtykke. Samtykke kan nektes på fritt grunnlag.
- 2) Overdragelse av minst 50 % av aksjene, selskapsandelene eller eierinteressene hos Fremleietaker anses som overdragelse av fremleiekontrakten. Det samme gjelder Fremleietakers skifte av selskapsform. Som overdragelse regnes også avhendelse av det mindre antall aksjer eller andeler som i seg selv utgjør bestemmende innflytelse (alminnelig flertall) i selskapet. Utleier og Fremleier skal på forespørsel gis opplysninger bekreftet av Fremleietakers revisor, dersom Utleier eller Fremleier ønsker å kontrollere om slik overdragelse har funnet sted. Bestemmelsene i dette avsnitt gjelder ikke børsnoterte selskaper.
- 3) Selskapsmessige endringer, eksempelvis fisjoner, som kan forringe Fremleietakers økonomiske stilling overfor utleier, krever utleiers skriftlige samtykke. Bestemmelsen i dette avsnitt gjelder ikke børsnoterte selskaper.
- 4) Manglende svar på søknad om samtykke etter bestemmelsene i dette punkt 24 anses ikke som samtykke.

- 5) Dersom Fremleier overfører sine rettigheter og forpliktelser etter avtalen skal Fremleietaker medvirke til at nytt depositum / ny garanti stilles overfor ny eier.

21 BRANNMESSIGE FORHOLD

Ved inngåelsen av denne kontrakt er leieobjektet klassifisert som særskilt brannobjekt etter lov av 14. juni 2002 nr. 20 § 13, jf. forskrift § 1-3 bokstav a).

21.1 UTLEIER

- 1) Det påhviler Utleier å sørge for at brannobjektet er utstyrt og vedlikeholdt i samsvar med gjeldende lover og forskrifter om forebygging av brann.
- 2) Utleier har rett til å etablere tilsyns- og samarbeidsordninger.
- 3) For særskilt brannobjekt plikter Utleier i samarbeid med Fremleietaker å utarbeide brannteknisk dokumentasjon ved kontraktsinngåelse.

21.2 LEIER

- 1) r er forpliktet til å føre tilsyn med at bygningstekniske brannverntiltak og øvrige sikringstiltak ikke forringes. Fremleietaker r har plikt til å rapportere til Utleier alle forhold av betydning slik at alle krav og forpliktelser etter pkt. 20.1 (1) blir ivaretatt.
- 2) Fremleietaker har plikt til å organisere sin interne virksomhet etter de forskrifter som gjelder. Dette innebærer å innrette sin virksomhet slik at brann ikke lett kan oppstå, og for øvrig på en slik måte at sikringstiltak og sikringsinnretninger (herunder branndører, alarmer, slukningsutstyr mv) virker etter sine forutsetninger. Fremleietaker skal videre forta jevnlig kontroll av slike sikringsinnretninger.
- 3) I brannobjekter hvor det er flere som Leier skal disse sammen utpeke en ansvarlig leder som brannmyndighetene kan forholde seg til under utøvelse av sine tilsynsfunksjoner.
- 4) Fremleietaker er ansvarlig for planlegging/gjennomføring av eventuelle obligatoriske brannøvelser.
- 5) Fremleietaker skal ajourholde den dokumentasjon som er utarbeidet etter pkt. 21.1 (3).
- 6) I de tilsynssamarbeidsordninger som Utleier etablerer, plikter Fremleietaker å delta.
- 7) Ved forandringsarbeider, jf. pkt. 12 bærer Fremleietaker alle kostnader til branntekniske tiltak foranlediget av arbeidene.

22 TINGLYSING/PANTSETTELSE

Fremleieavtalen kan ikke tinglyses eller pantsettes.

23 SÆRLIGE BESTEMMELSER

- 1) Dersom bygningen er verneverdig/fredet, må ingen innvendige eller utvendige vedlikeholds- eller ombyggingsarbeider igangsettes før skriftlig tillatelse er innhentet hos byantikvaren og samtykke er gitt fra Utleier. Bestemmelsen kommer som et tillegg til pkt. 11 og pkt. 12. *Bygget står på Gul liste.*
- 2) Utleier er ikke ansvarlig for innretninger, som settes opp uten skriftlig godkjenning.
- 3) Utleier/Fremleier kan transportere denne kontrakten/ kontraktsforpliktelsene til andre virksomheter i Oslo kommune uten samtykke fra Fremleietaker.

23 FORHOLDET TIL HUSLEIELOVEN

Følgende bestemmelser i husleieloven kan ikke gjøres gjeldende: §§ 2-15, 3-8, 4-2, 4-3, 5-4 (1), 7-7, 8-4, 8-5, 8-6, 10-5, 10-6 og 12-5. For øvrig er det avtalen som gjelder i de tilfeller den har andre bestemmelser enn hva som følger av husleielovens fravikelige regler.

24 VEDLEGG

Som vedlegg følger:

1. Brukertilpasninger
2. Prosjektoversikt
3. Oversikt over tekniske anlegg

25 STED/DATO

Underskrevne Fremleier og Fremleietaker er kjent med og vedtar alle punkter i denne avtalen som er utferdiget i tre eksemplarer, ett eksemplar til Fremleier, ett eksemplar til Fremleietaker og ett eksemplar til eier av utleieobjektet.

Oslo, den

Oslo, den

Fremleier / Utleier

Fremleietaker / Leier

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 28. oktober 2015

Saksbehandler: Visadministrerende direktør samhandling

Vedlegg: Ingen


SAK 71/2015 MØTE MED BRUKERUTVALGET

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

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 20. oktober 2015



Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 28. oktober 2015

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør finans og økonomi

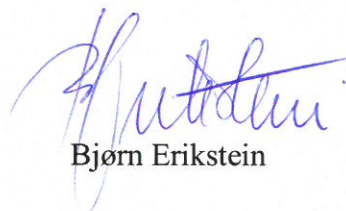
Vedlegg: Handlingsplan med tiltak for lukking av avvik ved gjennomføring av byggeprosjekter

SAK 72/2015 ORIENTERING OM REVISJON AV BYGGEPROSJEKTER OG OPPFØLGING

Forslag til vedtak

Styret tar redegjørelsen til orientering.

Oslo, den 20. oktober 2015



Bjørn Erikstein

Sammendrag

Oslo universitetssykehus HF har gjennomført en revisjon av byggeprosjekter. Styret har tidligere vedtatt plan for interne revisjoner i 2015-2016, (styresak 28/2014 og 30/2015) der byggeprosjekter/eiendomsområdet inngår i planen.

Oslo universitetssykehus HF gav foretakets eksterne revisor PricewaterhouseCoopers AS (PwC) oppdraget med å gjennomføre revisjonen. Revisjonen ble gjennomført i perioden januar – mai, og rapport ble overlevert 8. juni 2015. Styret ble gitt en kort orientering om hovedkonklusjon i styremøte 25. juni (sak 49/2015).

Hovedkonklusjon i rapporten fra PwC var at det er mangelfull styring og kontroll i de undersøkte byggeprosjektene. Etter en nærmere gjennomgang av funnene og samtaler med de enkelte prosjektlederne er bildet mer nyansert enn det som ble beskrevet i rapporten og etterfølgende medieoppslag. Den etterfølgende interne gjennomgangen har vist at det i mange tilfeller finnes relevante årsaksforklaringer på de aktuelle funnene, og at det likevel ikke har vært regel- eller rutinebrudd i det omfang eller av den karakter som først antatt.

Oslo universitetssykehus HF erkjenner likevel at rapporten har funnet vesentlige svakheter og mangler i byggeprosjektene, og at det i flere tilfeller ikke har vært tilstrekkelig styring og kontroll. Dette har i mange tilfeller sin årsak i hasteprosesser og endringer i prosjektene underveis, men også som påpekt i rapporten, manglende eller sviktende rutiner, rollefordeling og ansvarsfordeling. Oslo universitetssykehus HF tar disse funnene alvorlig og har vedtatt en handlingsplan for å forbedre de aktuelle områdene.

Da rapporten kom ble det satt i gang strakstiltak der det ble vurdert å være nødvendig. Videre har sykehuset arbeidet med vurdering og plan for tiltak for å rette opp de avvik som er funnet. Tiltakene i handlingsplanen er knyttet til både struktur, rutiner, ledelse og opplæring og en del av tiltakene er allerede satt i gang. Tiltakene er prioritert etter alvorlighetsgrad samt antatt effekt over tid. Overordnet er de beskrevet i denne saken og i vedlagte handlingsplan.

Det er etter PwC sin anbefaling også gjort en etterfølgende relasjonsanalyse, en statistisk analyse av prosjektledernes innkjøp fra de enkelte leverandører samt en nærmere gjennomgang av to konkrete prosjekter. Analysene vil bli nærmere gjennomgått for å avstemme fakta. Det er ikke gjort konkrete funn i disse som krever andre tiltak eller ytterligere oppfølging ut over den allerede vedtatte handlingsplanen.

Administrerende direktørs vurdering

Oslo universitetssykehus HF forvalter en betydelig og mangeartet eiendomsmasse. Vedlikehold og oppgradering er en løpende oppgave. Byggeprosjektene omfatter både rehabilitering og nybygg. Det er viktig at omverdenen har tillit til at sykehuset fyller rollen som en profesjonell byggherre.

Eiendomsområdet og byggeprosjekter har vært vurdert å ha risikoelementer i forhold til måloppnåelse, etterlevelse av lov- og regelverk og sikker styringsinformasjon. Derfor har området inngått som del av internkontrollaktivitetene på flere plan og overordnet som del av plan for interne revisjoner 2014-2015. Som ledd i dette arbeidet gav administrerende direktør PwC i oppdrag å gjennomføre en revisjon av byggeprosjektene for å undersøke i hvilken grad byggeprosjektene innen Oslo

universitetssykehus HF gjennomføres på en hensiktsmessig måte. Dette vil si i forhold til målrettet drift, pålitelig rapportering og etterlevelse av lover og retningslinjer/veiledere. Revisjonen viste funn som indikerer at oppgavene med styring, ledelse og gjennomføring av byggeprosjektene ikke er godt nok håndtert og at det er risiko for manglende prosedyre- og regeletterlevelse. Revisjonen viste også svakheter på bevissthet og holdning til formalia og dokumentasjonsskrav. Oslo universitetssykehus HF tar funnene alvorlig og understreker at lover og regler skal følges og vil følge opp etterlevelsen av dette.

Sykehuset har før revisjonen ble gjennomført arbeidet systematisk med å etablere felles retningslinjer og standarder for å sikre en god måte å gjennomføre prosjektene på, men man er ikke ferdig og deler av arbeidet er ikke implementert. Det har også vært arbeidet med å tilrettelegge systemer og IKT verktøy for å sikre bedret rapportering og oppfølging. Det har også pågått et arbeid for å etablere bedre strukturer og rutiner, og visse feil og mangler var allerede rettet opp før revisjon var ferdigstilt. Revisjonen viser at sykehuset fortsatt må arbeide mer fokusert på tiltak om oppgavene for å imøtekomme svakhetene som ble avdekket. For å følge opp revisjonen har det vært arbeidet grundig med en tiltaksplan som har i seg PwC rapportens anbefalinger og som også har i seg oppfølging og vurdering av effekten av tiltakene. Med de tiltak som allerede er igangsatt og de tiltak som planlegges gjennomført, er administrerende direktør av den oppfatning at det er igangsatt et arbeid som vil lede til at sykehuset håndterer og forvalter byggeprosjektene på en god og trygg måte.

Faktadel

Revisjonen har fokusert på vurderinger av roller, ansvar og oppgaver, fullmakter og habilitet, kompetanse og kapasitet, eksterne lover og regler, interne retningslinjer og prosedyrer, gjennomføring og etterlevelse, skjema/verktøy og it-systemstøtte.

Det er også fokusert på formalisering og kvalitetssikring innen prosjektoppstart, prosjektgjennomføring, anskaffelser, rapporter og prosjektavslutning.

Observasjoner og vurderinger har vært basert på risikoworkshop, gjennomgang av dokumentasjon, intervjuer samt utvalgt testing av etterlevelse av lovkrav og interne prosedyrer knyttet til anskaffelser, bestillingsrutiner og dokumentasjon.

Hovedrapporten – funn

PWC's hovedkonklusjon er at det er mangelfull styring og kontroll i byggeprosjektene. Det ble funnet eksempler på brudd på eksterne og/ eller interne regelverk, retningslinjer knyttet til gjennomføring av prosjektene.

Avdekkede svakheter og mangler berører:

- Organisering av oppgavene, retningslinjer og prosedyrer for prosjektgjennomføring
- Støttesystemer for god prosessgjennomføring – gjeldene systemer for prosjektstyring og dokumenthåndtering må videreutvikles
- Implementering og etterlevelse av rutiner i alle prosjektets faser
- Oppfølging og kontroll knyttet til prosessene
- Innkjøp og anskaffelser

PwC mener at det er behov for å styrke en del prosesser for å sikre bedre styring og kontroll. Dette gjelder blant annet følgende forhold:

- Roller og ansvar
- Tydeliggjøring av krav, retningslinjer og prosedyrer
- Større grad av formalisering knyttet til godkjenninger, forankring og felles forståelse
- Bedre dokumentasjon av utførte oppgaver og spesielt ved ferdigstillelse og lukking av prosjekter.

Området innkjøp eller anskaffelser har vekket størst oppmerksomhet. Her er det funnet indikasjoner på at en ikke alltid forholder seg til inngåtte avtaler. Det er avvik fra interne prosedyrer og lovbrudd som gjelder feil bruk av rammeavtaler, manglende bruk av minikonkurranser, samt ulovlige direkte kjøp.

Gjennomgang internt av hovedrapporten

Som del av oppfølgingen av rapporten ble det gjort nærmere undersøkelse der en gjennomgikk grunnlaget for konklusjonene som gjaldt bestillinger og innkjøp. Formålet var å forstå det underliggende fakta bak avvikene for bedre å vurdere tiltak, og hva det var som ikke fungerte og hvorfor.

Den interne gjennomgangen har vist et mer sammensatt bilde av de faktiske forhold. Avvikene kan ikke gjennomgående ses på som lovbrudd, men er i hovedsak et resultat av manglende dokumentasjon og / eller manglende etterlevelse av interne prosedyrer. I noen tilfeller skyldes avvikene også ikke gode nok rutiner eller gode nok elektroniske systemer.

Et forhold som fikk stor oppmerksomhet i rapporten og etterfølgende medieoppslag var at det av de 300 testede innkjøpene ble 168 karakterisert som ulovlige direkte kjøp. Nærmere gjennomgang viste imidlertid at dette ikke medførte riktighet. En etterfølgende gjennomgang av grunnlagsmaterialet viste at for flere av de 168 kjøpene var kjøpene på beløp under terskelverdien på 500 000 kroner. Kjøp for beløp under terskelverdi, vil i utgangspunktet ikke isolert sett være ulovlige direktekjøp, slik det er definert i Forskrift om offentlige anskaffelser, og revisjonen hadde heller ikke sett på virksomhetens samlede kjøp fra den enkelte leverandør i perioden.

Det har også vært mange tilfeller av at det har manglet protokoller som har forklart en del av de såkalte direktekjøpene. Den etterfølgende gjennomgangen har imidlertid vist at det i mange tilfeller har dreid seg om lovlige suppleringskjøp til tidligere inngåtte kontrakter.

Den etterfølgende gjennomgangen har også vist at en del av de 168 innkjøpene heller ikke skulle vært tatt med i testmaterialet, da det for eksempel har dreid seg om avgift til Plan og bygningsetaten, og derfor etter sin art ikke er kjøp som skal revideres i henhold til anbudsreglene.

Videre undersøkelser

Rapporten fra PwC gav likevel alt i alt et alvorlig budskap om forholdene og indirekte om potensiale for risiko. Siden metodikken i revisjon er basert på et

utvalg og stikkprøvekontroller, valgte sykehusets ledelse, etter anbefaling fra PwC, å avstemme inntrykket og risikobildet ytterligere ved å beslutte at enkelte forhold skulle undersøkes nærmere. Det har derfor blitt gjennomført en kryssjekk og relasjonsanalyse mellom ansatte og innleid personell og leverandører til Oslo universitetssykehus HF, samt en statistisk analyse av prosjektlederens innkjøp fra de enkelte leverandører. I tillegg ble ytterligere to prosjekter gjenstand for en nærmere grundigere undersøkelse. Formålet var å få innspill til sykehuset sitt arbeid med å videreutvikle og forbedre internkontroll med byggeprosjektene samt redusere risiko for misligheter.

Resultatet av disse undersøkelsene avdekket ingen ytterligere alvorlig kritikkverdige eller problematiske forhold som ikke allerede framgår av konklusjonene i hovedrevisjonen av byggeprosjektene. Analysene vil bli gjennomgått og avstemt og oppfølgingspunktene forøvrig faller innenfor den karakter/beskrivelse som allerede framgår av hovedrapporten.

Arbeid med oppfølging

Revisjonen avdekket svakheter i gjennomføring av byggeprosjektene. Oslo universitetssykehus HF følger opp revisjonens funn og anbefalinger med målrettet arbeidsinnsats og har vedtatt både kortsiktige og langsiktige tiltak. Disse fremgår av vedlagte handlingsplan og omfatter organisering og ledelse, forbedring av rutiner og kontroll samt tiltak som skal gi økt opplæring.

Det er allerede gjennomført en rekke strakstiltak for å lukke de umiddelbare avvikene som kunne iverksettes. Stikkprøvekontroller i etterkant viser at disse virker. Det er også slik at en del avvik skyldes mangler lengre tilbake i tid som allerede er lukket i deler av organisasjonen, uten at dette fremkommer i rapporten.

Mange av avvikene vil kunne lukkes med enklere strukturelle grep som går på organisering og rutiner og det å forholde seg til rutiner. Dette er forventet å gi stor effekt. Andre tiltak vil kreve større innsats både økonomisk og innen ledelse. Eksempler på dette er økt bemanning og /eller investeringer knyttet til IKT-systemer eller løsninger som i større grad understøtter kontroll og oppfølging av prosjektene. Prioriteringer i handlingsplanen er satt i forhold til alvorlighetsgrad og forventet effekt.

Realiseringen av innhold og fremdrift i handlingsplanen vil følges opp av ledelsen i Oslo sykehusservice med rapportering til viseadministrerende direktør økonomi og finans. Det skal rapporteres jevnlig på fremdrift i forhold til oppsatt plan. I tillegg vil planen inngå i sykehusets øvrige styringssystem for interne revisjoner og oppfølging.

Prosjektoppstart	Anbefaling fra PWC rapport	Tiltaksgruppe	Kort beskrivelse av tiltak	Hvordan måle effekt	Frist der tiltak er lukket	Status	Pri	Intensiv prioritet
1. Mangelfull koordinering mellom PRU og PRIBU	<ul style="list-style-type: none"> Vurder tiltak som kan sikre en bedre koordinering mellom PRU og PRIBU, slik at prosjekter med avhengighet til hverandre blir besluttet på en samordnet måte for bedre prosjektstyring og tilstrekkelig tid for gjennomføring. 	Ledelse	Etablering av relevant fora for koordinering med ett definert mandat og med fast agenda, ansvarskart og deltakere. Tilgjengeliggjøre planlagte prosjekter i faste oversikter	MTV/EIE/loP, Innkjøp og IKT rapporterer alle om bedret samarbeid og færre overraskelser Budsjetter tilpasset	Des 15	Ikke startet	2	3
2. Mangelfull gjennomføring av prosjektinitieringsmøte	<ul style="list-style-type: none"> Det innføres tiltak for å sikre at prosedyrer for gjennomføring av prosjektinitieringsmøte blir etterlevd. Evt. vurderer innføring av krav om at møte skal gjennomføres for prosjekter over en gitt budsjettverdi. 	Prosedyre /rutine Opplæring Ledelse	Se på prosesskart iht PWC anbefalinger og oppdatere dette der det er behov Etablere felles begrepsforståelse med tilhørende maler og rutiner (klargjøre prosjektinitieringsmøte, vrs oppstartsmøte, mandat etc) Sørg for tidlig og relevant interessen involvering med tilhørende dokumentasjon og forpliktelser	Det er oppdaterte prosesskart Maler og rutiner er tilpasset Enhetlige begrep er kjent og brukes	Okt 15	påbegynt	2	1
3. Utilstrekkelig involvering av Eiendomsdrift (EIE) og Innkjøp i tidligfase	<ul style="list-style-type: none"> Leder EIE og Innkjøp inviteres til alle prosjektinitieringsmøter. Dette for å sikre at de får innsikt i prosjektet og deres aktuelle involvering, og at de dermed kan planlegge og styre sine ressurser og leveranser i prosjektet samtidig som de kan sikre at deres fagekspertise blir ivare tatt i prosjektgjennomføringen. 	Prosedyre /rutine Opplæring Ledelse	Se punkt 2 tiltak	EIE rapporter om vesentlig forbedring fra ledernivå	Okt 15 for rutiner PP i løpet av 15	startet	2	1
4. Utilstrekkelig formalisering av prosjektbeskrivelse	<ul style="list-style-type: none"> Prosjektbeskrivelsen bør sendes ut på formell godkjenningrunde for OK og eventuelle justeringer før dokumentet underskrives av prosjektansvarlig. Det bør etableres nivåer for hvem som skal godkjenne prosjektbeskrivelsen ut fra størrelse på prosjektet. De minste prosjektene behøver trolig ikke omfattende godkjenningrunde. 	Prosedyre /rutine Opplæring Ledelse	Se punkt 2	Se punkt 2. Prosjektbeskrivelser er enhetlig definert og det er klart hvem og hvordan godkjenning skal foregå. (Dette vil medføre noe mer tid i mange sammenhenger slik at fremdriftsplaner tilpasses)	Okt 15 for rutiner PP i løpet av 15	startet	2	1

Prosjektgjennomføring	Anbefaling fra PWC rapport	Tiltaksgruppe	Kort beskrivelse av tiltak	Hvordan måle effekt	Frist	Status	Prioritet	Intensiv prioritet
5. Interessenter bidrar til å øke ambisjonsnivå og/eller kostnadsnivå for prosjektet uten at vedtatt ramme økes – mangelfull endringshåndtering	<ul style="list-style-type: none"> Rutiner bør styrkes for å sikre at prosjektbeskrivelser med budsjett som går utover vedtatt ramme går tilbake til Pribu for beslutning om utvidelse eller kutt i prosjektinnhold. Å sette i gang et prosjekt med budsjett utover vedtatt ramme er ikke akseptabelt. Rutiner bør styrkes for å sikre at endringsforslag vurderes formelt med tanke på konsekvenser for økonomi og fremdrift, besluttes av riktig myndighet, og at prosjektbeskrivelse oppdateres. 	Prosedyre /rutine Opplæring Ledelse	Se punkt 2 Etablere endringsstyring mot PRIBU (ny rutine), dersom det er reelt behov for å endre budsjett	Færre budsjettoverskridelser (målbart) PL rapporter færre omkamper	Okt 15 for rutiner	startet	2	1
6. Prosjektleders oppgaver og ansvar er ikke tilstrekkelig konkretisert i prosedyre	<ul style="list-style-type: none"> Prosedyre for prosjektleder bør videreutvikles slik at den gir tydeligere føringer og mer detaljert beskrivelse av aktiviteter og hvordan disse skal gjennomføres. Det bør vurderes om det er behov for veiledninger med ytterligere detaljer om hvordan skjematikk og støtteverktøy skal benyttes ved gjennomføring. 	Prosedyre /rutine Ledelse Opplæring	Oppdatere ansvars kart og rolleavklaring for alle PL, som regulerer prosjektleders arbeid og ansvar. Sørg for nødvendig opplæring, og at denne er oppdatert og loggført. Dette gjelder både basisopplæring, sånn gjør vi prosjekter i OUS, og opplæring i evt nye og oppdaterte rutiner. Lage en standardisert PL avtale og legge ved definisjonen på hans/hennes oppgaver iht rammeavtale	Tydelige ansvars kart og rollebeskrivelser finnes og det er entydig plassert hvor det ligger. Rammeavtale-definisjoner ligger til grunn	okt 15 (rutine for hva som skal gjøres)	startet	2	1
7. Manglende prosedyrer for prosjektgjennomføring i byggefasen	<ul style="list-style-type: none"> Etablere prosedyrer veiledninger, maler, skjemaer, etc. etter behov for å gi føringer for og samtidig støtte PL gjennom byggefasen etter B4 i prosjektmodellen. Eventuelt oppdatere prosedyrer på e-håndbok dersom det allerede finnes slike prosedyrer der. 	Prosedyre /rutine Opplæring Ledelse	Se punkt 2 I tillegg beslutte tilnærming med tilhørende maler og sjekklister for gjennomføring, inkludert formell godkjenning og kvalitets sikring der prosjektene er av en slik størrelse at dette blir nødvendig. Maler og rutiner skal tilgjengelig gjøres slik at PL lett får tilgang og de skal ligge ett sted.	Maler og sjekklister finnes og det er kjent hvor disse er. Prøver viser at de brukes	Des 15	startet	2	3
8. Mangel full prosess og IT støtteverktøy for dokumenthåndtering, samt manglende etterlevelse	<ul style="list-style-type: none"> Utarbeide en klar og formell prosess for arkivering og lagring av dokumentasjon med tilhørende prosedyre Utarbeide praktiske og tekniske systemer som sikrer og støtter oppgavene Innføre en rutine som sikrer at leder avstemmer PLs prosjektavslutning og bekrefter at relevant dokumentasjon er tilstrekkelig utarbeidet og arkivert. 	Prosedyre /rutine Opplæring Merkanitilt IKT-verktøy	Se punkt 2. i tillegg Gjennomgå rutine for arkivering av arkivverdige dokumenter (eposter og brev/notater). Dokumenter hvor disse skal lagres (i ePhorte) samt etablere kontroll av rett utførelse. Opplæring hva som er arkivverdig Manuell håndtering frem til en teknisk og integrert løsning er etablert Behov for en rolleavklaring mot (innkjøp og EIE) og dokumentere denne	Dokumenter finnes der de skal nå de skal i ht anskaffelsesreglementet	Des 15	Ikke startet	2	2
9. Mangel full opplæring av nye prosjektledere	<ul style="list-style-type: none"> Etablere et fast opplæringsprogram som alle nye PL skal gjennomføre for å sikre at de er kjent med organisering av roller og ansvar, eksterne og interne krav, prosedyrer, verktøy og støttesystemer for prosjektgjennomføring. Ved inngåelse av nye rammeavtaler med 	Opplæring Prosedyre /rutine	Se punkt 6 om Prosjektleders ansvar og tilhørende opplæring	Opplæringsprogram er oppdatert og det er laget en opplæringsplan som er startet	Des 15	Ikke startet	2	1

	<p>eksterne bør det vurderes om det kan tas inn at tilbyder dekker deler av grunnopplæring i OUS prosjektmodell og prosedyrer.</p>					
<p>10. Prosjektlederne mangler felles tilnærming til prosjektgjennomføring</p>	<ul style="list-style-type: none"> Behov for mer detaljerte prosedyrer på enkelte områder bør avklares. Alle prosjektledere bør få jevnlig oppdatering på innhold i prosedyrer og andre styrende dokumenter som gjelder og hvor disse kan finnes. Med tanke på at revisjonen avdekker svak etterlevelse av krav og prosedyrer, bør det i en periode etableres en sterkere oppfølging av etterlevelse (at dokumenter utarbeides, at godkjenninger blir innhentet, at anskaffelser skjer i henhold til regelverk, at dokumentasjon sendes inn og lagres, etc.) Fagressurser fra EiE bør ikke leies inn som PL på byggeprosjekter. Vi anbefaler at rollen begrenses til å håndtere tekniske oppgaver. 	<p>Prosedyre /rutine Ledelse</p>	<p>Se punkt 2 og 6 Se prosesskart, med tilhørende oppdatering av måler og rutiner</p>	<p>Des 15</p>	<p>Ikke startet</p>	<p>1</p>
<p>11. Fagpersonell fra Eiendomsdrift uten prosjektlederkompetanse leies ut som prosjektleder til IoP</p>		<p>Ledelse Prosedyre /rutine</p>	<p>Avklare mot EiE og oppdatere rutiner, kommunisere og etterleve disse.</p>	<p>Sep 15</p>	<p>Startet, ikke ferdig</p>	<p>1</p>
<p>12. Manglende tilbakemelding eller godkjenning fra Eiendomsdrift på tekniske løsninger underveis i prosjektet får ingen påvirkning på gjennomføringen</p>	<ul style="list-style-type: none"> Dersom et prosjekt trenger rådgivning og godkjenning fra EiE på tekniske løsninger, bør kontakt skje formelt til leder for EiE i stedet for direkte til den aktuelle tekniske fagpersonen det gjelder. Eventuell involvering underveis i prosjektet bør også avklares i en tidlig fase for å sikre tilstrekkelig ressurstilgang. Det bør innføres krav om formell godkjenning av tekniske spesifikasjoner/løsninger, etc. fra EiE før implementering, siden EiE overtar ansvar for videre drift og vedlikehold når prosjektet avsluttes. Det bør vurderes om etablering av flere standarder som kan bidra til at EiE ikke behøver å vurdere eller godkjenne løsninger så lenge standardene etterleves. 	<p>Prosedyre /rutine Ledelse</p>	<p>Se pkt 3 og 2. Med tidlig involvering og bedre forventningsstyring vil mindre behov for korrigeringer underveis. Krav og standarder må dokumenteres, være enhetlige (på tvers av OUS) og tilpasses budsjettammer samt byggenes antatte levetid ift virksomhet.</p>	<p>Des 15</p>	<p>startet</p>	<p>1</p>
<p>13. Uklare prosedyrer i dag for føring og måling av interne timer på byggeprosjekter</p>	<ul style="list-style-type: none"> Etablere tydelige retningslinjer for føring av interne timer på byggeprosjekter, og at dette kommuniseres tydelig ut i organisasjonen. 	<p>Prosedyre /rutine</p>	<p>Dette er gjennomført for IoP. Det som evt mangler er oppdatering og implementering. Om dette skal gjelde for EiE og eller andre deler av organisasjonen skal og bør avklares snarest, da dette er kilde til misnøye Sikre at alle kostnader knyttet til prosjekter er hensyntatt ved estimering og budsjettering (kostnader knyttet til IKT/Sykehuspartner utelates ofte). Rutine må kommuniseres og inngå i opplæringsopplegg. Tilrettelegges for føring av timer i egnet verktøy</p>	<p>Des 15</p>	<p>Ikke startet</p>	<p>3</p>

<p>14. Eiendomsdrift forventes å bidra inn i byggeprosjektene, men incentivstruktur støtter ikke opp om slik bistand</p>	<ul style="list-style-type: none"> Etablere en styringsstruktur der EIE sine oppgaver og ansvar inn mot byggeprosjektene inngår som en del av hva de måles på, med formalisering og oppfølging som del av målesystemet. Vurdere innføring av timeføring for interne ressurser på prosjektene for å bidra til at bistand på prosjekter ikke nedprioriteres. Evt. registrering av EIE timer for måling uten at det belastes prosjektene. Sikre at alle kontrakter med eksterne leietakere inneholder tydelig allokering av kostnader knyttet til vedlikehold og oppgraderinger. Dette bør gjelde for alle fremtidige kontrakter, men det bør også foretas gjennomgang av eksisterende kontrakter for å avdekke behovet for å oppdatere disse med slik ansvarsfordeling. 	<p>Ledelse Prosedyre /rutine</p>	<p>Se punkt 13.</p>	<p>Retningslinjer for involvering er avklart og implementert og finnes dokumentert</p>	<p>Des 15</p>	<p>Ikke startet</p>	<p>2</p>
<p>15. Uklare kontrakter mot eksterne leietakere for fordeling av kostnader ved prosjekter for vedlikehold og oppgraderinger</p>	<ul style="list-style-type: none"> Sikre at alle kontrakter med eksterne leietakere inneholder tydelig allokering av kostnader knyttet til vedlikehold og oppgraderinger. Dette bør gjelde for alle fremtidige kontrakter, men det bør også foretas gjennomgang av eksisterende kontrakter for å avdekke behovet for å oppdatere disse med slik ansvarsfordeling. 	<p>Prosedyre /rutine</p>	<p>Sikre at avtaler vis a vis eksterne leietakere som skoler, UIO etc oppdateres (kostnader og omfang) og følges opp fortløpende. I tillegg skal det tydelig fremgå hva som er eters og leiers ansvar. (ref punkt om forventningsstyring)</p>	<p>Leieavtaler er oppdatert og ansvaret fremgår</p>	<p>Vår 16</p>	<p>Ikke startet</p>	<p>2</p>
<p>16. Mangelfull oppfølging av byggherreansvar knyttet til at leverandør og underleverandør etterlever lover og regler (HMS, sosial dumping, etc.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Etablere rutiner som gjennom oppfølging og kontroll styrker ivaretagelse av byggherres ansvar for å sikre at leverandør etterlever lovverk. Vurder om det bør utnevnes en HMS koordinator som utføre disse oppgavene på tvers av prosjektene for å sikre økt kvalitet og synergier i gjennomføring. Vurdere å stramme inn innhold i entreprenørkontrakter slik det ikke gis anledning til å bruke mer enn et ledd av underleverandører. En del andre virksomheter har innført slike kontraktbetingelser den senere tid. 	<p>Prosedyre /rutine</p>	<p>Ansvar for etterlevelse av lover og regler innen dette området er klart definert. Det som evt mangler er oppfølging og etterlevelse i organisasjonen. Her bør det være en dedikert person i prosjektorganisasjonen som har som eget ansvar å kontrollere at PL har fulgt retningslinjer. Arbeidet bør skje i samarbeid med juridisk og innkjøp og ha fokus på kontroll og oppfølging (etterlevelse)</p> <p>Samarbeid med innkjøp om å sjekke kvalitet på rammeavtalene på dette punktet</p> <p>Viktig å ledelsesmessig slå ned på avvik og sette eksempel ved evt brudd</p>	<p>Det er jevnlig kontroll på prosjekbyggeplassen e at regler og lover etterleves og denne kontrollen er dokumentert samt evt planer for retting av avvik</p>	<p>Medio okt</p>	<p>startet</p>	<p>1</p>
<p>17. Vurdere å skille mer i prosess for gjennomføring av store og komplekse prosjekter i forhold til mindre og standard prosjekter</p>	<ul style="list-style-type: none"> Vurdere å etablere en økt grad av oppfølging og kontroll knyttet til prosjekter over en gitt budsjettverdi og for prosjekter definert som komplekse av natur. 	<p>Prosedyre /rutine Ledelse</p>	<p>Gjennomgå, oppdatere og implementere rutiner som skiller ml ulike kategorier prosjekter(store/små), og tilgjengeliggjøre disse</p>	<p>Se punktet om enhetlige rutiner og gjenfinning av disse</p>	<p>Vår 16</p>	<p>Ikke startet</p>	<p>3</p>
<p>18. Manglende fokus på å holde budsjett</p>	<ul style="list-style-type: none"> Etablere tiltak for å sikre bedre disiplin knyttet til prosjektmidler tildelt av PRIBU/PRU Det etableres sterkere kontrolloppfølging for å avdekke prosjektet som går utover sine rammer Det vurderes behov for å iverksette ytterligere tiltak knyttet til prosjekter der det avdekkes overskridelser Rutiner bør styrkes for å sikre prosjekter ikke igangsettes med en prosjektbeskrivelse og budsjett som går utover vedtatt ramme. Slike prosjekter må tilbake til Pribu for beslutning om utvidelse eller kutt i prosjektmittel. Se også punkt 5. 	<p>Ledelse Prosedyre /rutine Opplæring</p>	<p>Holdninger og ledelse er det viktigste tiltaket på dette punktet. Det er ikke greit å bruke mer enn det man har i budsjett. Et heller å bruke opp alt, ved å inkludere ting som egentlig ikke var i prosjektet, dersom rammen tillater det. Tydeliggjøre avtaler og konsekvenser ved brudd.</p> <p>I tillegg bør den enkelte prosjektleder få mer støtte og hjelp til å holde oversikt. her er det flere underriltak - Utpeke/ansette en prosjektøkonom som støtter/følger opp økonomien og utviklingen i det enkelte prosjekt. Tidlige tiltak er viktige</p>	<p>Førre budsjettoverskridelse r Flere prosjekter som leverer under budsjett</p>	<p>okt 15</p>	<p>startet</p>	<p>2</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • UUS innfører en rutine som i større grad sikrer at prosjektledere involverer Innkjøp i alle anskaffelser over 100 000 kr på egnet måte. • Innkjøpsfunksjonen knyttes sterker opp mot bestillerfunksjonen for å sikre at Innkjøp får informasjon om bestillinger over gitte grenseverdier. • Det innføres en kontrollfunksjon som besitter totaloversikt over alle anskaffelser på prosjektnivå. • Det innføres rutiner som sikrer løpende kontroll og stikkprøvebasert testing av anskaffelser • Prosedyre for prosjektinitieringsmøte omhandler ikke anskaffelser. Dog fremkommer eget punkt i mal for Referat fra prosjektinitieringsmøtet. • Anskaffelser bør synliggjøres i Prosedyre for oppstart av prosjekter. 	<p>Prosedyre /rutine Merkantil Opplæring</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Etablere felles mal for skyggetransaksjon og tilgjengeliggjøre denne • Opplæring <p>Her er det allerede gjort en rekke tiltak, blant dem rolleavklaring og invitasjon til relevante fora. Det gjenstår noe dokumentasjon av avtale rutiner.</p> <p>En betydelig del av forbedringene vil handle om opplæring av den enkelte PL.</p> <p>Tilgjengeliggjøring av informasjon om prosjekter i pipeline etc vil stort sett dekkes av punkt 1. som omhandler tidlig involvering</p>	<p>Innkjøp rapporterer om vesentlig bedring i involvering</p> <p>Den enkelte PL vil gjennomført oppdatert opplæring</p> <p>Stikkprøvekontroller viser at rutiner for anskaffelser følges</p>	<p>Sep 15</p>	<p>Påbegynt</p>	<p>2</p>	<p>1</p>
<p>19. Manglende bruk av Innkjøp og manglende totaloversikt i OUS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utvikle en felles bestillerfunksjon med overordnet ansvar for bestillinger i IoP og EiE. Funksjonen bør jobbe tett opp mot Innkjøp. • Det bør videre utarbeides en rutine der alle bestillinger må rekvireres av prosjektleder eller bemyndiget til bestillerfunksjonen. • Bestillerfunksjonen registrerer bestillingen i bestillersystemet Iproc. Bestillerfunksjonen gis myndighet til å stanse bestilling dersom krav i LOA/FOA eller OUS's interne prosedyrer ikke er etterlevd. • Leder må godkjenne før bestillingen effektueres. 	<p>Ledelse Prosedyre /rutine Merkantil</p>	<p>Det er allerede etablert en sentral bestillerfunksjon for alle vedlikeholdsinvesteringer. Dette øker kunnskap og reduserer antall feil</p> <p>Det gjenstår å oppsummere og bekjentgjøre rutinen., samt skriftliggjøre mandat for bestillerfunksjonen</p>	<p>Stikkprøver viser at det virker</p>	<p>Sep 15</p>	<p>Påbegynt</p>	<p>2</p>	<p>1</p>
<p>21. Manglende og feil bruk av roller som rekvirent og godkjenner</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sikre at reell dualkontroll gjennomføres ved alle bestillinger. • Innføre systemteknisk spærre slik at rekvirent og godkjenner stanses av systemet og ikke kan effektueres. 	<p>Prosedyre /rutine Merkantil</p>	<p>Dette skal være innført for lengst. Flere av prosjektene som er undersøkt går tilbake i tid, da dette ikke var automatisk rutine. For ordens skyld legges dette inn og gjenntas i opplæring</p>	<p>Stikkprøvekontroller viser at det virker</p>	<p>Aug 15</p>	<p>Ferdig</p>	<p>2</p>	
<p>22. Bevisst feil beløpsangivelse i bestillingssystemet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bestillingsrutiner utarbeides for å sikre at bestillingsbeløpet i større grad angir en faktisk forventet totalkostnad per leverandør per prosjekt. • Godkjenner skal ved godkjenning av bestilling kvalitetssikre beløpet • Det bør vurderes i hvilken grad det er hensiktsmessig å sikre at leverandør ikke ser hva PL har estimert som forventet totalkostnad. 	<p>Prosedyre /rutine Merkantil</p>	<p>Etablert av en sentral bestillerfunksjon løser i stor grad dette tiltaket. I tillegg er det ønskelig at det i selve systemet legges inn en teknisk løsning der beløp for bestilling(bud) ikke følger med selve bestillingen mot leverandør.</p>	<p>Se over Teknisk løsning er etablert</p>	<p>Des 15</p>	<p>Ikke startet</p>	<p>2</p>	

<p>23. Bevisste brudd på avrop- og anskaffelsesrutine</p>	<ul style="list-style-type: none"> • OUS iverksetter straksiltak for å sikre at anskaffelsesregelverket blir etterlevd. Innkjøp og/eller bestillerfunksjonen, eventuelt etablering av ny kontrollfunksjon, involveres. • OUS sikrer løpende opplæring og kontinuerlig fokus på etterlevelse hos prosjektlederne. • Det straks utarbeides en prosessveileder fra a-å for PL. Veilederen bør være praktisk rettet mot gjennomføring og med angivelse av foreliggende krav. • Det vurderes behov for å iverksette ytterligere tiltak knyttet til prosjekter der det avdekkes overskridelser. 	<p>Prosedyre /rutine Merkantil Ledelse Opplæring</p>	<p>Fullmaktsstruktur og lovverk er tydelig og antatt tilstrekkelig. Det er etterlevelsen som krever tiltak. Mange straksiltak er allerede innført, inkludert punkt 19 med etablering av sentral bestillerfunksjon. En rekke undertilak er nødvendig. Blant de viktigste vil være;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Opplæring i bruk av det offentlige anskaffelses-reglementet -Oppdatering av rutiner, inkludert dokumentasjon og protokoller -tydeliggjøring av PL ansvar og rutiner (punkt 2 & 6) - Definisjon av konsekvenser ved gjentatte brudd -Gjennomgående holdningsdiskusjon og bevisgjøring på ulike nivåer -ta tak i problemstillinger og løse dem fremfor å gå rundt dem (ref leverandører som ikke leverer det de skal) 	<p>Opplæring gjort og dokumentert</p> <p>PL og andre vil rapportere at holdninger er skjerpet inn</p> <p>Konsekvenser av gjentatte brudd er kjent</p> <p>Leverandører vil oppleve at OUS strammer inn</p>	<p>Des 15</p>	<p>Startet, ikke ferdig</p>	<p>1</p>
<p>24. Mangelfull oppfølging av habilitet ved anskaffelse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sikre at det ved alle prosjekter innledningsvis gjøres en habilitetsvurdering av deltakende parter. • Styrke kontrollfunksjonen for å sikre etterlevelse av habilitetskrav når eksterne PL anskaffer konsulenter til sine prosjekter. • Vurderer om det skal etableres karenstid eller utvidet kontroll av anskaffelser for prosjektledere som rekrutteres fra leverandører. • OUS bør årlig gjennomføre en relasjonsanalyse for å avdekke i hvilken grad interne og eksterne prosjektledere besitter roller og interesser som er ukjente for OUS. 	<p>Prosedyre /rutine Merkantil</p>	<p>Det gjennomføres en relasjonsanalyse i fht habilitet</p> <p>Det er tydelige regler og rutiner for habilitet og habilitetshåndtering i organisasjonen. det gjenstår trolig noe på å bekjentgjøre regelverk for leverandører og PL</p> <p>Det vil legges vekt på å oppdatere og implementere habilitetsreglene i avtale ml byggherre og PL og å ivareta dette også i opplæring</p> <p>Det skal også vurderes å innføre karenstid for ansatte som tidligere var ansatt i firmaer som også er leverandører. Dette vil gjøres sammen med juridisk avdeling.</p>	<p>Systematiske kontroller fortsetter</p> <p>Det er foretatt en vurdering av karens i ft ansatte som bytter fra leverandør til bestiller og denne er kjent og følges</p>	<p>Okt 15</p>	<p>startet</p>	<p>1</p>
<p>25. Mangelfulle tilbakemeldinger til prosjektledere på prosjektrapportering</p>	<ul style="list-style-type: none"> • PL bør få jevnlig tilbakemelding på sin rapportering, både for å sikre tilstrekkelig kvalitet i rapporteringen, så vel som for å forebygge risiko for bevisst feilrapportering. 	<p>Prosedyre /rutine Ledelse</p>	<p>Se pkt 17</p> <p>Bevisstgjøre ledelsen om viktigheten av å gi tilbakemeldinger i ledelse</p> <p>Bedre og mer systematisk oppfølging fra ledelsen til PL</p> <p>Tydeliggjøre roller og ansvar for alle PL (interne og eksterne) samt for senior PL (lok koord)</p> <p>Regelmessige fagdager der PL går gjennom sine erfaringer fra ulike prosjekter basert på et fast og gitte momenter i prosjektene (åpenhet!)</p>	<p>PL opplever å få bedre og mer jevnlig oppfølging og tilbakemelding</p> <p>Fagdager arrangeres jevnlig</p>	<p>Konsept. des. 15 Implementert mar. 16</p>	<p>Startet</p>	

<p>26. Utilstrekkelig kontroll og oppfølging av prosjektrapportering</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Styrke funksjon for gjennomgang, kontroll og oppfølging av prosjektrapportering med tanke på kvalitetssikring av innhold og identifisere prosjekter som bør følges opp tettere. • Tydeliggjøre hvem som har ansvar for budsjettoppfølging mot prosjektlederne. 	<p>Prosedyre /rutine Ledelse</p>	<p>Se pkt 25 Tydeliggjøre seniorPL rolle (koordinator) vedr oppfølging av prosjekter. Tilpasse behov for kontroll i fht utvalgte risikomomenter. Se på organisering i loP ift kontroll og oppfølgingsmekanismer. Behov for tydeliggjøring av rolle med ansvar</p> <p>Tilgjengeliggjøre all rapportering i PP tilgjengelig for de som måtte ha behov (QA funksjon)</p>	<p>Ansvar for kontroll og oppfølging er gjennomgått med koordinatorer og ledere.</p>	<p>Konsept: okt 2015 Implementeringer: des. 2015</p>	<p>Startet</p>	
<p>27. Mangelfull IT støtte for prosjektoppfølging og rapportering</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Det bør etableres en standard struktur og bedre støtteverktøy for økonomisk og fremdriftsmessig oppfølging av prosjektene. Som et minimum bør det etableres en felles kvalitetssikret skjematikk og opplæring for å erstatte dagens egenutviklede skyggeregnskap. Dette vil redusere risiko for at feil oppstår i rapporteringen. • Muligheten for innføring av et prosjektverktøy i samarbeid med HSØ vurderes videre. Økt grad av automatisering vil øke kvaliteten i rapporteringen og frigjøre tid for PL og administrative prosesser, under forutsetning om at det gjennomføres tilstrekkelig opplæring i bruk av verktøyet. 	<p>Prosedyre /rutine IKT-verktøy</p>	<p>Etablere enhetlig elektronisk løsning for oppfølging og rapportering, herunder fremdrift og økonomi.</p> <p>Standardiser skyggeregnskapet og implementere det.</p> <p>Definere gode standardrapporter i eksisterende system</p> <p>Etablere datamodell for stamdata med tilhørende grensesnitt mot PP</p>	<p>Løsning finnes</p> <p>Skyggeregnskap brukes</p> <p>Datamodell er etablert med tilhørende standardrapporter</p>	<p>Konsept: sept 15 Implementeringer: okt. 15 Drift: Jan 2016</p>	<p>Ikke påbegynt</p>	<p>②</p>
<p>28. Ingen prosjektrapportering som går utover en måned, noe som gjør at mulig negativ utvikling over lengre tid ikke fanges opp</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vurdere etablering av prosjektrapportering som dekker et kvartal eller et år for prosjekter som går over lengre tidsrom. 	<p>Prosedyre /rutine IKT-verktøy Ledelse</p>	<p>PL ansvar i forbindelse med rapportering tydeliggjøres på nytt vedr månedlige rapporteringer. Trender skal belyses innenfor øk, fremdrift, risiko, kvalitet med mer</p> <p>Utvikle/anskaffe en IT løsning hvor historiske kommentarer kan skrives ut. Utarbeide løsninger der økonomiske kurver pr. prosjekt kan vises</p> <p>Eiterspørre tydeligere langtidsrapportering fra PL og implementer dette i månedsrapporten med tilhørende agering fra ledelsen</p>	<p>Trender blir avdekket</p>	<p>Des 2015</p>	<p>Startet</p>	<p>③</p>

Prosjektavslutning	Anbefaling fra PWC rapport	Tiltaksgru ppc	Kort beskrivelse av tiltak	Prosedyrer m rutiner er implementert	Frist	Status	Pri
29. Uklare rutiner for prosjektavslutning og manglende formalitet ved overlevering fra prosjekt til drift fører til uklare ansvarsforhold	<ul style="list-style-type: none"> Tydeliggjøre prosessen knyttet til prosjektavslutning og overføring av ansvar prosjektet til driftsorganisasjonen. I den forbindelse bør graden av formalisering knyttet til overføring av ansvar økes. 	Prosedyre /rutine Opplæring	Forslag om overleveringsprosedyre er utarbeidet i tråd med HSØ mal. Denne må diskuteres og besluttes i samråd med EIE. Deretter utarbeides rutiner og opplæring tilpasses	Prosedyrer m rutiner er implementert		Ikke startet	2
30. Teknisk dokumentasjon fra leverandør uteblir og følges ikke opp	<ul style="list-style-type: none"> Endelig leveranse bør ikke godkjennes som ferdigstilt og betales før nødvendig dokumentasjon er mottatt. Rutiner bør styrkes for oppfølging av at teknisk dokumentasjon som følger leveranser faktisk blir mottatt. 	Prosedyre /rutine Merkanthitt	Se punkt 29 I tillegg er det behov for å se på prosedyrer og å sørge for evt oppdateringer. Rutiner skal inn i kontrakter og avropsavtaler i tråd med NS8405.	Prosedyrer m rutiner er implementert		Ikke startet	2
31. Svak etterlevelse av prosjektadministrative oppgaver ved prosjektavslutning gjør at dokumentasjon er vanskelig å finne i etterkant	<ul style="list-style-type: none"> Styrke prosedyrer og opplæring knyttet til prosjektadministrative oppgaver ved prosjektavslutning for å sikre en bedre og mer felles gjennomføring av disse oppgavene. Etablere bedre støtte for dokumenthåndtering og arkivering som del av arbeidet med å styrke prosessen Øke oppfølgingen av etterlevelse av prosedyrene i en periode for å synliggjøre at dette er viktig. Denne oppgaven kan utføres av nye lokasjonsansvarlige eller personer i stabroller. Vurder også å etablere konsekvenser for gjentatte brudd på etterlevelse. 	Prosedyre /rutine Ledelse	Også i dette punktet er det behov for å forbedre prosedyrer med bedre rutiner og tilhørende opplæring. Det krever også et samarbeid med EIE i å avklare forventingsnivå med etterlevelse og gjennomgående ledelse knyttet til dette.	Prosedyrer m rutiner er implementert EIE rapporterer om bedring		Startet	2
32. Manglende evaluering av prosjektgjennomføring ifm avslutning	<ul style="list-style-type: none"> Etablere fast evalueringsmøte ved prosjektavslutning for å få frem forbedringspunkter for senere prosjekter. Prosjekter under en viss størrelse kan eventuelt vurderes unntatt. 	Prosedyre /rutine Ledelse	Sikre god læring og erfaring ved å innarbeide dette som obligatorisk i kvalitetssystemet I tillegg bør hovedpunkter fra dette også legges inn i faste fagmøter hvor man fremlegger prosjekter med erfaringstilbakemelding. Evalueringen må ta utgangspunkt i bestillingen og dokumentasjonen av at denne er innfridd.	Evalueringsmøter avholdes		Ikke startet	2

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 28. oktober 2015

Saksbehandler: Direksjonssekretær

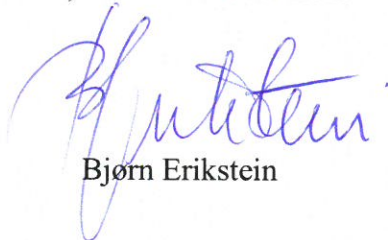
Vedlegg:

SAK 73/2015 PLAN FOR STYRET I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 20. oktober 2015



Bjørn Erikstein

Årsplan for styret i Oslo universitetssykehus HF

Møte	Vedtaksaker	Orienteringssaker
Reservetid 25. november 2015 kl 8 – ca 14		
17. desember 2015 kl 8-14	Budsjett 2016 (leie av bygg) Områdeplan for anskaffelse av medisinskteknisk utstyr 2016-19 Idefase Oslo universitetssykehus Valg av styret i Barnestiftelsen	Rapportering Plan for styret
28. januar 2016 kl 8-14	Årlig melding 2015	Rapportering Årsplan for styret Oppfølging styresaker Innovasjon (tentativ)
17. mars 2016 kl 8-14	Økonomisk langtidsplan 2017-2020 Årsoppgjør 2015 Oppdrag og bestilling 2016	Rapportering Plan for styret Årsplan arbeidsmiljø 2014 Kontinuerlig forbedring i OUS HF (tentativ)
28. april 2016 kl 8-14		
Reservetid 26. mai 2016 kl 8 – 14	Styreseminar	
23. juni 2016 kl 8-14	Ledelsens gjennomgang 1. tertial Prosess budsjett 2017	Rapportering Plan for styret
29. september 2016 kl 8-14	Rapportering Budsjett 2017 Eierskap i selskaper Møteplan for 2017	Rapportering Plan for styret Oppfølging styresaker Møte med Brukerutvalget
27. oktober 2016 kl 8-14	Ledelsens gjennomgang 2. tertial Budsjett 2017	Rapportering Plan for styret
27. oktober 2016 kl 14-19	Styreseminar	
Reservetid 24. november 2016 kl 8 – ca 14		
15. desember 2016 kl 8-14	Budsjett 2017	Rapportering Plan for styret

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte.: 28. oktober 2015

Saksbehandler: Leder Direktørens kontor

Vedlegg:

SAK 74/2015 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER

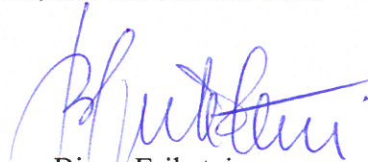
Følgende legges frem til orientering:

1. Prosjekt gjennomgang og utvikling av organiseringen av Oslo universitetssykehus
2. Revisjoner og tilsyn
4. Referat

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 20. oktober 2015


Bjørn Erikstein

1. PROSJEKT GJENNOMGANG OG UTVIKLING AV ORGANISERINGEN AV OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Styret har tidligere blitt orientert om sykehusets organisasjonsprosjekt. Styret fikk en orientering om innhold og status i prosjektet i egen sak 34/2015 den 30. april 2015 og under sak 49/2015 Administrerende direktørs orienteringer den 18. juni 2015. Målet med prosjektet er å danne et godt beslutningsgrunnlag for videre utvikling av organiseringen av Oslo universitetssykehus, slik at sykehuset kan løse sine oppgaver på best mulig måte. Prosjektet har til hensikt å vurdere og eventuelt foreslå endringer i organiseringen som fremmer og støtter opp under Oslo universitetssykehus sin strategi, formål og en effektiv drift.

Prosjektet har i sitt kartleggingsarbeid pekt på spesielt fire områder som har betydning på alle organisasjons- og ledernivåer i organisasjonen: geografisk organisering og behov for styrket stedlig ledelse, organisasjonsenheters størrelse og heterogenitet, behov for mer styrbarhet og styrket ledelse, og behov for større nærhet til klinikken (kortere lederlinje). Dette er problemstillinger som henger nøye sammen, og som til dels avhenger av hverandre.

I organisasjonsprosjektets første delrapport ble det gitt en generell vurdering av hvordan en deling av klinikkene kan gi sykehuset en bedre måloppnåelse. I en videreføring av dette arbeidet har klinikkene høsten 2015 selv gitt sine egne vurderinger av konsekvensene av deling fra 2016. Klinikkerne har i denne prosessen vurdert: konsekvensene ved å opprettholde dagens klinikkstruktur de neste fem år, mulighetsrom ved deling, mulig fordeling av avdelinger, og hvilke viktige interne avhengigheter som må søkes ivaretatt ved en eventuell deling.

Andre delrapport fra prosjektgruppen behandles av prosjektets styringsgruppe i siste halvdel av oktober. Rapporten ser nærmere på en endring av hele klinikkstrukturen, med hovedfokus på deling av et flertall av klinikkene samt flytting av enkelte avdelinger. Organisasjonsprosjektets gjennomgang av den overordnede organiseringen av Oslo universitetssykehus viser til et behov for å styrke styring og ledelsessiden særlig med hensyn til en bedre håndtering av driftssituasjonen. Deling av klinikkene er foreslått for å muliggjøre redusert kontrollspenn for klinikkene og mer nærhet til den kliniske virksomheten for direktøren. Et viktig formål med å etablere flere og mindre klinikker er å legge bedre til rette for å øke styrbarheten og for mer effektiv drift. Dette anses som et viktig mål for Oslo universitetssykehus de nærmeste årene, hvor hovedoppgaver er å unngå fristbrudd, redusere antall langtidsventende, gjennomføre pakkeforløp for kreft og nå de økonomiske målene som er satt i økonomisk langtidsplan. En deling av en klinikk vil kunne innebære at klinikkleder og klinikkens ledergruppe kan redusere sitt oppmerksomhetsområde, samtidig som de samlet sett får et mer homogent innhold i virksomheten å forholde seg til og håndtere. Det vil videre gi mulighet for tettere oppfølging av daglig drift, og å spisse den enkelte klinikkens faglige profil.

En sluttrapport vil bli behandlet i styringsgruppen tidlig i 2016. En deling av klinikkene øker behovet for en gjennomgang og vurdering av den samlede bruken av stabs- og støttefunksjoner og av tverrgående oppgaver som forskning, utvikling og undervisning, slik at dette kan ivaretas på tvers av klinikkene og nærmere i møtet mellom pasient og behandler. Organisasjonsprosjektet vil i sitt arbeid frem mot leveranse av sluttrapport vurdere hvordan de nevnte hovedproblemstillingene bør håndteres i den påfølgende organisasjonsutviklingsprosessen.

Ingen avdelinger eller seksjoner kan av tekniske og budsjettmessige årsaker deles fra årsskiftet 2016. Denne typen organisasjonsendringer må vurderes i en senere fase av organisasjonsutviklingsarbeidet inn mot 2017.

2. REVISJONER OG TILSYN

Gjennomgang av regnskapsområdet; revisjon av tilganger og fullmakter innenfor regnskapsområdet

Bakgrunn

Oslo universitetssykehus HF (OUS) har som en del av internkontrollen innenfor økonomiområdet gjennomført en analyse av fullmaktsstruktur og arbeidsdeling i regnskapsavdelingen. Oppgaven er utført av foretakets revisor PwC og senere fulgt opp av økonomistaben.

Om oppdraget

Fullmakter innenfor regnskapsavdelingen er gjennomgått med en tilhørende analyse av rollekonflikter knyttet til følgende fullmakter:

- Utbetalingsfullmakt
- Tilgang til bokføring av bilag
- Anvisnings- og attestasjonsfullmakt
- Tilgang til endring av faste data for leverandører

Oppfølging og vurdering

Gjennomgangen av fullmaktsstruktur og arbeidsdeling i regnskapsavdelingen har vært nyttig og det er gjennomført tiltak ut fra anbefalingene til revisor for å sikre bedre kontroll innenfor dette området. Dette vil følges opp fremover for å sikre at fullmakter og arbeidsdeling fortløpende er tilfredsstillende.

Grunnleggende prinsipper lagt til grunn i oppsett av Oracle (fellessystem med logistikk, innkjøp og regnskap) ved Oslo universitetssykehus HF:

- Remitteringsrutine: Det er alltid "fire øyne" prinsipp ved godkjenning av betalingsfil.
- Bankfullmakter: Det er alltid to i fellesskap med tilgang til OUS sin konsernkontorordning.
- Fullmakter knyttet til innkjøp felles system er nå rullet ut i ny forvaltningsløsning slik at det er de samme fullmaktene som gjelder ved både bestilling og fakturahåndtering.
-

Oppfølging av både arbeidsdeling og fullmakter vurderes å være vesentlig forbedret etter at Oracle nå er felles system for både logistikk, innkjøp og regnskap. Dette forsterkes av at det er etablert en felles løsning for forvaltning av organisasjonsstruktur og fullmakter.

Oppfølgingspunktene fra PwC er fulgt opp med tiltak. I tillegg vurderes det gjennomført en egen risikoanalyse med fokus på overvåking og sikkerhets håndtering av filer i Oracle fellessystem samt at det lages en oppdatert oversikt over roller og ansvar inkl det systemtekniske ansvaret i løsningen.

Tilsynsrapport DSB

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) gjennomførte 24.08-02.09.15 tilsyn vedrørende elektromedisinsk utstyr, elektriske anlegg og elektrisk utstyr i avdelingene. Tilsynet som involverte flere klinikker, var en oppfølging av tidligere års tilsyn og lukkede avvik.

Foreløpig har vi fått et forhåndsvarsel om pålegg knyttet til fire avvik. Sykehuset vil gi en uttalelse om beskrivelsen av enkelte funn innen fristen 30.10.15. De fire avvikene gjelder følgende forhold: 1. Det er til dels store etterslep i det forebyggende arbeidet i el-anleggene. Dette gjelder mindre kompliserte medisinske rom, mens de mer kompliserte rommene har blitt prioritert. 2. De feil og mangler i el-anleggene ved Ullevål sykehus som rapporteres inn og de avvik egenkontrollen selv avdekker, blir ikke lukket utover «brannslukking». 3. OUS praktiserer ikke meldeplikten til DSB når aktive implantat er involvert i uhell/nestenuhell. 4. Registrering i El-virksomhetsregisteret var ikke dekkende for foretakets organisering og omfang. Ansvar og oppgaver var ikke tilstrekkelig tydeliggjort i internkontrollsystemet eller omforent oppfattet.

Arbeidet med å lukke avvikene er allerede satt i gang. En forpliktende handlingsplan for lukking av avvikene blir utarbeidet og oversendt innen fristen 10.12.15.

3. BREV OG REFERAT

- Foreløpig protokoll fra Brukerutvalgets møte 21.9.2015 (vedlegg)

PROTOKOLL

Møtetema: Brukerutvalgsmøte 21. september 2015
 Til: Brukerutvalget ved OUS
 Kopi: Kari Skredsvig, Tove Strand, Anne Margrethe Svanes
 Dato dok: 22.9.2015
 Dato møte: 21.9.2015
 Referent: Stine Arntzen Selfors
 Tilstede: Tove Nakken, Lilli-Ann Stensdal, Kim Fangen, Veslemøy Ruud, Kjell Silkoset, Tommy Sjøfjell, Eli Rasmussen, Arne Olav Hope, Ane Ringstad Næss, Twinkle Dawes, Stine Dybvig og Heine Århus.
 Tove Strand og Stine Arntzen Selfors (Stab samhandling og internasjonalt samarbeid)
 Forfall: Kristin Borg, Tayyab Chaudri,

Saksliste (følgende saker ble drøftet/orientert om):

Sak nr	
Sak 031-15	<p>Godkjenning av innkalling</p> <p>Vedtak Innkalling med saksliste godkjent.</p>
Sak 032-15	<p>Brukerutvalgets arbeidsform Leder av Brukerutvalget, Tove Nakken, gjennomgikk brukerutvalgets mandat og arbeidsform for det nyutnevnte brukerutvalget. Brukerutvalgets medlemmer presenterte sine forventninger.</p>
Sak 033-15	<p>Orienteringssaker</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brukerutvalget har mottatt et brev fra Lymfekreftforeningen om Radiumhospitalets fremtid til orientering <ul style="list-style-type: none"> ◦ Vedtak: Tas til orientering • Brev om gynekologisk kreft vedlagt spørsmålene til administrerende direktør <ul style="list-style-type: none"> ◦ Vedtak: Videresendes til stab kvalitet og pasientsikkerhet for videre behandling. • Lillian Kramer-Johansen presenterte et utkast til ny forskningsstrategi og ønsker innspill på dette. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Vedtak: Brukerutvalget sender et innspill på utkastet til forskningsstrategi i etterkant av møtet. Saken følges opp i neste brukerutvalgsmøte.
Sak 034-15	<p>Råd/utvalg/prosjekter/konferanser Gjennomgang av de råd og utvalg som brukerutvalget er representert i, og råd/utvalg hvor representanter fra forrige periodes brukerutvalg må erstattes. Representantene bes om å sende inn referater fra avholdte møter til koordinator.</p> <p>Vedtak Følgende nyoppnevninger av brukerrepresentanter til råd/utvalg ble gjort:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kjell Silkoset: Brukerrådet - Smerteklinikken • Stine Dybvik: Brukerrådet – KKN • Arne Olav Hope: Brukerutvalget – Aker helsearena • Twinkle Dawes: Pasientsikkerhets- og kvalitetsutvalget – KKN

	<ul style="list-style-type: none"> • Tove Nakken: Regionalt forskningsutvalg • Tove Nakken: Sentralt kvalitetsutvalg • Heine Århus: Sentralt kvalitetsutvalg • Ane Ringstad Næss: PPO-forum
Sak 035-15	Revidert kommunikasjonsstrategi for OUS v/ Ingvild Utne og Bjørn Tiller, Kommunikasjonsstaben Utne og Tiller presenterte arbeidet med ny kommunikasjonsstrategi for OUS og fikk konkrete innspill fra brukerutvalget på fire utvalgte kommunikasjonsmål. Den reviderte strategien sendes på høring i oktober.
Sak 036-15	Organisasjonsutviklingsprosjektet v/Thomas Hansen og Rune Rimstad Brukerutvalget ble orientert om status i organisasjonsprosjektet og delprosjekt 2 – IKT og teknologi. Brukerutvalget ga deretter innspill til hva som fungerer godt nå, forbedringer og muligheter og på hvilken måte brukere kan påvirke utviklingen av IKT og teknologi på OUS. Thomas Hansen inviterer til en workshop for de som ønsker å være med å påvirke delprosjekt 2 ytterligere.
Sak 037-15	«Det gode pasientmøtet» - revidert handlingsplan v/ Tove Strand Det gode pasientmøtet er en sammenslåing og forenkling av de tre eksisterende handlingsplanene; Pasient- og pårørendeopplæring, Brukermedvirkning og Det gode pasientmøtet. Vedtak: Innspill til Det gode pasientmøtet sendes Tove Strand innen onsdag 30. september.
Sak 038-15	Administrerende direktør sin time Viseadministrerende direktør, Tove Strand besvarte tilsendte spørsmål fra brukerutvalget på vegne av administrerende direktør
Sak 039-15	Styresaker Viseadministrerende direktør Tove Strand orienterte om sakene til styremøtet 25. september, der brukerutvalgets leder og nestleder stiller.
Sak 040-15	Eventuelt <ul style="list-style-type: none"> • HIV15: Nasjonal konferanse for hivpositive, pårørende og helsearbeidere arrangeres av Nye Pluss og Oslo universitetssykehus 2. -3. november • Brukerrådseminar arrangeres av KPHA 22. oktober. • Presentasjon for styret: Brukerutvalget er invitert til å presentere seg for styret 28. oktober. Arbeidsutvalget lager et utkast til program som gjennomgås på neste brukerutvalgsmøte.