

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 3. Mai 2012

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg: Sakliste

SAK 24/2012: GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE.

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Oslo, den 26. april 2012

Stener Kvinnsland
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

Møtenavn:	Styremøte
Dato møte:	3. mai 2012
Møtetid:	Kl. 8.00 – 14.00
Møtested:	Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet, Forskningsbygget, Seminarrom 1 og 2.

Sak 24/2012	Beslutning:	Godkjenning av innkalling og saksliste
Sak 25/2012	Beslutning:	Godkjenning av protokoll styremøte 29.3.2012
Sak 26/2012	Beslutning:	Rapport per mars 2012
Sak 27/2012	Beslutning:	Økonomisk langtidsplan
Sak 28/2012	Beslutning:	Revisjon og ventelistehåndtering
Sak 29/2012	Beslutning:	Orientering om områdeplan IKT
Sak 30/2012	Orientering:	Status arbeid med områdeplaner
Sak 31/2012	Orientering:	Presentasjon av Oslo sykehuservice
Sak 32/2012	Orientering:	Møte med Brukerutvalget
Sak 33/2012	Orientering:	Årsrapport arbeidsmiljø
Sak 34/2012	Beslutning	Årsoppgjør stiftelsen Oslohjemmenes Vel
Sak 35/2012	Beslutning	Utdanningsstrategi for Oslo universitetssykehus HF
Sak 36/2012	Orientering	Administrerende direktørs orienteringer

Stener Kvinnsland
sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 3. mai 2012

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg Utkast til protokoll styremøte 29. mars 2012.

**SAK 25/2012: GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE
29. MARS 2012.**

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 29. mars 2012.

Oslo, den 26. april 2012

Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

UTKAST

Protokoll

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	29. mars 2012
Dato møte:	29. mars 2012 kl. 8.00-11.50 på Radiumhospitalet i Oslo.
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

Tilstede: Stener Kvinnsland, Anders Utne, Gøran Stiernstedt, Nina Tangnæs Grønvold, Tor Ingebrigtsen, Merete Norheim Morken, Ole Petter Ottersen, Svein Erik Urstrømmen, Rita von der Fehr, Vibeke Braastad Kristinansen, Ann Karin Osode

Forfall: Bjørn Wølstad-Knudsen, Aasmund Magnus Bredeli, Marianne Borgen, Ellen Christine Christiansen, Barbro Hætta

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

Tilstede ellers: observatører fra Brukerutvalget Nina Adolfsen og Heine Århus, publikum

Sak 12/2012 Godkjenning av innkalling og saksliste

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 13/2012 Godkjenning av protokoll

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner protokollen fra møtet 9. februar 2012

Sak 14/2012 Årsoppgjør 2011

Revisor ved Tom Henry Olsen og Hans-Christian Berger var tilstede ved behandling av saken.

Enstemmig vedtak:

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

Sak 15/2012 Oppdrag og bestilling 2012 Oslo universitetssykehus

I foretaksmøte 10. februar 2012 ble oppdrag og bestilling 2012 gjort gjeldende for helseforetaket.

Enstemmig vedtak:

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

Sak 16/2012 Rapportering per februar 2012

Aktiviteten innenfor alle somatikken er om lag på plan. Innenfor psykisk helsevern er den polikliniske aktiviteten høyere enn planlagt og økt fra 2011. Det er noe høyere aktivitet innenfor døgnvirksomheten innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn lagt til grunn i budsjettet. Den polikliniske aktiviteten innenfor rusområdet er trolig om lag som budsjettet.

Det har vært en liten nedgang i antall ventende, og gjennomsnittlig ventetid til avvikling er noe redusert gjennom de siste månedene. Andel fristbrudd er noe høyere enn i slutten av 2011.

Regnskapet viser et negativt budsjettavvik per februar på 18 millioner kroner justert for økte pensjonskostnader, og inkludert gevinst fra salg av eiendom på 31 millioner kroner.

Antall brutto månedsverk var i mars 16.968 og har vært relativt stabilt de siste månedene etter en betydelig nedgang ved siste årsskiftet.

Enstemmig vedtatt:

Styret tar rapporteringen per februar til orientering.

Styret gir administrerende direktør fullmakt til å anskaffe CT-simulator og lineærakselerator for inntil henholdsvis 14 og 27 millioner kroner, i samsvar med omtale i styresaken.

Styret gir administrerende direktør fullmakt til å sette i gang delprosjekt 15 diagnostikk og intervensjon og delprosjekt 24 gynekologisk onkologi i samsvar med omtale i styresaken.

Sak 17/2012 Økonomisk langtidsplan

Økonomisk langtidsplan er en rullerende langtidsplan med årlig leveranse til Helse Sør-Øst RHF.

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 18/2012 Arealutviklingsplan 2025

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

Varamedlem Ann-Karin Osode ønsket protokollert følgende vedrørende punkt 5 bokstav e i vedtaket:

”Ansatterepresentant Ann-Karin Osode mener at hele Aker-tomta m/bygninger skal eies videre av Oslo universitetssykehus og videre at det også skal legges til rette for utstrakt helsevirksomhet innafor spesialisthelsetjenesten i samhandling med Oslo kommune og andre sykehus i området. Salg av tomt og eiendom på Aker anbefales ikke av representanten.”

Enstemmig vedtak:

1. Styret godkjenner at den fremlagte Arealutviklingsplan 2025 vil være grunnlaget for videre arbeid med utvikling av bygningsmassen i Oslo universitetssykehus.
2. Fag- og virksomhetsstrategi, inklusiv en oppdatert behovsanalyse for Oslo universitetssykehus skal utgjøre det faglige grunnlaget for planleggingsarbeidet i idefasene for sykehusbyggene.
3. Styret ber om at planleggingsarbeidet går videre ved at Oslo universitetssykehus bearbeider Arealutviklingsplanen basert på innspill fra ekstern kvalitetssikring, og at man i dette arbeidet legger til grunn at Oslo universitetssykehus frem mot 2025 vil ha somatisk virksomhet på tre hovedlokalisasjoner.
4. Styret mener det er viktig at videre planer for Oslo universitetssykehus utvikles sammen med øvrig spesialisthelsetjeneste i Oslo sykehusområde, og ber administrerende direktør sikre utvidet dialog med blant andre Diakonhjemmet, Lovisenberg og Oslo Kommune.
5. Basert på dokumentasjonen i saksfremlegget skal følgende områder belyses, rekkefølge prioriteres og sammenholdes med fag- og virksomhetsstrategien inn mot idefase:
 - a. Samlokalisering Radiumhospitalet
 - b. Samlokalisering somatikk Ullevål (inkl. kartlegging av teknisk infrastruktur)

- c. Samlokalisering somatikk Rikshospitalet (inkl. barnehabilitering)
- d. Samlokalisering psykisk helse og avhengighet (Ullevål, Gaustad inkl. avklaring av regional sikkerhetsavdeling)
- e. Videre utvikling av og eierforhold for eiendom Aker.

6. Styret forutsetter at videre planlegging og beslutninger skjer i henhold til "Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter" og i henhold til beslutningsfullmakten i Helse Sør-Øst, og innenfor en kostnadsramme for planleggingsaktiviteter i 2012 på 36 millioner. Det skal samtidig vurderes hvilke av områdene som føres direkte videre i en idefase og hvilke områder som bearbeides videre i Arealutviklingsplanen. Prioriteringen av prosjektplanleggingen må sikre at gjennomføringsrekkefølgen er praktisk og økonomisk mulig. Denne vurderingen må belyse hvilke kortsiktige investeringsbehov som da vil oppstå for å sikre god og forsvarlig virksomhet, og for å tilfredsstille myndighetskrav og pålegg fra blant annet Arbeidstilsyn og Branntilsyn. Det skal legges særlig vekt på risikovurderinger knyttet til sikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen for hele gjennomføringsperioden. Dialogen som har vært med Plan- og Bygningsetaten i Oslo Kommune rundt omregulering på Rikshospitalet videreføres og formaliseres.

Sak 19/2012 Leie av forskningsareal i Domus Medica

Styremedlem Ole Petter Ottersen fratrådte ved behandling av saken.

Enstemmig vedtak:

Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå leiekontrakt med Universitetet i Oslo om et areal på ca 1.900 kvadratmeter i tilbygget til Domus Medica på Rikshospitalet for ti år med opsjon på fem pluss fem nye år.

Sak 20/2012 Strategi for pasient- og pårørendeopplæring 2012-2016 for Oslo universitetssykehus

Strategi for pasient- og pårørendeopplæring 2012-2016 skal bidra til at Oslo universitetssykehus aktivt legger til rette for at pasienter- og pårørende får tilstrekkelig kompetanse til å medvirke i egen behandling, til å ta egne valg og til å mestre sykdom og helse.

Enstemmig vedtak:

Styret vedtar Strategi for pasient- og pårørendeopplæring 2012-2016 for Oslo universitetssykehus HF.

Sak 21/2012 Internrevisjonsplan for Oslo universitetssykehus 2012

Oslo universitetssykehus har en intern revisjon som skal bidra til å etablere og gjennomføre tilfredsstillende intern styring og kontroll.

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 22/2012 Oppfølging av Forskningsrådets fagevaluering

Norges forskningsråd (Forskningsrådet) gjennomførte i 2011 en nasjonal fagevaluering av forskning i biologi, medisin og helsefag. Oslo universitetssykehus følger systematisk opp anbefalinger fra de ulike fagpanelene, i nært samarbeid med Universitetet i Oslo.

Enstemmig vedtak:

Styret tar redegjørelse om oppfølging av Norges forskningsråds fagevaluering av medisinsk, biologisk og helsefaglig forskning til orientering.

Sak 21/2012 Administrerende direktørs orienteringer

Det ble orientert om:

Konstituering av viseadministrerende direktør medisin, helefag og utvikling, Resultater fra pasientundersøkelsen PasOPP, Ventelister og fristbrudd, Fagstrategi for Oslo universitetssykehus, Status for IKT prosjekter, Status for Inntekstmodellen i Helse Sør-Øst, Status samhandlingsprosjekter, Helsetilsynets tilsyn med behandling av eldre pasienter med hjerneslag, Vedlikeholdsplan og pålegg fra Arbeidstilsynet og etter branntilsyn, Salg av eiendommer i Bærum kommune, Rettstvister, Etterforskning i straffesak vedrørende arbeidsforholdet til fillipinske ansatte i Oslo universitetssykehus, Omtale av Oslo universitetssykehus i media, Referater, Årsplan, Lønnsoppgjøret 2012. Saken ble drøftet i lukket møte og styremedlemmer valgt av og blant de ansatte fratrådte.

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering

Stener Kvinnsland
Styreleder

Göran T. Stiernstedt
Nestleder

Marianne Borgen
(Ikke tilstede)

Barbro Lill Hætta
(Ikke tilstede)

Aasmund Magnus Bredeli
(Ikke tilstede)

Nina Tangnæs Grønvold

Svein Erik Urstrømmen

Ellen Christine Christiansen
(Ikke tilstede)

Anders T. Utne

Merete Norheim Morken

Ole Petter Ottersen

Bjørn Wølstad-Knudsen
(Ikke tilstede)

Tor Ingebrigtsen

Rita von der Fehr

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 3. mai 2012

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg: 1. Tabellvedlegg

SAK 26/2012 RAPPORTERING PER MARS 2012

Forslag til vedtak:

1. *Styret tar rapporteringen per mars til orientering*
2. *Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre delprosjekt som omfatter utbedring og kapasitetsøkning ved Intensiv 3 ved Ullevål med en samlet kostnadsramme på 10,8 millioner kroner.*

Oslo, den 26. april 2012

Bjørn Erikstein

1. SAMMENDRAG

Gjennomgangen av status og resultater per mars (årsverk per april) viser kortfattet følgende:

- Somatikk:
 - Aktiviteten innenfor somatikken er høyere enn budsjettet.
 - Det er registrert færre liggedøgn for utskrivningsklare pasienter (somatikk) enn budsjettet.
- Psykisk helsevern og rusbehandling:
 - Aktiviteten innenfor psykisk helsevern er høyere enn planlagt både for døgnvirksomheten og poliklinisk aktivitet.
 - Det er høyere døgnaktivitet innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn lagt til grunn i budsjettet. Den registrerte polikliniske aktiviteten innenfor rusområdet er hittil i år noe lavere enn budsjettet, og det jobbes for å lukke dette avviket.
- Utviklingen i ventetid for Oslo universitetssykehus er svakt positiv: Ved utgangen av mars var gjennomsnittlig ventetid til avvikling (for pasienter både med og uten rett til prioritert helsehjelp) redusert til 78 dager.
- Andel fristbrudd er omtrent på samme nivå som i samme periode i 2011.
- Det økonomiske resultatet viser et negativt budsjettavvik per mars på 34 millioner kroner (justert for økte pensjonskostnader) inkludert gevinst fra salg av eiendom på 31 millioner kroner. Korrigert for denne salgsinntekten viser ordinær drift et negativt resultatavvik (justert for økte pensjonskostnader) på om lag 65 millioner kroner til og med mars.
- Antall brutto månedsverk var i april 16.941 og har vært relativt stabilt de siste månedene etter en betydelig nedgang ved siste årsskiftet.
- Sykefraværet per februar er på 8,4 prosent. Dette er en økning på 0,5 prosentpoeng fra samme periode i 2011.

2. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING OG ANBEFALING

Administrerende direktør konstaterer at aktiviteten hittil i 2012 er relativt høy både når det gjelder somatikk og psykisk helsevern. Innenfor psykisk helsevern vurderes det som positivt at den polikliniske aktiviteten er høyere enn budsjettet. Innenfor somatikk kan det ligge an til klart høyere aktivitet på årsbasis enn budsjettet. Blant annet på bakgrunn av lange ventelister er det ikke satt i verk tiltak for å begrense aktiviteten i somatikken. Det er fortsatt usikkerhet knyttet til tallene innenfor rusområdet.

Arbeidet med oppfølging av ventelister og fristbrudd er løpende tema i den interne resultatoppfølgingen på sykehuset. Det er etablert tre innsatsområder knyttet til henvisningshåndtering og ventelistedministrering som administrerende direktør forventer vil ha effekt på flere av styringsparametrene som omhandler ventelistene.

Det er bekymringsfullt at sykehuset har et betydelig negativt økonomisk avvik hittil i år. De tiltakene som så langt er identifisert vurderes ikke å være tilstrekkelige for å kunne nå det økonomiske resultatmålet, og samlet sett vurderes det å være en

betydelig risiko for et negativt resultatavvik ved årets slutt. Administrerende direktør har på denne bakgrunn funnet det nødvendig å redusere de planlagte investeringene.

3. PASIENTBEHANDLING

3.1. Aktivitet somatikk

Etter tre måneder viser rapporteringen fra Oslo universitetssykehus HF at aktiviteten samlet er noe høyere enn lagt til grunn i budsjettet innenfor somatikken. Dette gjelder både for antall opphold og DRG-poeng. For antall døgn- og dagopphold er det kun små avvik, mens antall polikliniske konsultasjoner er 5.059 (2,5 pst) høyere enn budsjettet per mars. Per mars er aktiviteten innenfor somatikken hva gjelder DRG-poeng 1,2 pst (627 DRG-poeng) høyere enn budsjettet. Dette gjelder både for DRG-poeng som inngår i "sørge-for" ansvaret og gjestepasienter fra andre regioner. Det er størst positive aktivitetsavvik innenfor Medisinsk klinikk som har en svært høy andel øyeblikkelig-hjelp-pasienter, innenfor Hjerter-, lunge- og karklinikken som har en svært høy andel lands- og regionspasienter og innenfor Kvinne- og barneklubben hvor antall fødsler i mars var høyere enn planlagt.

Sammenlignet med de tre første månedene i 2011 er det registrert en reell aktivitetsreduksjon på om lag 2,8 pst (aktivitet begge år målt med 2012-grupper). I forhold til fjoråret er aktiviteten redusert på flere områder som følge av at den såkalte haleaktiviteten i overføringsområdet til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF er avviklet. Innenfor enkelte andre områder er aktiviteten imidlertid økt fra 2011 til 2012, blant annet innenfor hjerteområdet hvor det er gjennomført flere PCI-er og ablasjoner. Det er videre en økning i antall traumealmer.

3.2. Aktivitet psykisk helsevern

For *voksenpsykiatrien* er antall utskrevne pasienter hittil i år 22 flere (7,9 pst) enn budsjettet. Sammenlignet med 2011 er det en reduksjon i antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling på 19 pst (72 opphold). Den polikliniske aktiviteten er 15,6 pst (2.962 konsultasjoner) høyere enn plantall, og er økt med 34 pst (fra 16.430 til 21.963) konsultasjoner fra 2011. Den høye polikliniske aktiviteten skyldes to nye poliklinikker, hvor aktiviteten er høyere enn planlagt hittil i år. Videre har det vært lite vakanser og god produktivitet per behandler. Større grad av poliklinisk behandling er en ønsket og planlagt endring av virksomheten.

Den polikliniske aktiviteten innenfor *barne- og ungdomspsykiatrien* er per mars 2,8 pst (367 konsultasjoner) høyere enn plantall. Innenfor døgnvirksomheten er det skrevet ut 7 flere pasienter enn budsjettet. Sammenlignet med 2011 er antall polikliniske konsultasjoner økt med 370 (2,8 pst) og det er skrevet ut 3 færre pasienter fra døgnbehandling enn i 2011.

3.3. Aktivitet tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Innenfor TSB er det skrevet ut 9 pst (55 opphold) flere pasienter fra døgnbehandling enn plantall, mens antall polikliniske konsultasjoner er 9 pst (226) lavere. Det er satt igang tiltak for å lukke avviket. Tiltakene omfatter sykefraværsoppfølging, omdisponering av lokaler, og kvalitetssikring av registreringspraksis. Det er tatt initiativ til å se på om større deler av pasientstrømmen kan gå via refusjonsberettiget poliklinikk eller at flere av poliklinikkene søkes godkjent for refusjon.

Sammenlignet med 2011 er det en reduksjon i antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling på 29 pst (249 opphold). Endringen fra fjoråret henger sammen med overføring av 10 døgnplasser for avgiftning til Akershus universitetssykehus HF fra 16. 01.2012 og avviklingen av 8 plasser ved Enheten Frogn i mai 2011. Antall polikliniske konsultasjoner er redusert med 23 pst (638 konsultasjoner). Det er ingen endring i organisasjonen eller krav overfor behandlerne som skulle tilsi en nedgang i antall polikliniske konsultasjoner. Det er imidlertid foretatt en administrativ endring i registreringen som for tiden medfører en senere registrering av konsultasjoner enn tidligere og dermed en forsinket rapportering. Det arbeides med en forbedring av registreringen, med en kontinuerlig opplæring og oppfølging.

3.4. Ventelisteutvikling

For 2012 er målet at gjennomsnittlig ventetid til helsehjelpen starter skal reduseres til 65 dager. Utviklingen for Oslo universitetssykehus HF er svakt positiv og per utgangen av mars var gjennomsnittlig ventetid til avvikling (for pasienter både med og uten rett til prioritert helsehjelp) 78 dager mot 75 dager ved utløpet av 2011 og 94 dager per mars 2011.

Det er etablert tre innsatsområder knyttet til henvisningshåndtering og ventelisteadministrering som vil få effekt på flere av styringsparametrene som omhandler ventelistene:

- **Opplæring og kompetanseheving**

Fokus og kompetanse i organisasjonen knyttet til gjeldende lovverk og regler for henvisningshåndtering og ventelisteadministrering skal heves.

Det er etablert en "task force"- gruppe bestående av helsejurist, ventelistecontroller med god kompetanse på det pasientadministrative systemet og lege som sammen med klinikkleder og ventelisteansvarlig i klinikken sørger for konkret opplæring av merkantilt personell og legegruppen i de enkelte avdelingene. Det legges vekt på bruk av Prioriteringsveiledere for å få korrekt og enhetlig vurdering av rett til prioritert helsehjelp. Det vektlegges også praktiske forhold som tilrettelegging for bedre håndtering av henvisninger og ventelister ved at lege og merkantilt personale jobber sammen, samt at timebøker må etableres for minimum 12 mnd frem i tid slik at pasientene kan få time samtidig som vurdering av henvisning.

- **Gjennomgang av ventelistene**

Det er tidligere iverksatt tiltak for gjennomgang av fristbruddpasienter og pasienter uten rett til prioritert helsehjelp på ventelistene. Nå settes det også fokus på åpne henvisningsperioder og interne ventelister til kontroller. En gjennomgang av ventelistene er nødvendig slik at man tilrettelegger for god planlegging av driften og kan se reelle ventelister (både eksterne og interne) opp mot tilgjengelig kapasitet. Formålet er at ventelistene skal bli et bedre verktøy i planlegging av driften og i arbeidet med å nå målene om bl.a at gjennomsnittlig ventetid til start helsehjelp ikke overstiger 65 dager og at pasientene ikke opplever fristbrudd.

- **Tiltak for økning av kapasitet innenfor enkelte fagområder**

Det er igangsatt egne møter med klinikkledere for planlegging av konkrete tiltak innenfor fagområder hvor det er lange ventelister med både fristbrudd og høyt antall ventende over 12 mnd. For aktuelle avdelinger gjennomgår man konkrete tiltak som knytter seg til antall kontroller, økt bruk av dagkirurgi, skjerming av

elektiv kirurgi, behov for evt avtale med andre sykehus og behov for midlertidig økning av kapasitet.

Tiltakene er forankret blant klinikkledere og ventelisteansvarlige i klinikkene og arbeidet med ventelister og fristbrudd tas opp i alle oppfølgingsmøtene med klinikkene. Arbeidet har høy prioritet.

3.5. Fristbrudd

For 2012 er målet at pasientene ikke skal oppleve fristbrudd. Andelen fristbrudd var i mars 12,9 pst, hvilket er relativt stabilt fra forrige måned og tilsvarende som i samme periode i 2011.

Tiltakene som er omtalt ovenfor vil også bidra til å redusere antall fristbrudd. Kompetansen rundt pasienters rettigheter og korrekt håndtering av pasienter med rett til prioritert helsehjelp økes i tillegg til at det settes fokus på ajourførte ventelister og god planlegging av driften samt at man ser på tiltak for økning av kapasitet innenfor enkelte fagområder med høy andel fristbrudd. Dette siste tiltaket vil spesielt ha effekt på andel fristbrudd.

3.6. Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Oslo universitetssykehus HF arbeider for at flest mulig pasienter får informasjon om time for utredning/behandling samtidig som det gis informasjon om vurderingen av henvisningen. Per dags dato har ikke Oslo universitetssykehus HF data på hvor stor andel pasienter som får tidspunkt for helsehjelp i samme brev som det gis informasjon om henvisningsvurderingen. Dette vil mest sannsynlig ikke kunne rapporteres før i 2. halvår. I forbindelse med fokus på opplæring og kompetanseheving knyttet til henvisningshåndtering og ventelisteadministrering, vektlegges også målet om at pasienter skal få tidspunkt for helsehjelp sammen med informasjon om henvisningsvurderingen. Etableringen av timebøker fremover i tid vil muliggjøre en positiv utvikling på dette området.

3.7. Andel korridorpasienter

For 2012 er målet at det ikke skal være korridorpasienter. Andelen korridorpasienter var i mars 0,9 pst, hvilket er relativt stabilt fra tidligere perioder.

Tiltak i klinikkene for å redusere omfanget av korridorpasienter er økt fokus på planlegging av utskrivning, tidligere legevisitter og dermed tidligere utskrivning av pasienter og bedre bruk av senger på tvers av de ulike sengepostene.

3.8. Utskrivningsklare pasienter

Samhandlingsreformen ble iverksatt fra 1.1.2012. En av intensjonene med reformen var at pasienter som ikke lenger har behov av spesialisthelsetjenester så raskt som mulig skal overføres til kommunalt ansvar. Innenfor somatikken er det satt en døgnprisen på 4 000 kroner for utskrivningsklare pasienter, og det ble i budsjett 2012 overført 24,9 millioner kroner fra sykehuset til kommunen knyttet til utskrivningsklare pasienter og 8,2 millioner kroner knyttet til utbygging av tilbud innenfor øyeblikkelig hjelp.

Med den fastsatte døgnprisen for 2012 tilsvarer overførte midler knyttet til utskrivningsklare pasienter nivået på utskrivningsklare pasienter innenfor somatikken i 2011.

Innenfor *somatikken* var andel liggedøgn for utskrivningsklare pasienter i januar 1,5 pst (659 liggedøgn), 0,9 pst (394 liggedøgn) i februar og er i mars redusert til 0,7 pst (331 liggedøgn). Andelen utskrivningsklare pasienter hittil i år er imidlertid lavere enn budsjettet, og per mars er det et negativt inntektsavvik på 0,9 millioner kroner. I tillegg knytter det seg usikkerhet til inntektene for perioden 1. januar -11. januar på grunn av at nye melderutiner først ble tatt i bruk fra 12.januar. Bydelene har varslet at de ikke vil betale ny pris for dagene før ny rutine ble tatt i bruk. Årsaken til at ny melderutine ikke var på plass tidligere skyldes at Forskrift om kommunal medfinansiering og utskrivningsklare pasienter ble vedtatt sent.

I forbindelse med gjennomføring av samhandlingsreformen, ble det fra 1. januar innført et prinsipp om kommunal medfinansiering for en stor del av de medisinske pasientene. Foretaket har så langt ikke nok erfaring til å kunne si hvordan dette vil slå ut i forhold til eventuelle endringer i sykehusets inntekter på sikt. For 2012 forutsettes dette å være økonomisk nøytralt.

Innenfor *psykisk helsevern for voksne (VOP)* er andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter betydelig større enn innenfor *somatikken*. Hittil i år er andelen på 5,9 pst. Dette betyr at det hver dag hittil i år i gjennomsnitt har vært 12 utskrivningsklare pasienter. Helseforetakene kan ikke fakturere kommunene for utskrivningsklare pasienter innenfor psykisk helsevern.

4. ØKONOMI

4.1. Resultat per februar

Styret har vedtatt et budsjett med et underskudd på 400 millioner kroner. Akkumulert per mars viser det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF et negativt resultat på 155 millioner kroner mot et budsjettet negativt resultat på 20 millioner kroner, dvs et negativt budsjettavvik på 135 millioner kroner. I dette inngår høyere pensjonskostnader enn budsjettet med 100 millioner kroner. Disse økte pensjonskostnadene forventes kompensert. Justert for økte pensjonskostnader er det negative budsjettavviket 34 millioner kroner. Det negative budsjettavviket er økt med 16 millioner kroner i mars (fra 18 millioner kroner per februar til 34 millioner kroner per mars). I akkumulert budsjettavvik inngår gevinst fra salg av eiendom med en engangsinntekt på 31 millioner kroner. Videre er det enkelte forhold fra 2011 som bidrar med både positive og negative effekter. Samlet sett har altså den ordinære driften vært om lag 65 millioner kroner svakere enn forutsatt i budsjettet hittil i år. Det negative avviket for mars er noe lavere enn gjennomsnittet for januar og februar. Det er først og fremst høyere aktivitet innenfor *somatikken* enn lagt til grunn i budsjettet som bidrar til dette.

Det er fortsatt noe usikkerhet knyttet til periodisering av både inntekter og kostnader. På inntektssiden relateres dette blant annet til innføring av nytt kodeverk (radiologi) parallelt med innføring av nytt system (BKM: Behandlerkravmelding) for innsending av refusjonskrav til Helfo. Dette medfører usikkerhet for foretakets inntekter. Eksempelvis er det for Klinik for diagnostikk og intervensjon inntektsførte polikliniske inntekter per mars over 70 millioner kroner, hvorav mye av dette er anslått på bakgrunn av aktivitet, erfaringstall og informasjon om nytt kodeverk. Selv små prosentvise avvik ved utfakturering kan dermed gi betydelige inntektsavvik. Det

arbeides med å ferdigstille implementering av nytt kodeverk og ny løsning for innsending av refusjonskrav fra alle aktuelle systemer så snart som mulig. Så langt sendes refusjonskrav på nytt meldingsformat på 3 av 12 fagsystemer ved Oslo universitetssykehus HF. Det er også noe usikkerhet til kurdøgnsinntekter for 2011 ved Senter for kompleks epilepsi hvor fullstendig utfaktureringsgrunnlag fra Nasjonalt Oppgjørskontor fortsatt ikke er mottatt.

Driftsinntektene per mars gjenspeiler videre at aktiviteten innenfor somatikken er noe høyere enn budsjettert. Registrering av aktivitet antas å være noe mer ajour for mars på grunn av sen rapporteringsfrist grunnet påsken. På kostnadssiden er det fortsatt usikkerhet innenfor IKT-området, hvor tjenesteavtale for 2012 mellom foretaket og Sykehuspartner fortsatt ikke er på plass.

Det økonomiske avviket per mars må ses i forhold til at budsjettet er forholdsvis flatt periodisert. Gradvis økt gjennomføring av tiltak som forutsatt i budsjettet vil dermed isolert sett kunne redusere de negative budsjettavvikene. Det vurderes imidlertid fortsatt å ikke være nok tiltak til å sikre et resultat i samsvar med budsjett. Det er etablert en tettere tiltaksoppfølging ovenfor klinikkene og en egen innsatsgruppe jobber blant annet med kvalitetssikring av dette og hjelper klinikkene i arbeidet med å identifisere ytterligere tiltak.

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

ØBAK OUS	Hittil i 2012		Kommentarer
	Avvik	Avvik i %	
Basisramme	0	0,0 %	Basisrammen inntektsføres som budsjettert.
Aktivitetsbaserte inntekter	5 137	0,3 %	Merinntektene viser at aktiviteten er høyere enn budsjettert, særlig innenfor somatikken.
Andre inntekter	39 479	9,7 %	Andre inntekter inkluderer gevinst fra salg av eiendom med 31 mill kroner.
Sum driftsinntekter	44 615	1,0 %	Korrigert for gevinst fra salg av eiendom er driftsinntektene om lag 12 mill kroner høyere enn budsjettert. Dette skyldes i hovedsak høyere aktivitet enn budsjettert innenfor somatikken.
Lønn- og innleiekostnader	161 293	-5,2 %	Det er totalt en merkostnad for lønn- og innleie på 161 mill kroner. Av dette er 100 mill kroner relatert til merkostnader for pensjon som følge av endrede forutsetninger. Justert for økte pensjonskostnader er det et negativt avvik for lønn- og innleie på omlag 61 mill kroner, tilsvarende 2 pst. Dette skyldes at bemanningen er høyere enn budsjettert. Deler av dette kan relateres til høyere aktivitetsnivå enn lagt til grunn i budsjettet.
Varekostnader	21 067	-3,5 %	Varekostnadene er høyere enn budsjettert. Det er avvik på flere arter og steder. Eksempelvis er det høye kostnader til dyre ryggimplantater, og høye medikamentkostnader ved øyeavdelingen (Klinikk for kirurgi og nevrofag). Deler av avviket relateres også til svære dyre medikamenter til enkeltpasienter.
Andre driftskostnader	-6 118	0,7 %	Andre driftskostnader er noe lavere enn budsjettert hittil i år. Det knytter seg fortsatt usikkerhet til kostnadene til Sykehuspartner IKT da det ennå ikke foreligger tjenesteavtale for 2012.
Sum driftskostnader	176 242	-3,9 %	Justert for økte pensjonskostnader er det et negativt avvik for sum driftskostnader på 76 mill kroner.
Driftsresultat	-131 627	-2,9 %	
Netto finans	-3 416	-16,9 %	Avviket skyldes noe lavere rentekostnader enn budsjettert, inntekt på investering av datterselskap og effekt av interne elimineringsrelatert til AS'ene.
Resultat	-135 043	-2,9 %	
Resultat etter eks.ord. Pens.kost.	-34 155	-0,7 %	

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

4.2. Vurdering av årsestimat

Foretaket er bedt om å rapportere reelle årsestimater til Helse Sør-Øst RHF hver måned. På nåværende tidspunkt har foretaket ikke signalisert et resultatavvik fra budsjett på årsbasis. Økte pensjonskostnader med om lag 385 millioner kroner er da holdt utenom.

Et årsresultat i samsvar med vedtatt budsjett (justert for økte pensjonskostnader) forutsetter gjennomføring av planlagte tiltak, men også at ytterligere tiltak gjennomføres. Det er videre stor usikkerhet til resultatet for 2012 av andre årsaker. Resultatusikkerheten gjelder særlig lønnsoppgjør, IKT-kostnader (Sykehuspartner) og effekt av tiltaksgjennomføring. For den somatiske aktiviteten er det meldt et forventet positivt avvik for antall DRG-poeng på 1,5 pst. Denne meraktiviteten er forutsatt finansiert med ordinær ISF-refusjon og vil dermed isolert sett bidra til høyere inntekter. Samlet sett vurderes det å være en betydelig risiko for et negativt resultatavvik i 2012. På bakgrunn av dette legges det opp til å begrense de planlagte investeringene, jf omtale i pkt. 4.4 om investeringer og likviditet.

4.3. Gjennomføring av budsjett 2012 og oppfølging av tiltak

Sykehusledelsen og en egen innsatsgruppe har gjennomgått eksisterende tiltak med alle klinikker i forhold til realistisk fremdrift og avklaringer som må på plass i forhold til gjennomføring. Klinikkerne har etter dette rapportert inn ny prognose for gjennomføring av tiltak ut 2012 som innebærer en reduksjon på i overkant av 400 årsverk fra nå og frem til årsskiftet 2012/2013. Enkelte andre forhold, som for eksempel økning i stillinger med ekstern finansiering, reduserer isolert sett noe av tiltakenes netto årsverkseffekt. Klinikkerne er også blitt bedt om å utarbeide og gjennomføre ytterligere tiltak i 2012.

Sykehusledelsen og innsatsgruppen har videre intensivert arbeidet med å følge opp virksomhetsovergrepene tiltak. Det har siste måned vært et særlig fokus på klinikkens ferieplanlegging. Det er utarbeidet retningslinje for bemanningsnormering på sengeposter, og gjennomføringen av denne overvåkes. Videre følges klinikken opp på kjøp av legearbeidstid og effektivitet i operasjonsstuene.

4.4. Investeringer og likviditet

Investeringer til drift

For 2012 er det budsjettert med 315 millioner kroner til investeringer av videreføring av drift (bygg, MTU og annet). Investeringsbudsjettet er basert på et årsresultat på -400 millioner kroner. I oppfølgingsmøte med Helse Sør-Øst RHF 23. mars 2012 ble det i samsvar med Oppdrag og bestilling 2012 presisert at et eventuelt årsresultat svakere enn -400 millioner kroner vil redusere foretakets investeringsmuligheter. Per mars er det et negativt budsjettavvik på 35 millioner kroner justert for økte pensjonskostnader. Med en risiko for at dette vil vedvare ut 2012 er det satt i verk tiltak for å begrense investeringene i 2012.

Hittil i år inngått forpliktelser for om lag 145 millioner kroner av et budsjettet på 315 millioner kroner. Den økonomiske situasjonen innebærer at foretaket må ha en restriktiv linje for ytterligere investeringer. Nødvendige investeringer for å unngå stans i viktig pasientbehandling vil likevel gjennomføres. Leveranser av medisinskteknisk utstyr kan ta et halvt år eller mer fra bestilling, slik at nye bestillinger antagelig vil ha

likviditetseffekt i 2013. Dette vil bidra til å dempe likviditetseffekten i 2012 av nye investeringsbeslutninger.

Hoveddelen av de planlagte investeringene i MTU var forventet brukt til å erstatte utstyr som hadde brutt sammen og som ikke kan brukes lenger. Status per april viser en svært krevende situasjon. Det foreligger søknader om erstatning av sammenbrutt utstyr for totalt 19 millioner kroner.

Omstilling

Ved utgangen av mars var det påløpt om lag 50 millioner kroner i omstillingsinvesteringer. Dette er lavere enn det periodiserte investeringsbudsjettet og skyldes forsinket fremdrift for nytt akuttbygg på Ullevål. På grunn av forsinkelsen forventes det at omstillingsinvesteringene i 2012 blir noe lavere enn budsjettet. Av omstillingsprosjekter som forventes ferdige i 2012 kan nevnes samling av diverse administrative funksjoner, samling av gynekologisk onkologi ved Radiumhospitalet, økning av postoperativ- og intensivkapasiteten ved Rikshospitalet som understøtter overføring av regionsfunksjoner, samlokalisering av indremedisinsk akutt- og døgnvirksomhet ved Ullevål og samlokalisering av gastrokirurgisk akutt- og døgnvirksomhet ved Ullevål. For det største enkeltprosjektet i omstillingsporteføljen, nytt akuttbygg på Ullevål, anslås det nå noe økt sluttkostnad grunnet uavklart omfang av utstyrsanskaffelse, forsinkelser knyttet til spunting og funksjonelle endringer som er avdekket etter kontraktinngåelse. Prosjektet vil bli gjennomgått med sikte på kostnadsreducerende tiltak, og en ny vurdering vil bli lagt fram for styret. Ingen av de øvrige delprosjektene har større avvik med tanke på fremdrift.

Styret er tidligere orientert om samlokaliseringstiltak som innebærer flytting av gastrokirurgisk akutt- og døgnaktivitet fra Aker til Ullevål, jf styresakene 5/2012 og 16/2012. Prosjektet omfatter utbedringer i bygg 7 på Ullevål og disse arbeidene pågår som planlagt. I forbindelse med flyttingen av gastrokirurgisk virksomhet må det tilrettelegges for økt intensiv/PO-kapasitet ved Ullevål. Det er i den forbindelse planlagt med en økning av kapasiteten ved Intensiv 3 ved Ullevål med to plasser. Økningen ved Intensiv 3 innebærer at det må foretas utbedringer av gassanlegget og elektriske forhold samt at forhold påpekt av branntilsynet må utbedres (branncellevegger og sjakter må brannettes og det må legges opp sprinkleranlegg). Kapasitetsøkningen på to plasser sikres ved at tidligere pasientrom tilbakeføres til pasientrom og at det etableres eget lager utenfor intensivheten. Det er planlagt for gjennomføring av utbedringene i perioden for sommerstegning (fire uker) av Intensiv 3. I tillegg vil utbedringene kreve at enheten er stengt ytterligere fire uker. I denne perioden er det lagt opp til samdrift med andre intensivheter ved Ullevål. Forprosjektrapport for utbedringene og kapasitetsøkningen på to plasser for Intensiv 3 er nå ferdig. Estimerte utgifter for prosjektet er beregnet til 10,8 millioner kroner. Det er utarbeidet en detaljert fremdriftsplan som innebærer gjennomføring i løpet av de åtte ukene som er satt av til tiltaket. Delprosjektet er med i investeringsbudsjettet for 2012, og finansieres innenfor rammen til samlokalisering fase 1 på 1,5 mrd kroner. Det bes om fullmakt til gjennomføring av delprosjektet som omfatter utbedringer og kapasitetsøkning ved Intensiv 3 ved Ullevål i samsvar med omtalen ovenfor.

Likviditet

Ved utgangen av mars hadde Oslo universitetssykehus HF en negativ likviditetsbeholdning på 2 651 millioner kroner (bruk av driftskreditt fra Helse Sør-

Øst RHF) mot budsjettet -2 844 millioner kroner. Kontantstrøm fra drift bidro med et positivt avvik på 112 millioner kroner og kontantstrøm fra investeringer og finansiering med 79 millioner kroner. Det positive avviket på drift forklares i hovedsak med at arbeidsgiveravgift på pensjonspremie ikke var betalt ved utgangen av mars som forutsatt i kontantstrømbudsjettet, samt endringer i omløpsmidler og kortsiktig gjeld. Det positive avviket knyttet til investeringer og finansiering er i hovedsak knyttet til forskyvninger i tid for betaling for investeringer.

Årsestimatet for likviditetsbeholdningen er endret som følge av at Helse Sør-Øst RHF har bedt om at Oslo universitetssykehus HF ikke lenger fakturerer GOPP a konto og som følge av at det forventes en høyere aktivitet innenfor somatikken enn budsjettet. Økte ISF-inntekter som følge av høyere aktivitet innbetales først i 2013. Nettoeffekten av disse forholdene innebærer en reduksjon i likviditet i 2012 på om lag 100 millioner kroner.

Et eventuelt negativt avvik i driften av foretaket vil isolert sett svekke likviditeten ved utgang av 2012. På den annen side vil tiltakene for å begrense investeringene og det forhold at eventuelt nye investeringsbeslutninger i hovedsak kun vil føre til leveranser i 2013 ha en positiv effekt på likviditeten ved utgangen av året.

5 BEMANNING, SYKEFRAVÆR

5.1 Utvikling månedsverk

Antall brutto månedsverk i Oslo universitetssykehus HF var i april 16 941 og har vært relativt stabilt hittil i 2012. Fra desember 2011 til april 2012 har det imidlertid vært en nedgang på 290 brutto månedsverk (355 inkludert når det korrigeres for økning i antall overlegeårsverk som følge av konvertert lønnsmodell for overleger). I tillegg er antall eksternt finansierte (forskning mv) årsverk økt med 12 fra årsskiftet. Hensyntatt økning i eksternt finansierte årsverk har det fra desember vært en reell reduksjon i antall månedsverk knyttet til ordinær drift på 367.

Mye tyder på at endringen fra desember til januar representerer et steg ned på et lavere bemanningsnivå. Dette er imidlertid fortsatt betydelig høyere enn det som følger av vedtatt budsjett for 2012. Antall månedsverk i april er 452 månedsverk høyere enn det klinikkene isolert sett har budsjett til. Hittil i år er avviket i forhold til budsjett på 372 månedsverk.

Av reduksjonen i brutto månedsverk fra årsskiftet er 178 for månedslønnede og 112 variabelønnede. Nivået for variabel lønn er lavere i 2012 enn i 2011. Dette tyder på at reviderte bemanningsplaner og systematisk arbeid for å redusere variabel lønn gir resultater i utvalgte enheter. Reduksjonen i variabel lønn er størst i Oslo sykehuservice og Medisinsk klinikk. Det fokuseres fortsatt på følgende tiltak for å unngå overtid og mertid:

- Bruk av ekstravaktpool
- Tilpasse aktiviteten, redusere overbelegg
- Ressursbruk på tvers av enheter
- Styrt ferieavvikling
- Minimere vakanser

- Rekruttering til riktig tid for å unngå ekstraarbeid ved ledige stillinger
- Endre vaktlengde og bruk av forskjøvet vakt

Av reduksjonen på 290 brutto månedsverk fra desember 2011, er om lag 130 månedsverk (195 årsverk når det korrigeres for virkningene av endret lønnsmodell for leger) knyttet til somatikken og om lag 95 årsverk til Klinikk for psykisk helse og avhengighet. Interne støttetjenester er redusert med om lag 65 månedsverk i perioden. Den prosentvise reduksjonen i månedsverk er størst ved Oslo sykehuservice (-4,4 pst), Klinikk for psykisk helse og avhengighet (-4,1 pst) og Medisinsk klinikk (-3,0 pst).

5.2 Eksternt finansierte årsverk

Eksternt finansierte årsverk omfatter årsverk som har en øremerket ekstern finansiering, og som ikke finansieres over basistilskudd fra Helse Sør-Øst RHF. Hoveddelen relateres til eksternt finansiert forskning. Ved årsskiftet var det en midlertidig liten reduksjon i antallet eksternt finansierte månedsverk. Antallet per april er nå 12 høyere enn i desember. Sammenlignet med april 2011 er antallet årsverk med ekstern finansiering økt med 83. En del av økningen skyldes at foretaket fra sommeren 2011 overtok arbeidsgiveransvaret for ca 40 forskere som tidligere var ansatt i Inven2 AS. Økningen i eksternt finansiert forskningsvirksomhet er en ønsket utvikling, og kostnadene for foretaket skal nøytraliseres ved at det belastes et dekningsbidrag fra den eksterne finansieringskilden. Tallene vil svinge naturlig en del over tid og fra måned til måned. Dette skyldes også at forskere med ekstern finansiering dels ansettes av Oslo universitetssykehus HF og dels av Universitetet i Oslo.

5.3 Utvikling i årsverk på stillingsgrupper

Fra desember 2011 har det vært en reduksjon i månedsverk for alle stillingsgrupper, med unntak av ambulanspersonell og forskning. Reduksjonen er størst for sykepleiere med 131 månedsverk (-2,4 pst). Gruppene administrasjon/ledelse, drift/teknisk personell og pasientrettede stillinger er redusert med henholdsvis 46, 49 og 59 månedsverk.

Den enkelte stillingsgruppes andel av totalt antall månedsverk er relativt stabil når man sammenligner 2011 med 2012. Reduksjonen i brutto månedsverk er størst for sykepleier (reduisert med 131 fra desember 2011 til april 2012). Andelen sykepleiere er imidlertid økt med 0,1 pst i 2011 (per april) sammenlignet med hele 2011. Økningen som fremkommer for leger må ses i sammenheng med økning i antall årsverk som følge av konvertert lønnsmodell for overleger. Justert for denne tekniske økningen på 64 månedsverk fra årsskiftet (gitt uendret ressursbruk) er det en reduksjon på 11 legeårsverk fra desember 2011.

5.4 Nærmere om overlegeårsverk

I forbindelse med overføringen av pasientgrunnlag til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF skulle Oslo universitetssykehus HF nedbemanne med 119 overleger. Gjenstående nedbemanning per april 2012 er på om lag 30 overlegeårsverk. Dette harmonerer godt med det antall overlegeårsverk klinikkene planlegger å nedbemanne i løpet av 2012, først og fremst ved naturlig avgang.

Fra januar 2012 til april 2012 har det vært en økning i månedsverk for overleger som kan forklares ved økning i fødselspermisjoner, vikarer ved sykdom og permisjoner

(det har blant annet vært en økning i overlegepermisjoner fra 57 til 73 månedsverk). Samtidig har det vært ansettelse i tidligere godkjente overlegestillinger i radiologi og multitraume. Foretaket vil videreføre arbeidet med tett oppfølging av overlegeårsverk gjennom sentral innsatsgruppe og stillingsutvalgets underutvalg for overleger.

5.5 Videre arbeid med bemanningsstyring og reduksjon av årsverk i 2012

Oppfølgingen av klinikkens gjennomføring av bemanningsreduksjoner i 2012 blir forsterket gjennom etablering av innsatsgruppen i Direktørens stab. Innsatsgruppen vil sikre at klinikkens planer for bemanningsreduksjoner er tilstrekkelig detaljert og kvalitetssikret. Dette gjennomføres med både nye maler og egen oppfølging med hver enkelt klinikk.

5.6 Innleie av helsepersonell

Utviklingen i innleie av helsepersonell følges i klinikkens månedlige økonomi- og aktivitetsrapporter til ledelsen. Månedsværk innleie er høyere i mars enn i januar/februar. Gjennomsnittlig antall månedsværk innleie er hittil i år 146. Dette er lavere enn i samme periode i 2011 (176 månedsværk) og siste kvartal 2011 (215 månedsværk). Nivået er imidlertid høyere enn budsjettet.

5.7 Sykefravær

Per februar 2012 er totalt sykefravær på 8,4 prosent, fordelt på 3,3 prosent korttidsfravær og 5,2 prosent langtidsfravær. Dette er en økning på 0,5 prosentpoeng fra samme periode i 2011. Økningen relateres i hovedsak til tre av klinikkene: Kvinne- og barneklubben, Hjerte-, lunge- og karklubben og Oslo sykehusservice.

Kvinne- og barneklubben har samlet hatt en økning i sykefravær de siste måneder i 2011 og inn i 2012. Det er langtidsfraværet som øker mest, hvorav en stor andel er svangerskapsrelatert fravær og alvorlig langvarig sykdom. Samtidig har systematisk oppfølging gitt effekt i andre avdelinger hvor et høyt langtidsfravær har gått ned. Klubben vil fortsatt fokusere på tilrettelegging og samarbeid mellom HR og avdelingsledere i sykefraværsoppfølgingen. For en seksjon er høyt fravær antatt knyttet til en bemanningstilpassningsprosess i 2011, og for denne enheten er trenden snudd rundt årsskiftet.

Hjerte-, lunge- og karklubben har, med unntak av direktørens stab, lavest fravær i 2011 sammenliknet med sykehuset for øvrig. Imidlertid er fraværet stigende inn i 2012 for to avdelinger hvor det antas at sykdom hos ansatte kan knyttes til langvarige omstillingsprosesser. Klubben forventer at tendensen snur i løpet av våren 2012. Klubben vil følge de aktuelle enheter særskilt med målrettede tiltak for å redusere sykefraværet. Øvrig økning i denne klubben knyttes til fravær som ikke er arbeidsrelatert.

Oslo sykehusservice har et høyt sykefravær sammenliknet med sykehuset for øvrig, og arbeider systematisk for å redusere fraværet. I 2011 sank gjennomsnittlig sykefravær sammenliknet med 2010, og målrettede tiltak og økt bruk av gradert sykmelding fremfor full sykmelding har gitt positive utslag. Oslo sykehusservice vil arbeide videre med nærværstiltak i 2012, og har startet et samarbeid med NAV Arbeidslivssenter i Oslo om arbeidsgivers tilretteleggingsplikt.

For klinikkene generelt gjelder at der arbeidsrelatert fravær er identifisert, håndteres dette med målrettede tiltak med bistand fra HR i klinikk og Arbeidsmiljøavdelingen ved behov. Høsten 2011 ble det i samarbeid med NAV Arbeidslivssenter Oslo gjennomført opplæringstiltak om det nye regelverket for oppfølging av sykefravær for ledere i alle klinikker, med gode tilbakemeldinger fra deltakerne. Tilsvarende opplæring planlegges også i 2012. I tillegg har Oslo universitetssykehus HF en overordnet handlingsplan for inkluderende arbeidsliv. Klinikkene har utarbeidet egne delmål og handlingsplaner med tiltak for å nå målet om redusert sykefravær. Videre er inkluderende arbeidsliv fulgt opp i klinikk AMU og HMS-rapportering.

Revisjon av beregningsmetodikk for sykefravær

Sykehuspartner oppdaget i 2011 en feil ved beregning av sykefraværsprosent som omfattet ansatte med flere arbeidsforhold hos samme arbeidsgiver. Sykefraværet for 2011 er nå korrigert for denne feilen og foretakene i Helse Sør-Øst har nå fått en mer presis beregning av komplekse fraværstilfeller. Datagrunnlaget som presenteres i denne saken er resultat etter ny beregning. I følge Helse Sør-Øst RHF har ikke korrigeringen av sykefraværsberegningen gitt særlige utslag i sykefraværsprosenten på foretaksnivå som samlet ligger på om lag samme nivå som tidligere rapportert. Dette gjelder også Oslo universitetssykehus HF på foretaksnivå. Det er foreløpig heller ikke identifisert endringer per klinikk som følger av ny beregningsmetodikk.

Intern resultatrapport – vedlegg til styresak 26/2012

Oslo universitetssykehus HF
OUS HF

Mars 2012
(Bemanningstall for april)

Tabellvedlegg

Rapporten viser enkelte indikatorer for driften ved Oslo universitetssykehus HF

1 Overordnede nøkkeltall

2 Pasientbehandling

- 2.1 Aktivitet og DRG – somatikk
- 2.2 Aktivitet - psykisk helsevern
- 2.3 Ventelisteutvikling
- 2.4 Fristbrudd
- 2.5 Vurderingsgaranti

3 Økonomi og finans

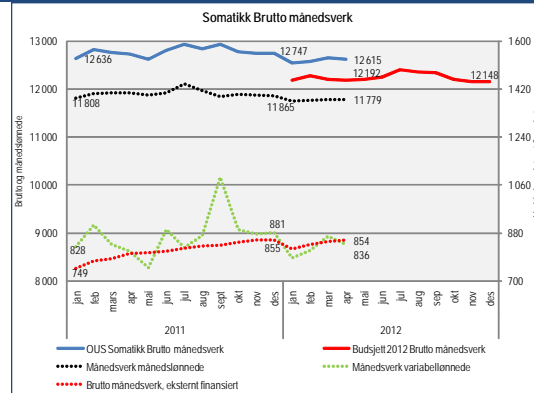
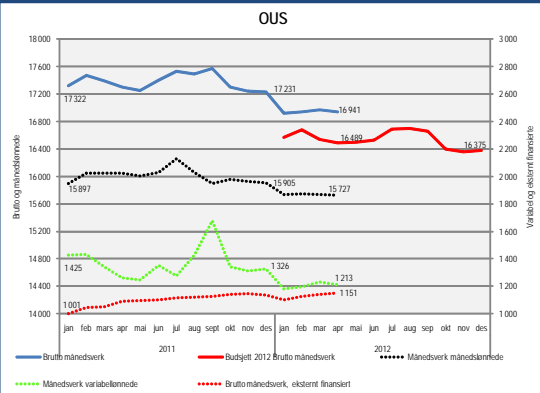
- 3.1 Økonomisk resultat
- 3.2 Kommentarer til økonomisk resultat per ØBAK-linje
- 3.3 Økonomisk resultat - per klinikk
- 3.4 Kommentarer til klinikkens avvik

4 Bemanning

- 4.1 Bemanningsutvikling
- 4.2 Bemanningsindikatorer, inkl. innleie fra vikarbyrå
- 4.3 Brutto årsverk per stillingsgrupper
- 4.4 Bemanningsutvikling per klinikk
- 4.5 Sykefravær totalt og fordelt på kort- og langtidsfravær
- 4.6 Sykefravær per klinikk

1 Overordnede nøkkeltall

Rapportering Mars 2012		Denne periode					Resultat hittil i år					Resultat hittil i fjor			
Gruppe	Indikator	Faktiske tall periode	Plantall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan %	Vurdering	Faktiske tall	Plantall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan i %	Vurdering	Utvikling	Faktiske tall	Endring 11-12	Endring fra 2011 i %
Pasientbehandling															
Somatikk	DRG-poeng totalt	19 620	18 904	716	3,8 %	🟡	55 045	54 418	627	1,2 %	🟡	➡	56 631	-1 586	-2,8 %
	Utskrøve (avsl. døgnopphold)	9 495	9 280	215	2,3 %	🟡	26 728	26 893	-165	-0,6 %	🟡	⬇	27 613	-885	-3,2 %
	Dagopphold	6 623	6 660	-37	-0,6 %	🟡	19 333	18 900	433	2,3 %	🟡	⬆	20 654	-1 321	-6,4 %
	Polikliniske konsultasjoner	71 974	70 534	1 440	2,0 %	🟡	207 222	202 163	5 059	2,5 %	🟡	⬆	214 354	-7 132	-3,3 %
Psykisk helsevern	Utskrøve (avsl. døgnopphold)	123	100	23	23,0 %	🟢	324	295	29	9,8 %	🟢	⬆	399	-75	-18,8 %
	Liggedøgn	7 104	7 036	68	1,0 %	🟢	20 278	20 438	-160	-0,8 %	🟢	⬆	24 022	-3 744	-15,6 %
	Dagbehandling	335	285	50	17,5 %	🟢	970	838	132	15,8 %	🟢	⬆	1 599	-629	-39,3 %
	Polikliniske konsultasjoner	13 104	11 520	1 584	13,8 %	🟢	35 660	32 331	3 329	10,3 %	🟢	⬆	29 757	5 903	19,8 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Utskrøve (avsl. døgnopphold)	225	189	36	19,0 %	🟢	624	568	56	9,9 %	🟢	⬆	873	-249	-28,5 %
	Liggedøgn	2 453	2 305	148	6,4 %	🟢	7 673	7 120	553	7,8 %	🟡	⬆	9 887	-2 214	-22,4 %
	Dagbehandling	83	62	21	33,9 %	🟢	191	319	-128	-40,1 %	🔴	⬇	154	37	24,0 %
	Polikliniske konsultasjoner	805	792	13	1,6 %	🟡	2 175	2 401	-226	-9,4 %	🔴	⬇	2 813	-638	-22,7 %
Organisasjon og ledelse															
Andel korridor	Somatikk	0,9 %	0 %	0,9 %		🔴	0,9 %	0 %	0,9 %		🔴	⬇			
Liggedgr UK-pasienter	Somatikk	0,7 %					1,0 %								
	Psykisk helsevern	6,0 %					5,9 %								
Andel fristbrudd	Somatikk	9,9 %	0 %	9,9 %		🔴	12,2 %	0 %	12,2 %		🔴	⬇			
	Psykisk helsevern	9,0 %	0 %	9,0 %		🔴	11,1 %	0 %	11,1 %		🔴	⬇			
	TSB	14,3 %	0 %	14,3 %		🔴	17,5 %	0 %	17,5 %		🔴	⬇			
Økonomi og personell															
Økonomi	Resultat	-29 824	19 580	-49 403	-3,1 %	🔴	-155 074	-20 031	-135 043	-2,9 %	🔴	⬆			
	Resultat etter eks.ord. Pens.kost.	3 428	19 580	-16 151	-1,0 %	🔴	-54 187	-20 031	-34 155	-0,7 %	🔴	⬆			
Bemanning Sykefravær	Årsverk totalt mars	16 968	16 539	-429	-2,6 %	🔴	16 941	16 596	-345	-2,1 %	🔴	⬆	17 397	-455	-2,6 %
	Sykefravær februar	8,8 %	7,4 %	1,4 %		🔴	8,4 %	7,4 %	1,0 %		🔴	⬆	7,9 %	0,5 %	0,5 %



2.2 Aktivitet og DRG – somatikk

AKKUMULERT PER MARS			Status per mars	
Klinikk	Budsjett	Faktisk (korr)	Korr avvik	i %
Medisinsk	7 108	7 316	208	2,9 %
KKN	14 650	14 393	-257	-1,8 %
KVB	8 860	9 030	170	1,9 %
KKT	14 515	14 159	-356	-2,5 %
HLK	8 094	8 660	566	7,0 %
Akutt	807	950	143	17,7 %
KDI	7	28	21	300,0 %
Biologiske	600	506	-95	-15,8 %
SPO	-222	12	234	-105,4 %
SUM	54 419	55 054	634	1,2 %

Endring fra 2011	
i antall	i %
-721	-9,0 %
-688	-4,7 %
-22	-0,2 %
-598	-4,1 %
371	4,5 %
161	20,4 %
-9	-24,3 %
-	
-80	-87,0 %
-1 586	-2,8 %

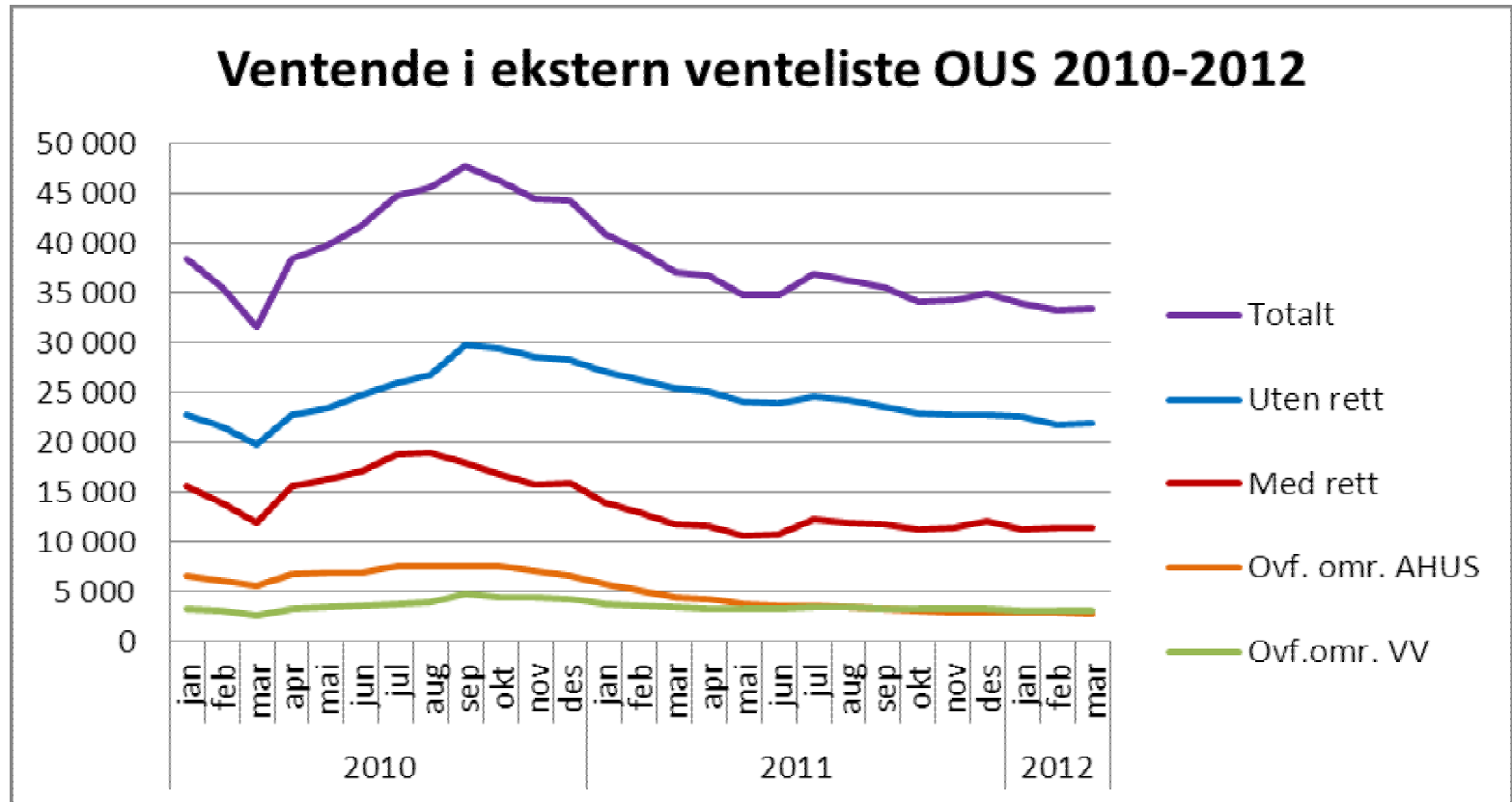
Kommentarer:

- Faktisk resultat inkluderer biologiske legemidler og Legevakten
- DRG-poeng knyttet til Raskere tilbake er ikke med (KKN og KKT)
- Avtalte justeringer ml klinikkene iht ny registreringspraksis
- Endret periodisering av budsjett for KKN
- Budsjett endres mellom Med og HLK i april knyttet til deler av PCI-virksomheten
- Sammenligning med 2011 (som 2012) er gjort ekskl Legevakten / Biologiske legemidler og det er lagt inn avtalte justeringer knyttet til lunge , barnereuma og akuttmottaket

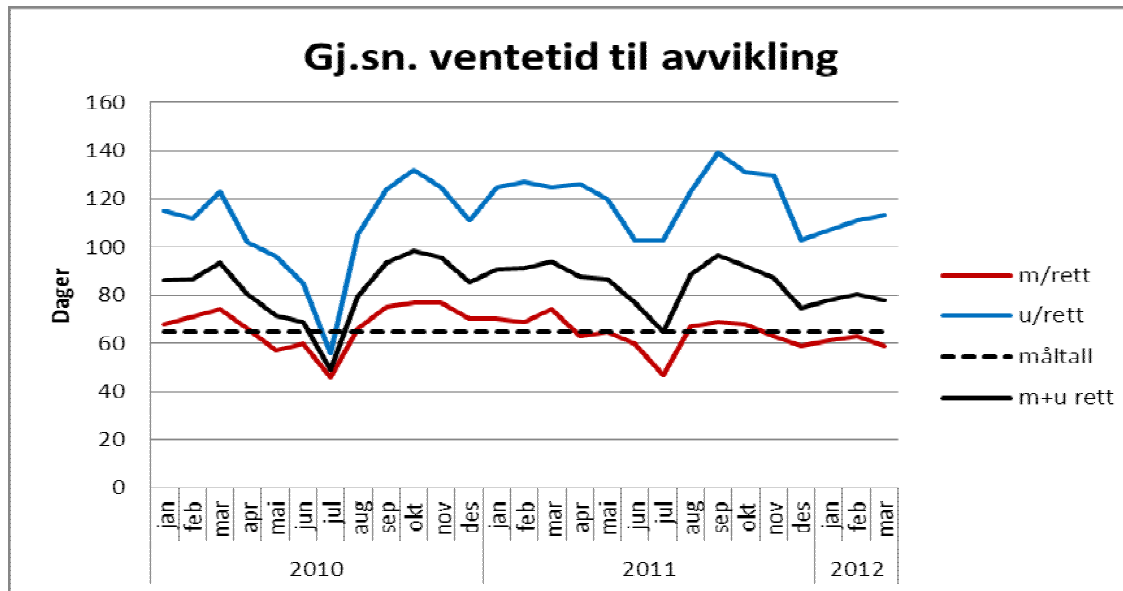
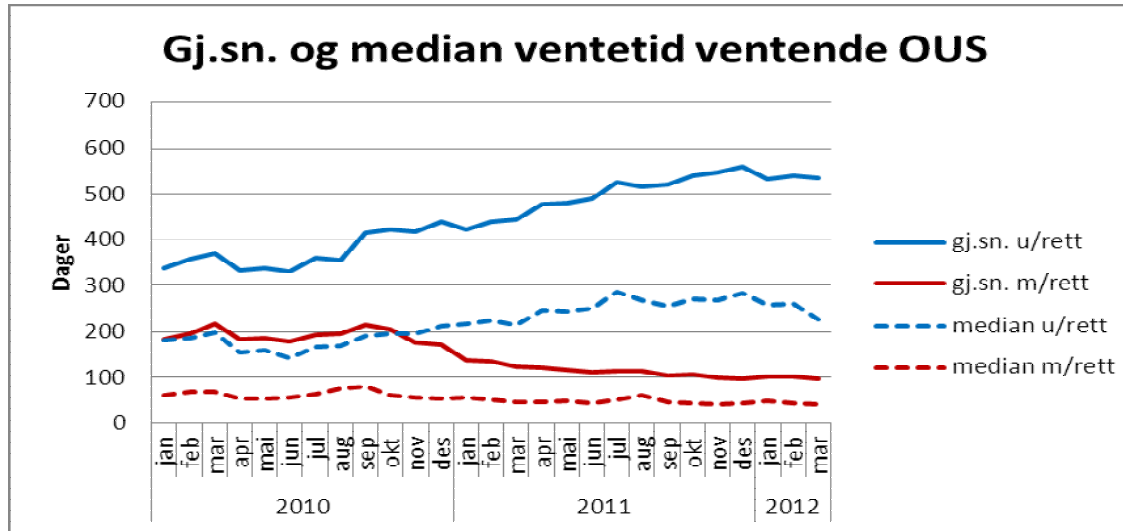
2.2 Aktivitet – psykisk helsevern

Mars 2012		Denne periode				Resultat hittil i år			
Klinikk		Faktiske tall periode	Plantall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan %	Faktiske tall	Plantall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan i %
Aktivitet	Indikator								
VOP	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	114	93	21	22,6 %	299	277	22	7,9 %
	Liggedøgn	6 759	6 634	125	1,9 %	19 156	19 268	-112	-0,6 %
	Dagopphold	45	0	45		146	0	146	
	Polikliniske konsultasjoner	8 078	6 713	1 365	20,3 %	21 963	19 001	2 962	15,6 %
BUP	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	9	7	2	28,6 %	25	18	7	38,9 %
	Liggedøgn	345	402	-57	-14,2 %	1 122	1 170	-48	-4,1 %
	Dagopphold	290	285	5	1,8 %	824	838	-14	-1,7 %
	Polikliniske konsultasjoner	5 026	4 807	219	4,6 %	13 697	13 330	367	2,8 %
TSB	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	225	189	36	19,0 %	624	568	56	9,9 %
	Liggedøgn	2 453	2 305	148	6,4 %	7 673	7 120	553	7,8 %
	Dagopphold	83	62	21	33,9 %	191	319	-128	-40,1 %
	Polikliniske konsultasjoner	805	792	13	1,6 %	2 175	2 401	-226	-9,4 %

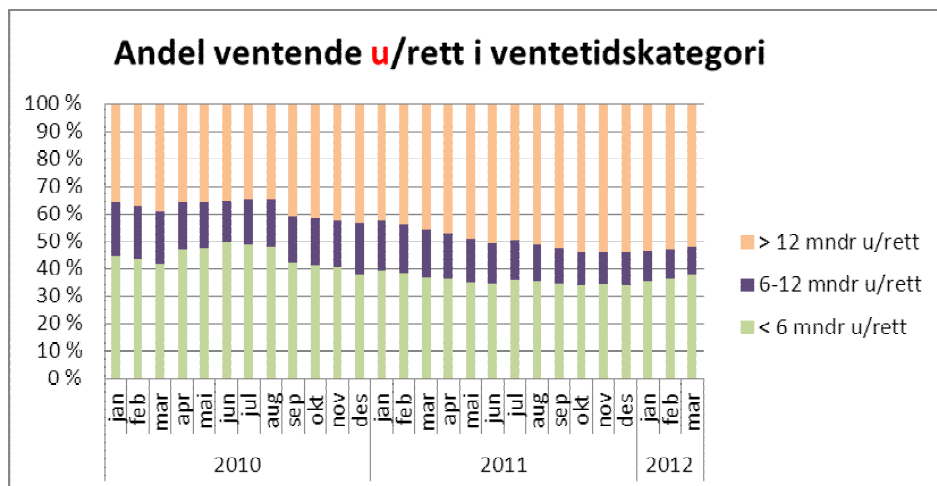
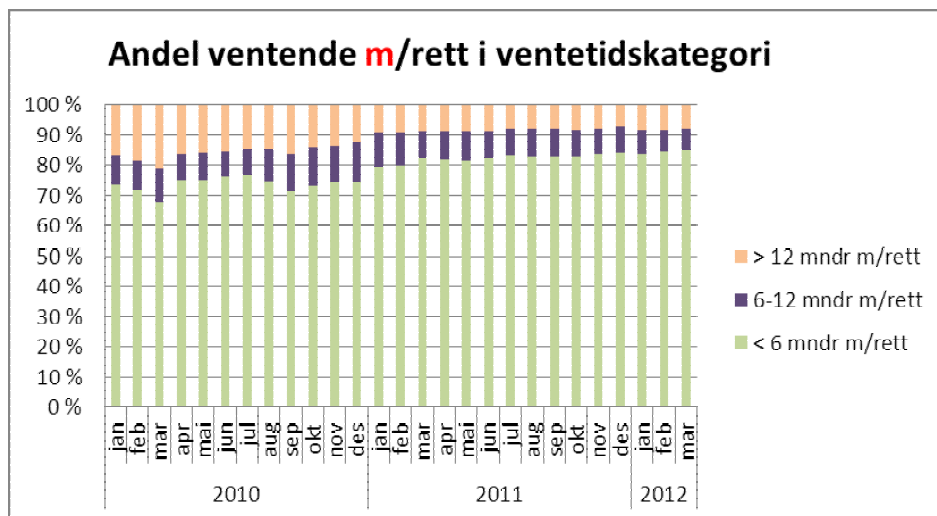
2.3 Ventelisteutvikling – antall ventende



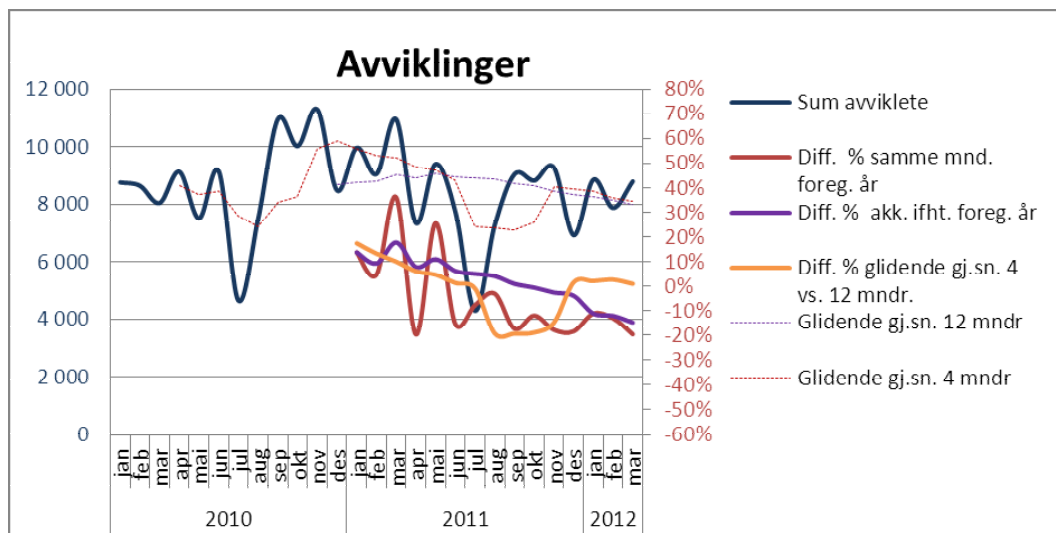
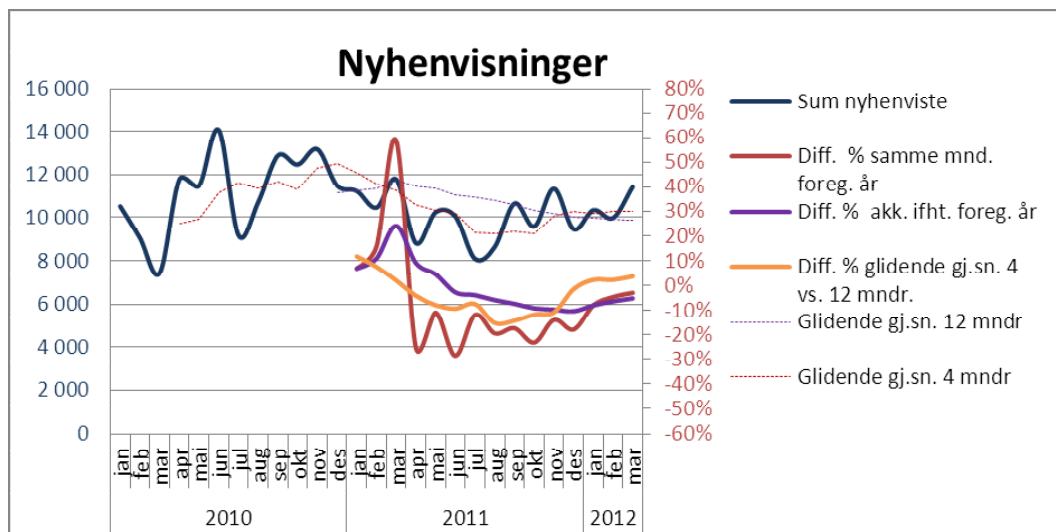
2.3 Ventelisteutvikling – ventetider



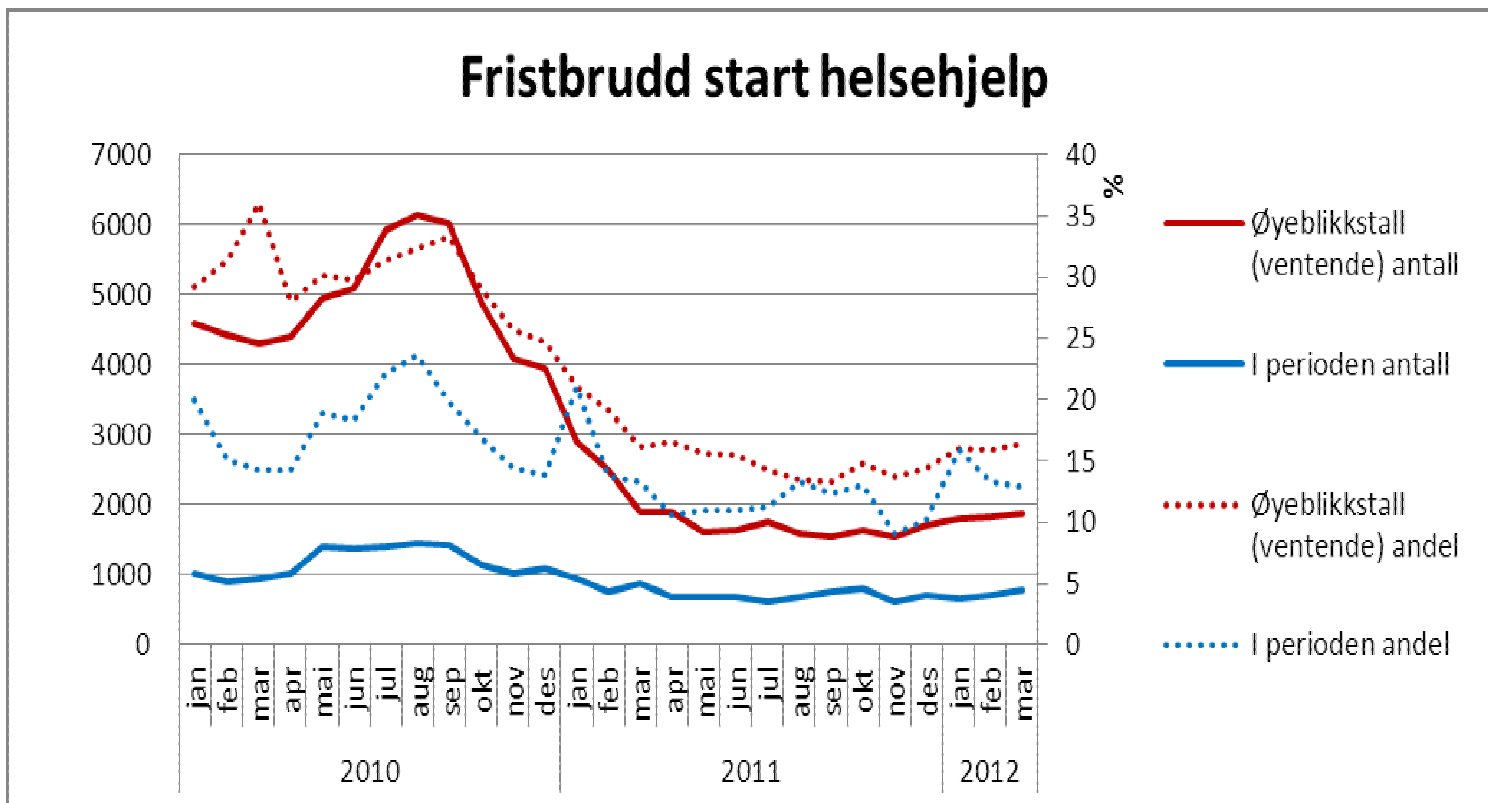
2.3 Ventelisteutvikling – ventetidskategorier



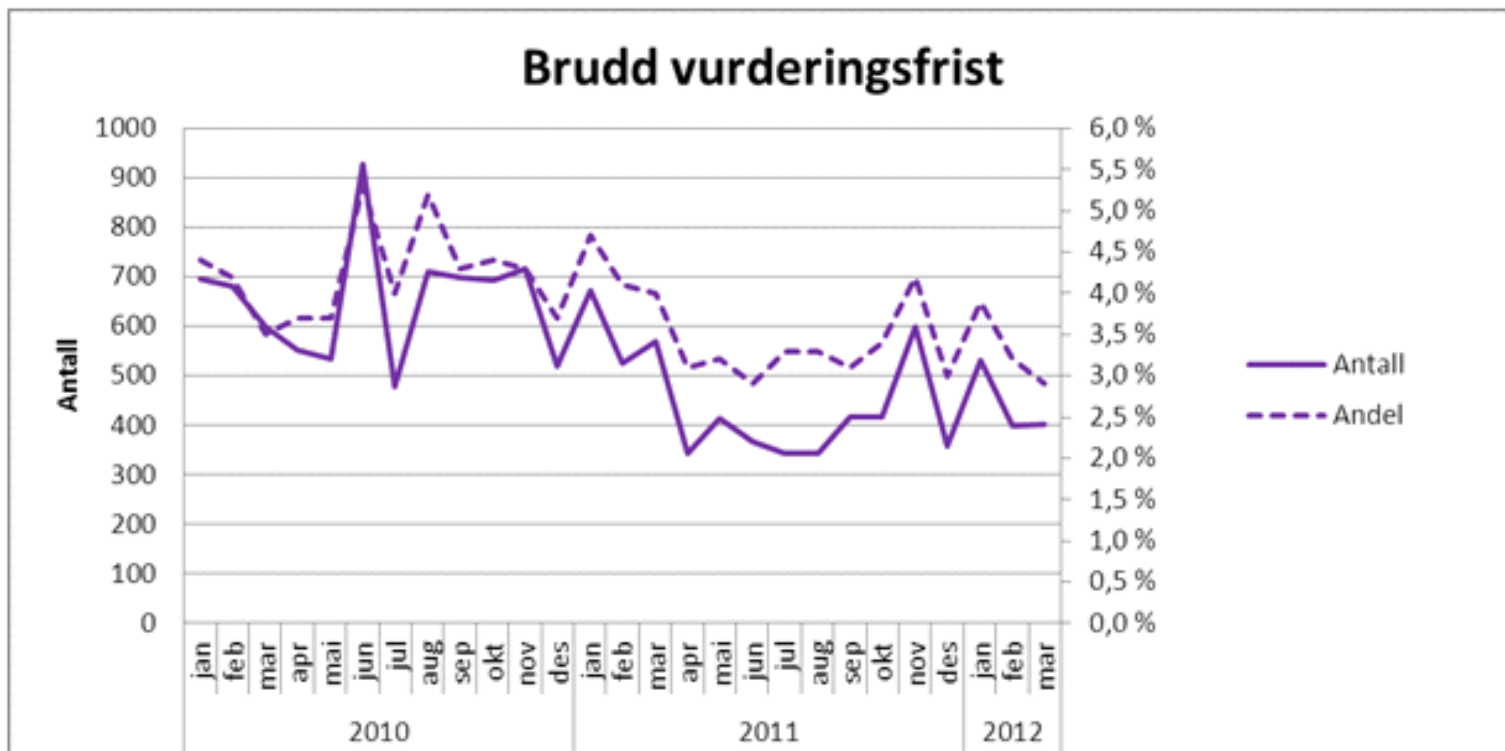
2.3 Ventelisteutvikling – nyhenvisninger/avviklinger



2.4 Utvikling fristbrudd



2.5 Utvikling vurderingsgaranti



3.1 Økonomisk resultat

ØBAK OUS	Denne periode				Hittil i 2012			
	Faktisk Mars	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %	Faktisk	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %
Basisramme	876 644	876 644	0	0,0 %	2 602 726	2 602 726	0	0,0 %
Aktivitetsbaserte inntekter	550 657	539 317	11 340	2,1 %	1 547 430	1 542 293	5 137	0,3 %
Andre inntekter	144 428	135 055	9 373	6,9 %	445 864	406 385	39 479	9,7 %
Sum driftsinntekter	1 571 729	1 551 016	20 713	1,3 %	4 596 020	4 551 405	44 615	1,0 %
Lønn -og innleiekostnader	1 097 780	1 032 616	65 164	-6,3 %	3 267 391	3 106 098	161 293	-5,2 %
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	218 680	212 075	6 605	-3,1 %	623 701	602 634	21 067	-3,5 %
Andre driftskostnader	273 514	280 823	-7 309	2,6 %	836 385	842 503	-6 118	0,7 %
Sum driftskostnader	1 589 975	1 525 515	64 460	-4,2 %	4 727 477	4 551 235	176 242	-3,9 %
Driftsresultat	-18 246	25 502	-43 747	2,9 %	-131 457	170	-131 627	2,9 %
Netto finans	-11 578	-5 922	-5 656	-95,5 %	-23 617	-20 201	-3 416	-16,9 %
Resultat	-29 824	19 580	-49 403	-3,1 %	-155 074	-20 031	-135 043	-2,9 %
Resultat etter eks.ord. Pens.kost.	3 428	19 580	-16 151	-1,0 %	-54 187	-20 031	-34 155	-0,7 %

Kommentar: I resultat hittil i år inngår gevinst fra salg av eiendom med 31 mill kroner.

3.2 Kommentarer til økonomisk resultat per ØBAK-linje

Art_ØBAK	Regnskap	Budsjett	Avvik	Kommentarer til de største avvikene
Basis ramme	2 602 726	2 602 726	0	/a
ISF egne pasienter	542 361	514 431	27 930	De totale ISF-inntektene er omtrent 9 mill høyere enn budsjettet. Se også kommentarer for aktivitet somatikk. ISF-refusjon kommunal medfinansiering er høyere enn budsjettet. Dette skyldes at en noe større andel av aktiviteten rapporteres som KMF enn det som er lagt til grunn i budsjettet. Avvik mellom øvrige ISF-inntekter skyldes at effekt av grupper 2012 gir større utslag for polikliniske aktivitet (stråle) enn forutsatt i budsjettet.
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	75 580	103 975	-28 396	
ISF-refusjon kommunal medfinansiering	156 053	145 093	10 960	
ISF-inntekt kostnadskrevede legemidler UTENFOR sykehus	7 688	9 174	-1 486	
Utskrivningsklare pasienter	5 305	6 213	-908	Andelen utskrivningsklare pasienter hittil i år er lavere enn budsjettet, og per mars er det et negativt inntektsavvik på 0,9 mill kroner. I tillegg knytter det seg usikkerhet til inntektene for perioden 1.1-11.1 på grunn av at nye melderutiner først ble tatt i bruk fra 12.1.
Gjestepasienter	132 291	126 351	5 940	Gjestepasientinntektene er noe høyere enn budsjettet. Dette må sees i sammenheng med øvrige aktivitetsbaserte inntekter.
Salg av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	524 270	529 106	-4 836	Samlede konserninterne gjestepasientinntekter er noe lavere enn budsjettet.
Polikliniske inntekter	103 882	107 951	-4 069	De polikliniske inntektene er noe lavere enn budsjettet. Dette gjelder både for poliklinikk, og laboratorie/radiologi. Avviket skyldes blant annet noe forsiktig estimat for PET-inntekter. Deler av avviket gjelder eksternt finansiert virksomhet.
Øremerkede tilskudd raskere tilbake	9 565	6 415	3 150	Det er høyere inntekter enn budsjettet for Raskere tilbake. Dette skyldes i hovedsak høyere aktivitet innenfor Klinik for kirurgi og nevrofag, Nevrokirurgisk avdeling.
Andre øremerkede tilskudd	240 337	229 633	10 704	Det er inntektsført mer investeringstilskudd enn budsjettet hittil, og nivå for øremerkede tilskudd hittil i år er noe høyere enn periodisert budsjett.
Andre driftsinntekter	195 962	170 338	25 624	I avvik for andre driftsinntekter inngår gevinst fra salg av eiendom med 31 mnok. Inntekter fra selvbetalende pasienter er lavere enn budsjettet. Deler av avviket må også ses i sammenheng med avvik for andre øremerkede tilskudd.
Totalt Driftsinntekter	4 596 020	4 551 405	44 615	
Kjøp av off helsetjenester	16 457	26 167	-9 709	Avvik mellom disse linjene må ses i sammenheng. Totalt viser disse en kostnad noe høyere enn budsjettet.
Kjøp av private helsetjenester	49 117	35 819	13 298	
Varekostnader knyttet til aktiviteten i FG	547 388	525 976	21 413	Varekostnadene er høyere enn budsjettet. Det er avvik på flere arter og steder. Eksempelvis er det høye kostnader til dyre ryggimplantater, og høye medikamentkostnader ved øyeavdelingen (Klinikk for kirurgi og nevrofag). Deler av avviket relateres også til svært dyre medikamenter til enkeltpasienter.
Innleid arbeidskraft - del av kto 458	30 294	17 975	12 319	Innleiekostnadene er ikke redusert som forutsatt i budsjettet. Sammenlignet med fjoråret er det innleiekostnadene redusert med nærmere 40 %. Sett i forhold til budsjett er avviket størst innenfor operasjons- og intensivområdet og skyldes mangel på intensiv- og operasjonssykepleiere.
Kjøp av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	10 739	14 673	-3 934	Konserninterne gjestepasienter er noe lavere enn budsjettet.
Lønn til fast ansatte	2 140 687	2 098 627	42 060	For de samlede lønnskostnadene er det et merforbruk (justert for økte pensjonskostnader på 101 mnok) på om lag 48 mnok. Avvik for lønn til fast ansatte, overtid/ekstrahjelp og annen lønn (vesentlig arbeidsgiveravgift) er på 89 mnok. Av dette kan 41 mnok relateres til høyere lønnsrefusjoner enn budsjettet. Øvrig avvik skyldes høyere bemanning enn budsjettet.
Overtid og ekstrahjelp	251 302	223 864	27 438	
Pensjon	611 064	510 177	100 887	
Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft	-160 826	-119 990	-40 835	
Annen lønn	394 869	375 446	19 423	
Avskrivninger	197 507	200 000	-2 493	Avskrivningene er noe lavere enn budsjettet. Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for ibruktagele.
Andre driftskostnader	638 878	642 503	-3 625	Andre driftskostnader er noe lavere enn budsjettet hittil i år. Det knytter seg fortsatt usikkerhet til kostnadene til Sykehuspartner IKT da det ennå ikke foreligger tjenesteavtale for 2012.
	4 727 477	4 551 235	176 242	
Finansinntekter	-105	4 710	-4 815	Renteinntektene er omtrent som budsjettet. Avviket skyldes inntekt på investering av datterselskap og effekt av interne elimineringsrelatert til AS'ene.
Finanskostnader	23 512	24 911	-1 399	Avvik skyldes noe lavere rentekostnader enn budsjettet.
Totalt Netto finansposter	-23 617	-20 201	-3 416	
Totalt	-155 074	-20 031	-135 043	
<i>Herav økte pensjonskostnader</i>			100 887	
<i>Totalt justert for økte pensjonskostnader</i>			-34 156	

3.3 Økonomisk resultat – per klinikk

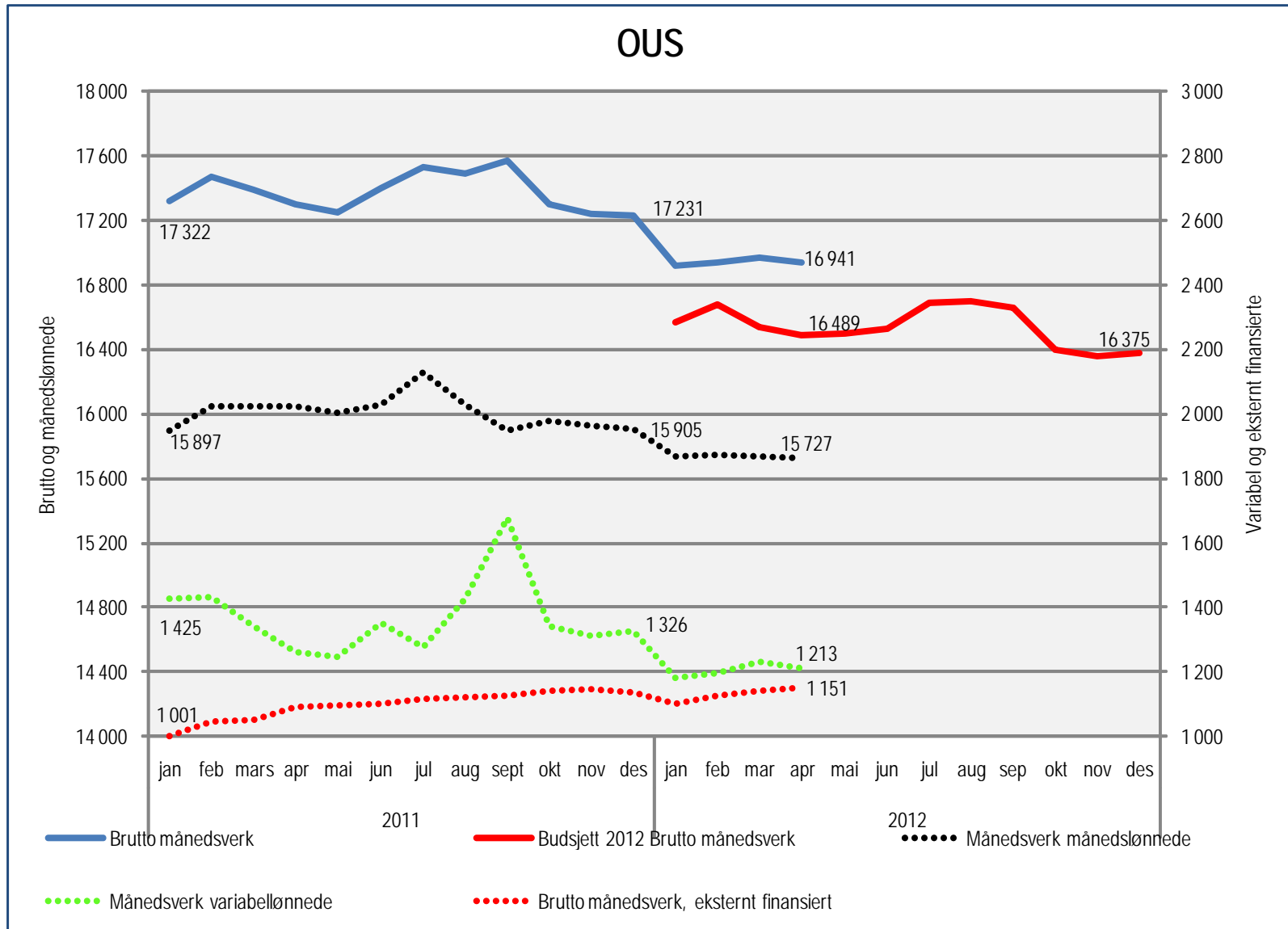
Mars 2012	Denne periode			Hittil i år		
Klinikk	Faktisk	Budsjett	Avvik	Faktisk	Budsjett	Avvik
Økonomisk resultat						
Klinikk psykisk helse og avhengighet	5 261	0	5 261	8 842	0	8 842
Medisinsk klinikk	-2 672	0	-2 672	-8 304	0	-8 304
Klinikk for kirurgi og nevrofag	-9 717	0	-9 717	-43 541	0	-43 541
Kvinne- og barneklubben	2 444	0	2 444	-3 524	0	-3 524
Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon	-12 540	0	-12 540	-45 782	0	-45 782
Hjerte-, lunge- og karklinikken	-1 471	0	-1 471	-10 430	0	-10 430
Akuttklinikken	-10 332	0	-10 332	-26 666	0	-26 666
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	318	0	318	-1 813	0	-1 813
Oslo sykehusservice	-2 022	0	-2 022	-8 773	0	-8 773
Konsern	497	1 609	-1 112	884	1 658	-774
Kreftregisteret	0	0	0	0	0	0
Fellesposter	-2 783	17 970	-20 753	-25 287	-21 690	-3 597
Direktørstaben	3 431	0	3 431	9 303	0	9 303
Sum OUS	-29 824	19 579	-49 403	-155 074	-20 031	-135 043
Justert for eks.ord. Pens.kost.	3 428	19 580	-16 151	-54 187	-20 031	-34 155

Mars 2012	Denne periode			Hittil i år		
Klinikk	Faktisk	Budsjett	Avvik	Faktisk	Budsjett	Avvik
Økonomisk resultat						
Somatikk	-33 970	0	-33 970	-140 061	0	-140 061
Psykisk helsevern	5 261	0	5 261	8 842	0	8 842
Stab og Oslo sykehusservice	1 171	0	1 171	548	0	548
Fellesposter mv	-2 286	19 579	-21 865	-24 404	-20 031	-4 372
Sum OUS	-29 824	19 579	-49 403	-155 074	-20 031	-135 043
Justert for eks.ord. Pens.kost.	3 428	19 580	-16 151	-54 187	-20 031	-34 155

3.4 Kommentarer til klinikkens avvik per mars

Klinikk	Avvik i mnok	Overordnet beskrivelse av avvik
Klinikk psykisk helse og avhengighet	+ 8,8	Regnskapet viser totalt sett et positivt budsjettavvik på 5,3 mnok for perioden og akkumulert 8,8 mnok for 1. kvartal. Det framtidige kostnadsnivået og utfordringene knyttet til den nødvendige reduksjonen i antall årsverk, er avhengig av gjennomføringen av bemanningstilpasningen. Denne prosessen er forsinket og endret ift forutsetningene som er lagt til grunn i budsjettet. Sammen med utviklingen av framtidig drift, vil ytterligere kostnadsreducerende tiltak løpende vurderes og iverksettes for å oppnå budsjettbalanse.
Medisinsk klinikk	- 8,3	Resultat er omtrent som forventet. DRG-inntektene er noe lavere enn forventet og dette skyldes PCI virksomhet knyttet til Hjertemedisin. Lønnskostnader er høyere enn planlagt og finansieres delvis ved økt inntekt knyttet til høyere aktivitet enn planlagt.
Klinikk for kirurgi og nevrofag	- 43,5	Klinikken har i mars et merforbruk på om lag 10 mnok mens snittet for jan-feb var 16,5. Endret periodisering av plantall på DRG-siden bidrar til en forbedring på ca 5. mill. I tillegg er aktiviteten i mars noe over plantall. På lønssiden er det en marginal forbedring. Høye vare- og innleiekostnader i mars er med på å trekke ned resultatet. Økte innleiekostnader og reversering av en feilføring på interne konti fra februar forverrer resultatet med 1,5 mnok.
Kvinne- og barneklivnikken	- 3,5	Klinikkens avvik hadde et positivt avvik i mars på 2,4 mnok som skyldes høy aktivitet i perioden. Per mars er det negative avvik for lønn, innleie (særlig nyfødt) og varekostnader.
Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon	- 45,8	Klinikkens resultat for mars er forbedret vesentlig på inntekt/aktivitet. Aktiviteten i mars om lag i balanse. Korreksjoner ift. KVB bidrar regnskapsmessig til et plussresultat på ISF-inntekter i mars. Kostnadsavviket er om lag like stort i mars som i de foregående månedene med en bedring på varekostnader og en forverring på personalkostnader.
Hjerte-, lunge- og karklinikken	- 10,4	Klinikken har ikke kommet i gang med den stor omstillingen på TKA. Avviket knyttet til utgiftsrammen er allikevel lavere enn ved utgangen av 2011. Antall innleie vakter er halvert sammenlignet med samme periode i 2011.
Akuttklinikken	-26,7	Om lag halvparten av avviket skyldes høyere lønnskostnader enn budsjettet. Dette gjelder hovedsaklig tiltak som ikke er utført ennå. Videre er det et merforbruk på innleie på nærmere 6 mnok ved Intensiv og Operasjon som skyldes økt aktivitet og mangel på spesialsykepleiere. Merforbruk på varekostnader på 5,5 mnok er inklusiv økt forbruk av engangsutstyr til robot- og laparoscopioperasjoner samt medisinske forbruksvarer til intensiv.
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	- 1,8	Noe bedre inntekter i mars. Høy aktivitet på MIK og AMG, samt varslet høyere produksjon på PET (fortsatt avsatt noe forsiktig). Noe merforbruk på varekostnader som må sees i sammenheng med økt intern inntekt, men også som følge av økt aktivitet på transplantasjoner og periodisering av tiltak. Noe merforbruk på lønn som forventet pga periodisering av tiltak. Tiltakene skal hente inn avvik på lønnskostnadene, med unntak av PAT som sliter med for høy aktivitet.
Oslo sykehuservice	- 8,8	Klinikken har i mars hatt en positiv utvikling på inntektssiden som knyttes til parkeringsinntekter. Det negative avviket per mars knyttes i hovedsak til høyere lønnskostnader enn budsjettet. Varekostnadene er også noe høyere enn budsjettet.
Stab	+ 9,3	Forhold som bidrar til stabens positive avvik er mindre bruk av eksterne konsulenter enn budsjettet, mindreforbruk av stipendmidler og tilbakebetaling 2011 fra Sykehuspartner innenfor HR.
Fellesposter mv	- 4,4	Avviket relateres til flere forhold, blant annet ikke-fordelte budsjettmidler, generelt fakturaetterslep, ISF-inntekter, gevinst fra salg av eiendom og økte pensjonskostnader.
Samlet avvik	-135	I samlet avvik inngår økte pensjonskostnader som følge av endrede økonomiske forutsetninger med 100 mnok.
Samlet avvik juster for økte pensjonskostnader	- 34	Gevinst fra salg av eiendom bedrer resultatet med 31 mnok. Justert for dette er det et negativt avvik knyttet til ordinær drift på om lag 65 per mars.

4.1 Bemanningsutvikling



4.2 Bemannings indikatorer

OUS Indikator	2012			2012 hittil i år			2012 mot 2011		
	April	Budsjett	Avvik	Resultat	Budsjett	Avvik	Δ april til april	Δ des til april	Δ hittil i år mot hittil i fjor
Brutto månedsværk	16 941	16 489	452	16 941	16 569	372	-363	-290	-433
Brutto månedsværk, ekskl. eksternt finansiert	15 790	15 323	466	15 811	15 404	407	-425	-303	-516
Brutto månedsværk, eksternt finansiert	1 151	1 165	-15	1 130	1 165	-36	62	12	83
Innleie fra vikarbyrå (mars)	179			146			4	-79	-30
Månedsværk månedslønnede	15 727			15 735			-316	-178	-274
Månedsværk variabellønnede	1 213			1 206			-46	-112	-159
Netto månedsværk nasj. ind.				14 004			-741	371	-624
Sykefraværspersent				8,4			0,6	0,7	0,5

Brutto månedsværk, ekskl. ekst.fin.	2012			2012 hittil i år			2012 mot 2011		
	Apr	Budsjett	Avvik	Resultat	Budsjett	Avvik	Δ april til april	Δ des til april	Δ hittil i år mot hittil i fjor
PHA	2 120	2 203	-83	2 137	2 237	-100	-127	-95	-158
MED	1 222	1 103	119	1 230	1 117	114	-76	-38	-111
KKN	2 024	1 882	142	2 018	1 882	136	-17	-8	-5
KVB	1 584	1 566	18	1 574	1 571	3	-41	-19	-41
KKT	2 085	2 010	75	2 091	1 999	91	-52	-40	-45
HLK	750	705	45	748	696	52	-3	-2	8
AKU	2 246	2 173	73	2 233	2 185	49	23	-3	-2
KDI	1 851	1 868	-17	1 859	1 879	-19	1	-20	-6
OSS	1 681	1 585	96	1 695	1 609	86	-108	-76	-128
STA	226	257	-31	223	257	-34	-25	-1	-26
Oslo universitetssykehus	15 790	15 323	466	15 811	15 404	407	-425	-303	-516

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

4.3 Brutto månedsverk (eks. e.f.) på stillingsgrupper

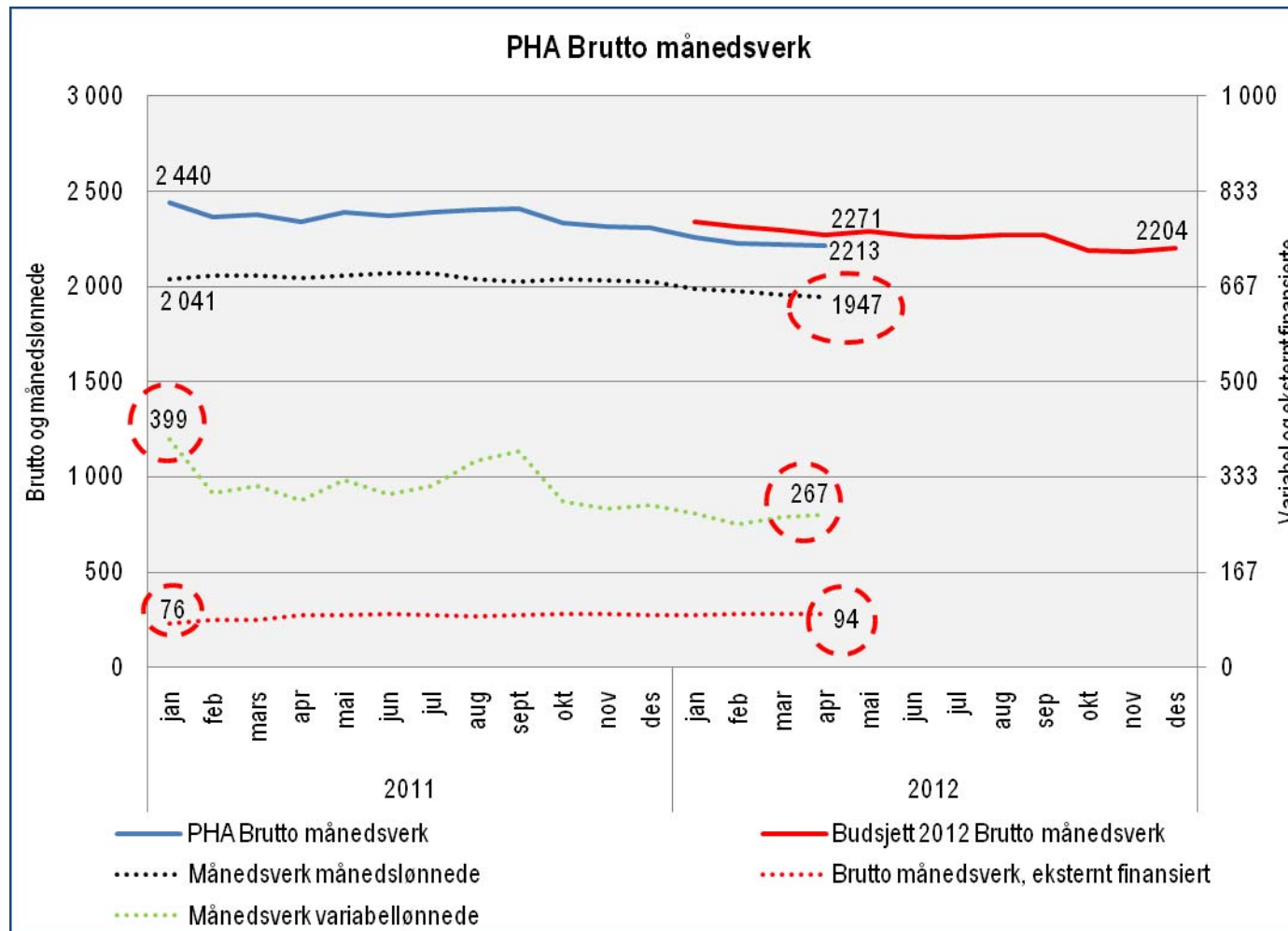
Brutto månedsverk, ekskl. ekst.fin.		2010	2011	2012				2012 mot 2011 og 2010			Andel av klinikk brutto			Avvik fra budsjett			
Klinikk	Stillingsgrupper	Ref.nivå jan-jun	des	jan	feb	mar	apr	Δ ref.nivå 2010 til april	Δ des 2011 til april	%-vis des 2011 - april	Andel hele 2011	Andel 2012	Endring i andel	jan	feb	mar	apr
OUS	(1) Administrasjon/Ledelse	3 115	2 730	2 693	2 690	2 680	2 684	-431	-46	-1,7 %	17,0 %	17,0 %	0,0 %	43	21	28	34
OUS	(2) Pasientrettede stillinger	1 588	1 445	1 388	1 373	1 401	1 386	-202	-59	-4,1 %	9,2 %	8,8 %	-0,5 %	234	245	273	280
OUS	(3) Leger	2 271	2 169	2 192	2 194	2 207	2 222	-50	53	2,4 %	13,3 %	13,9 %	0,6 %	-41	-52	-28	-13
OUS	(3a) Overleger	1 352	1 269	1 312	1 325	1 329	1 351	-1	82	6,4 %	7,9 %	8,4 %	0,6 %				
OUS	(3b) LIS-leger	871	858	842	837	844	837	-35	-22	-2,5 %	5,2 %	5,3 %	0,1 %				
OUS	(3c) Turnusleger	48	41	38	32	34	34	-14	-7	-17,4 %	0,3 %	0,2 %	0,0 %	38	32	34	34
OUS	(4) Psykologer	342	237	227	227	223	224	-117	-13	-5,4 %	1,5 %	1,4 %	-0,1 %	-35	-35	-37	-34
OUS	(5) Sykepleier	5 771	5 512	5 378	5 372	5 402	5 381	-390	-131	-2,4 %	33,9 %	34,1 %	0,1 %	143	99	165	153
OUS	(6) Helsefagarbeider/hjelpepleier	779	637	616	610	614	613	-166	-23	-3,7 %	4,0 %	3,9 %	-0,2 %	43	36	45	45
OUS	(7) Diagnostisk personell	1 274	1 289	1 265	1 269	1 255	1 248	-26	-41	-3,2 %	7,9 %	8,0 %	0,1 %	51	36	47	46
OUS	(8) Apotekstillinger	1	1	1	1	1	1	-	-	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1	1	1	1
OUS	(9) Drifts/teknisk personell	1 547	1 392	1 342	1 369	1 343	1 343	-204	-49	-3,5 %	8,8 %	8,5 %	-0,3 %	-106	-102	-92	-84
OUS	(10) Ambulansepersonell	408	448	439	434	451	453	45	5	1,1 %	2,7 %	2,8 %	0,1 %	5	-5	15	20
OUS	(11) Forskning	220	206	207	209	211	211	-9	4	2,2 %	1,2 %	1,3 %	0,1 %	-1	-9	-5	-8
OUS	(99) Ukjente	44	25	65	60	38	22	-22	-3	-13,1 %	0,4 %	0,3 %	-0,1 %	65	60	38	22
SUM	Alle stillingsgrupper	17 362	16 092	15 815	15 809	15 827	15 789	-1 573	-304	-1,9 %	100,0 %	100,0 %	0,0 %	404	295	450	462

Kategoriseringen i stillingsgrupper er endret i 2012 ihht. nasjonal definisjon (NPSS).

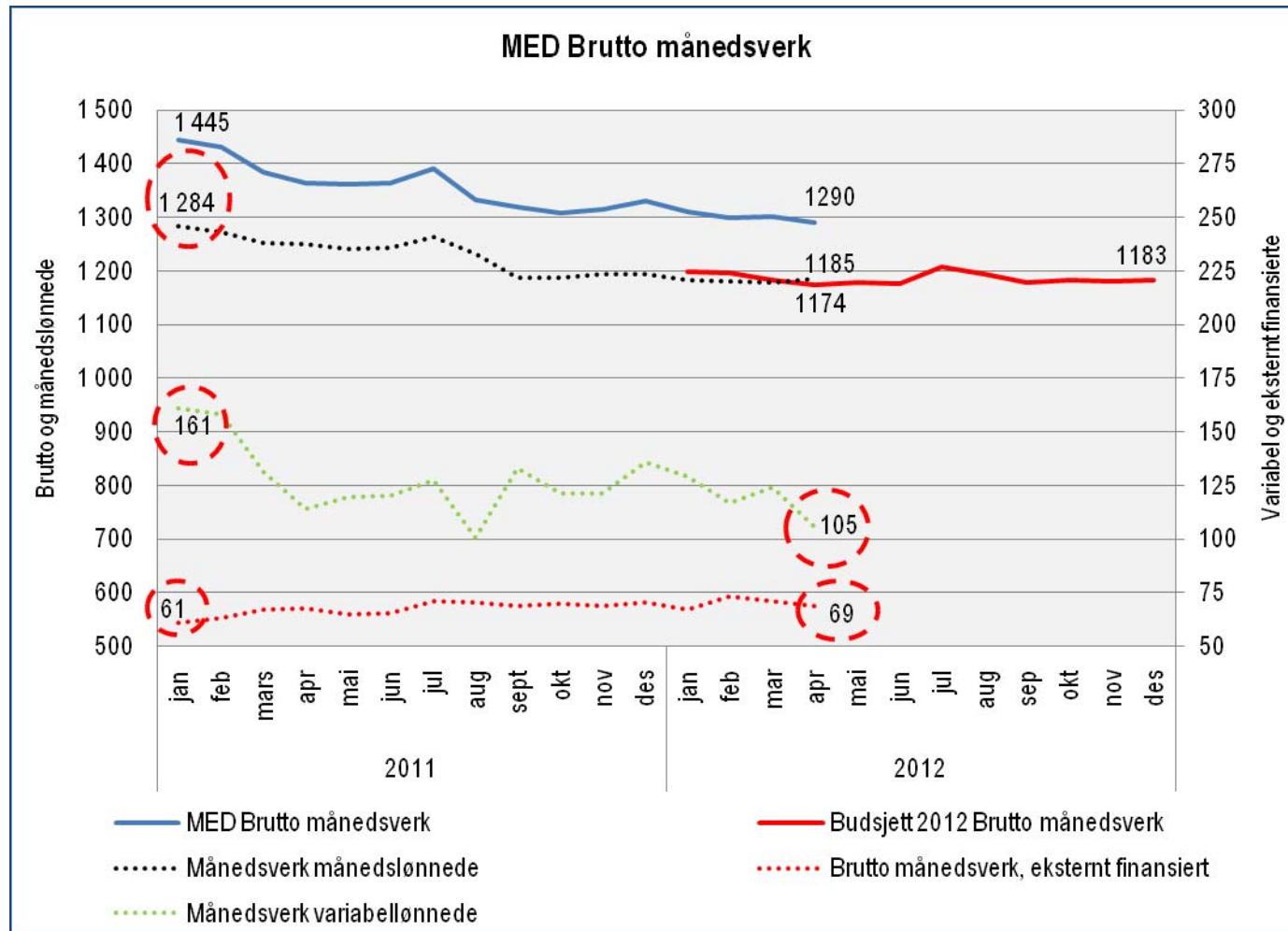
2012 tallene for Overleger er ikke sammenlignbare med 2010-2011 på grunn av konverteringer mellom hovedlønnsmodell (A2) og alternativ lønnsmodell. Konverteringen mellom modellene er estimert med en økning på 63,99 månedsverk for overleger.

Dette betyr at det er **ikke noen økning** i overlege bemanningen, hverken målt i ressursbruk/timer eller kostnader. Se styresaken med beskrivelse av utvikling overlegeårsverk, med justeringer av ref.nivå 2010 og forklaringsvariable (fødselspermisjoner, overlegepermisjoner, vikarer og økt bruk av overtid).

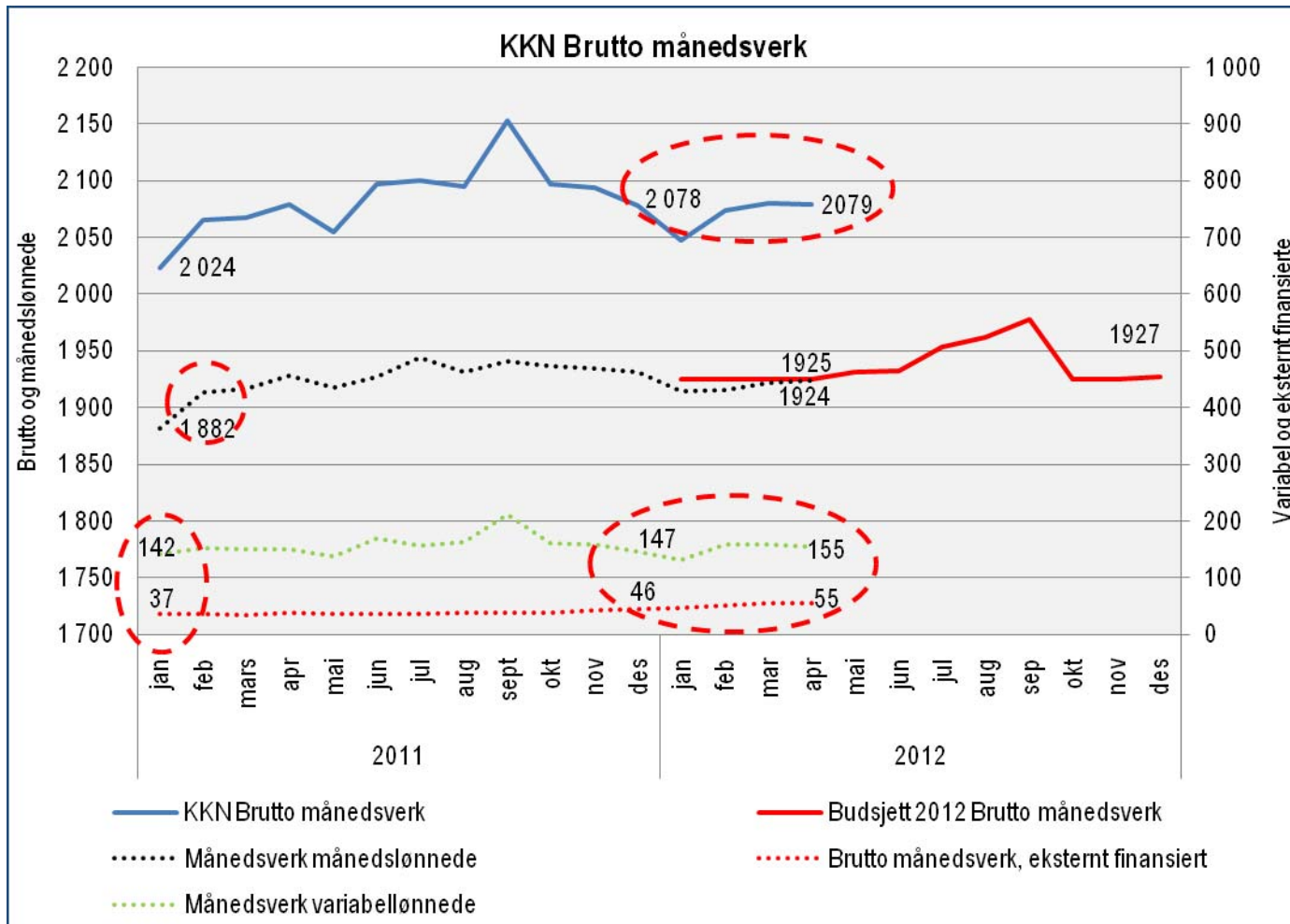
4.4 Bemanningsutvikling PHA



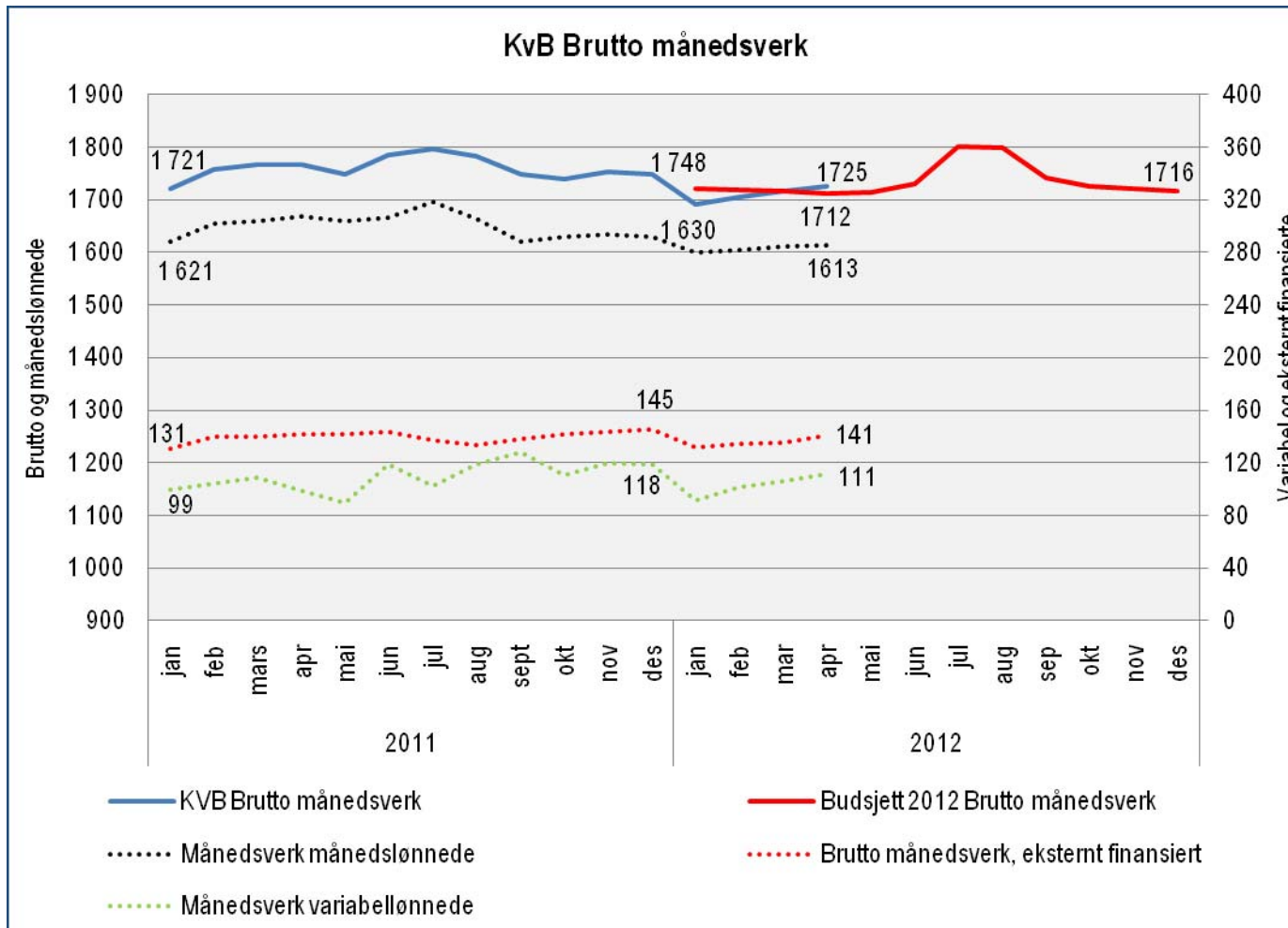
4.4 Bemanningsutvikling Medisin



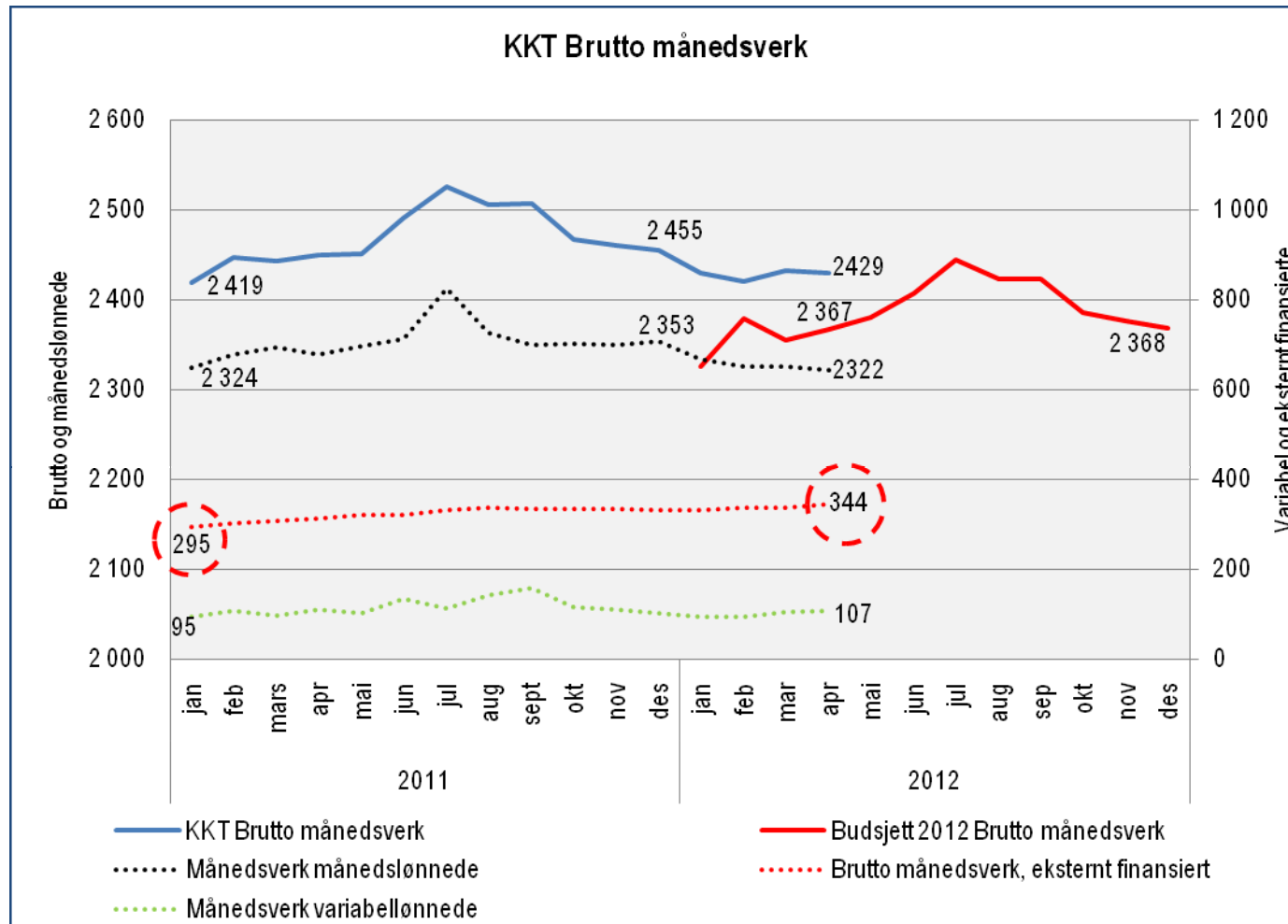
4.4 Bemanningutvikling KKN



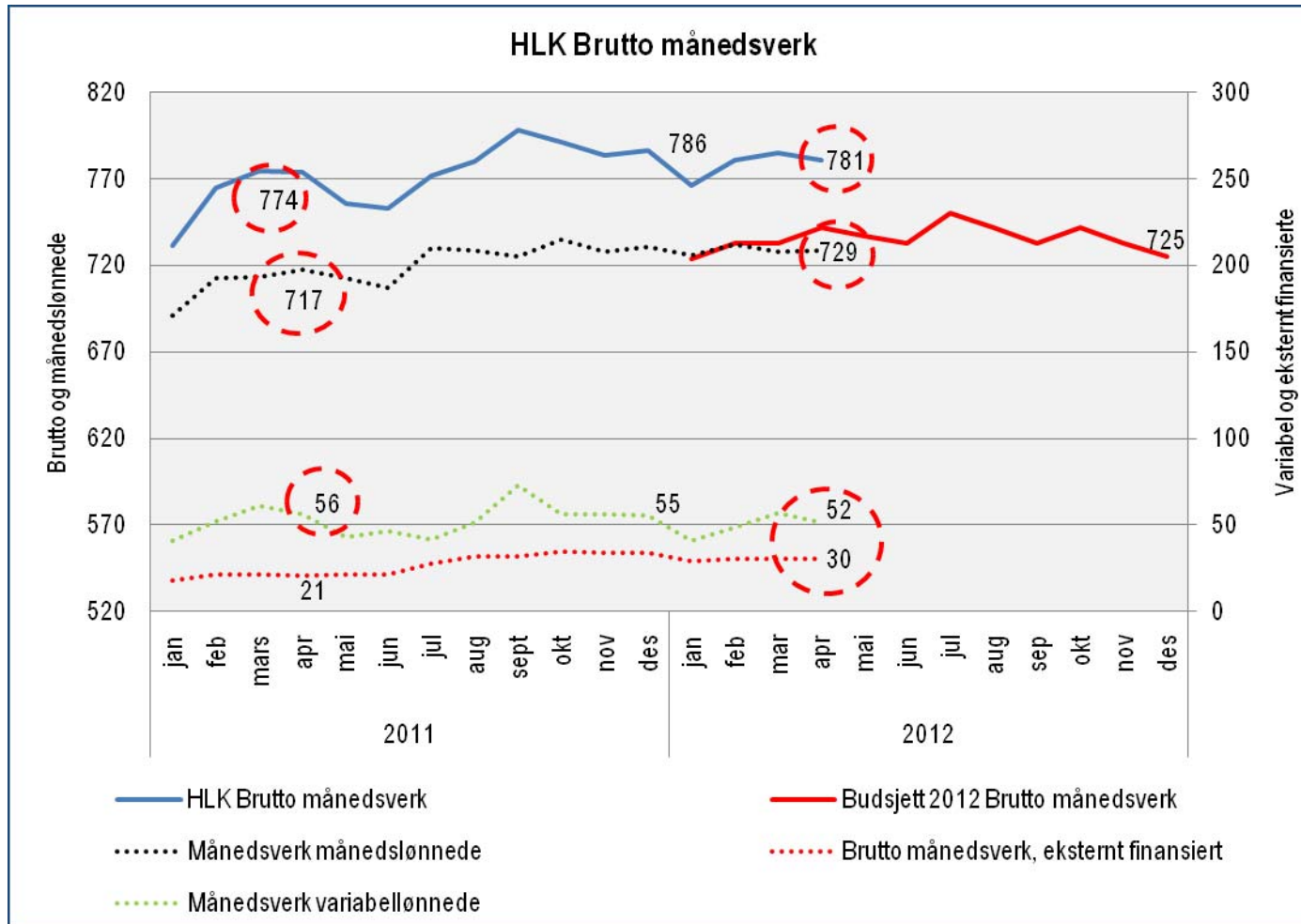
4.4 Bemanningsutvikling KVB



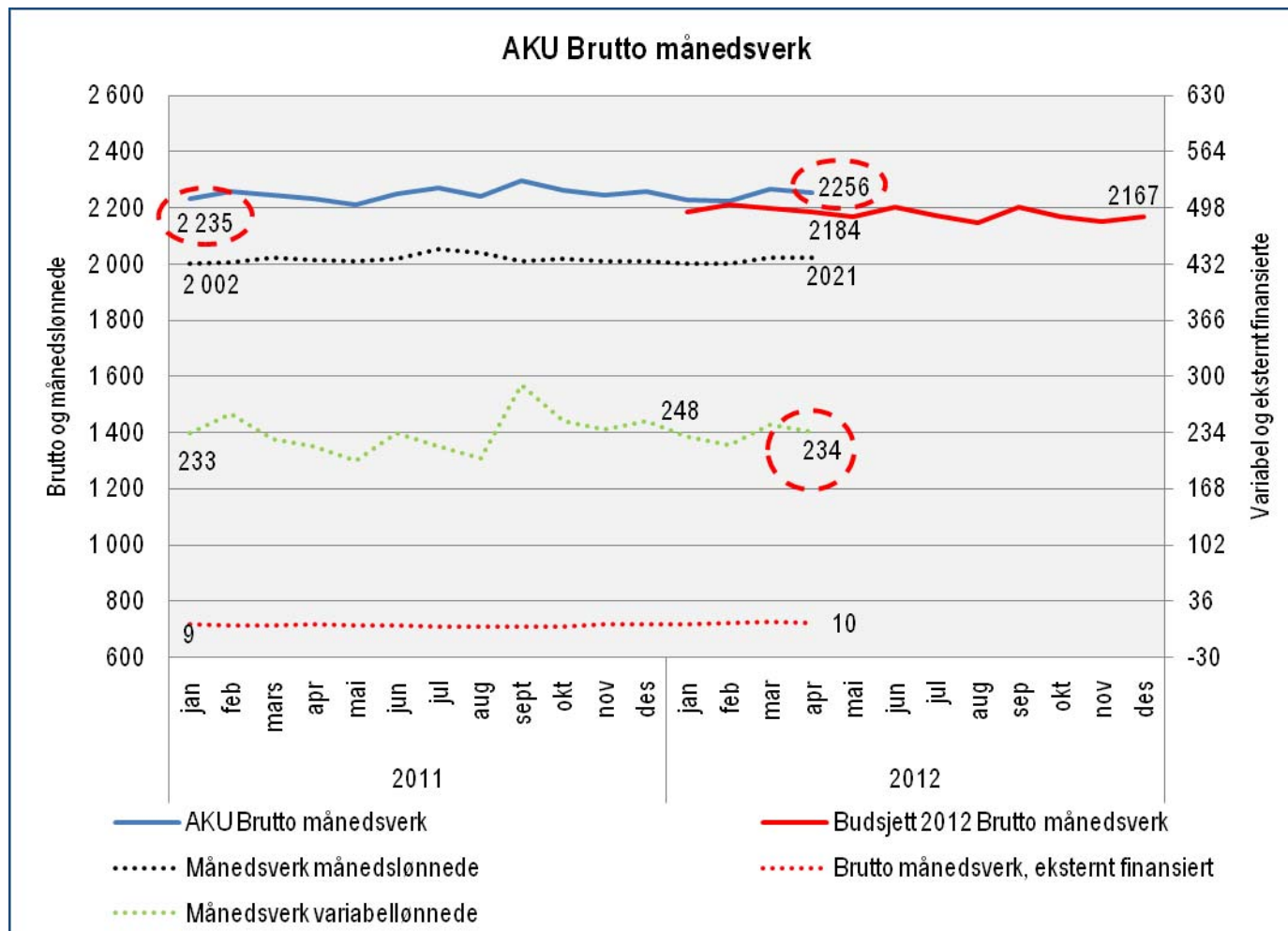
4.4 Bemanningsutvikling KKT



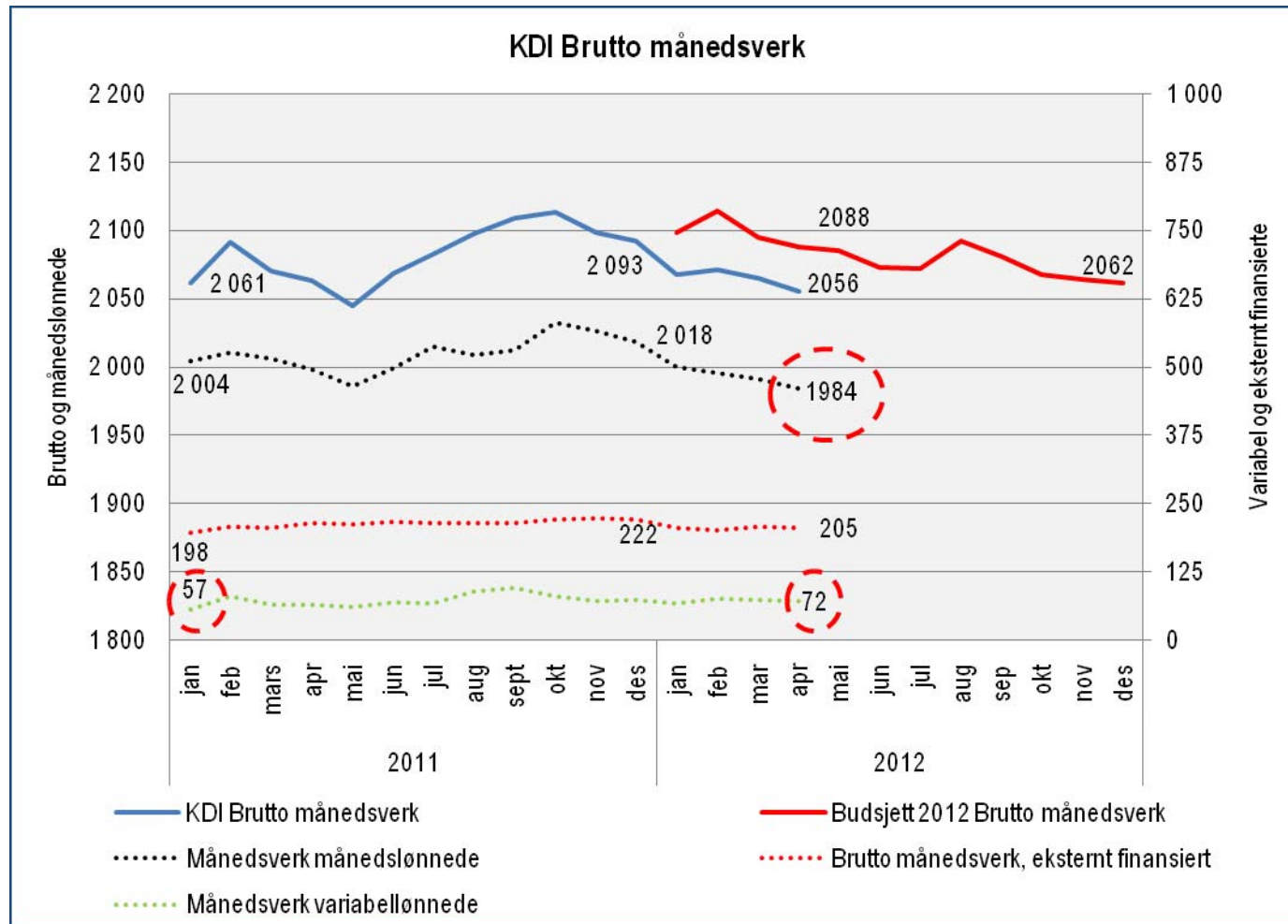
4.4 Bemanningsutvikling HLK



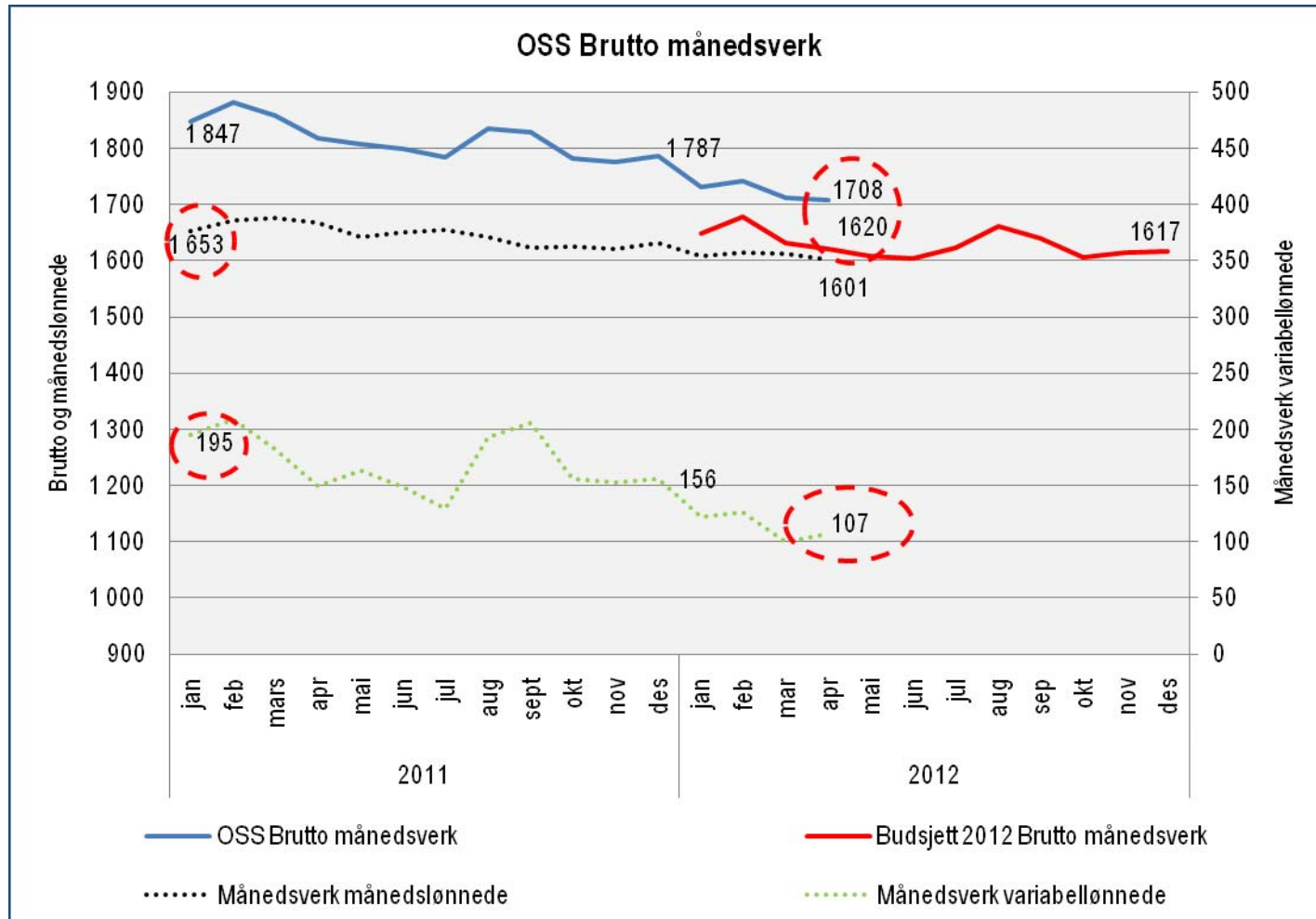
4.4 Bemanningsutvikling Akuttklinikken



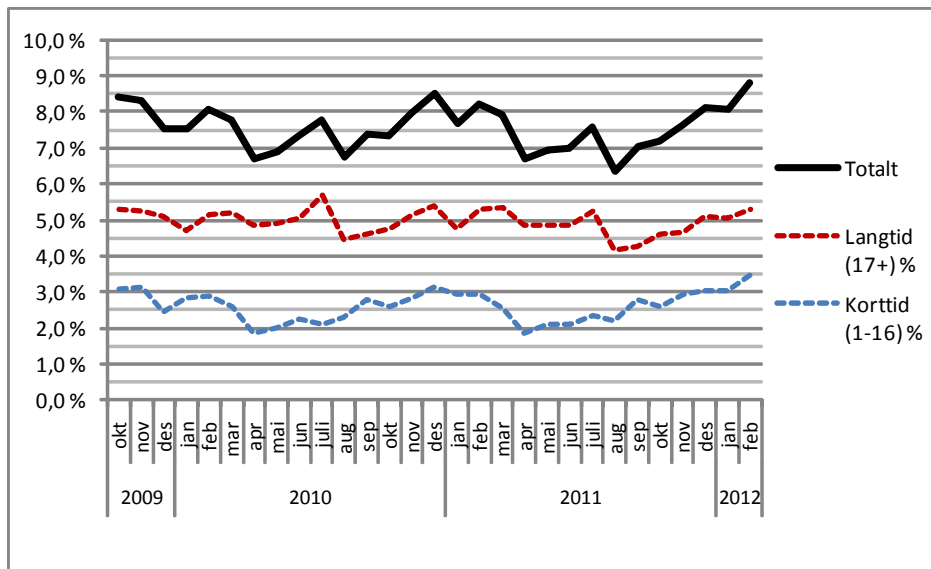
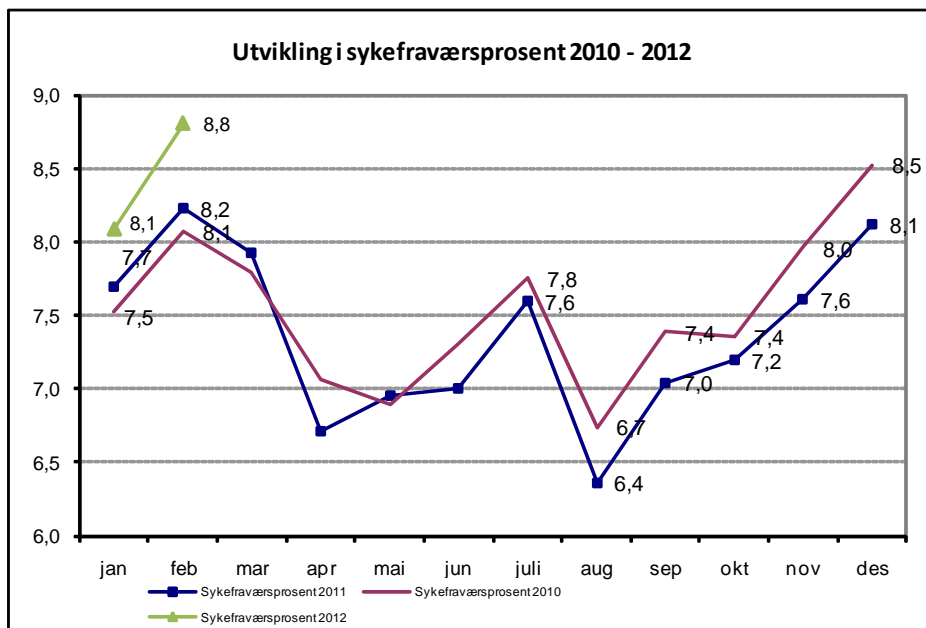
4.4 Bemanningsutvikling KDI



4.4 Bemanningsutvikling OSS



4.5 Sykefravær totalt og fordelt på kort- og langtidsfravær



4.6 Sykefravær per klinikk, per feb 2011-2012

Sykefraværs lengde per februar 2011	Korttid (1-16)			Langtid (17+)			Samlet sykefravær
	1-3 dager	4-16 dager	Sum	17-56 dager	> 56 dager	Sum	
PHA	1,7 %	1,5 %	3,2 %	1,3 %	4,2 %	5,5 %	8,7 %
MED	1,3 %	1,6 %	2,9 %	1,1 %	2,8 %	3,9 %	6,8 %
KKN	1,4 %	1,4 %	2,8 %	1,3 %	4,0 %	5,2 %	8,1 %
KVB	1,2 %	1,6 %	2,7 %	1,6 %	3,9 %	5,5 %	8,2 %
KKT	1,4 %	1,3 %	2,7 %	1,4 %	3,5 %	4,9 %	7,5 %
HLK	1,0 %	1,3 %	2,3 %	1,5 %	2,5 %	3,9 %	6,2 %
AKU	1,4 %	1,6 %	3,1 %	1,3 %	4,0 %	5,3 %	8,4 %
KDI	1,4 %	1,4 %	2,8 %	1,2 %	3,0 %	4,2 %	7,0 %
KRG	1,3 %	0,9 %	2,2 %	0,1 %	1,8 %	1,9 %	4,1 %
OSS	1,6 %	2,2 %	3,8 %	1,5 %	4,7 %	6,3 %	10,1 %
STA	0,7 %	0,8 %	1,4 %	0,1 %	1,5 %	1,7 %	3,1 %
FPO	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,5 %	0,0 %	1,5 %	1,5 %
OUS	1,4 %	1,5 %	2,9 %	1,3 %	3,7 %	5,0 %	7,9 %

Sykefraværs lengde per februar 2012	Korttid (1-16)			Langtid (17+)			Samlet sykefravær
	1-3 dager	4-16 dager	Sum	17-56 dager	> 56 dager	Sum	
PHA	1,7 %	1,8 %	3,5 %	1,7 %	3,7 %	5,4 %	8,9 %
MED	1,4 %	1,4 %	2,8 %	1,3 %	3,5 %	4,9 %	7,6 %
KKN	1,6 %	1,5 %	3,1 %	2,1 %	3,1 %	5,2 %	8,3 %
KVB	1,3 %	1,5 %	2,8 %	1,8 %	4,3 %	6,2 %	8,9 %
KKT	1,4 %	1,5 %	2,9 %	1,4 %	3,0 %	4,4 %	7,4 %
HLK	1,3 %	1,6 %	2,8 %	2,1 %	2,9 %	5,0 %	7,8 %
AKU	1,6 %	1,9 %	3,5 %	1,6 %	3,7 %	5,3 %	8,8 %
KDI	1,6 %	1,6 %	3,2 %	1,5 %	2,7 %	4,1 %	7,4 %
KRG	1,7 %	0,8 %	2,5 %	1,0 %	3,0 %	3,9 %	6,4 %
OSS	1,9 %	2,7 %	4,6 %	2,5 %	4,0 %	6,5 %	11,1 %
STA	0,6 %	1,1 %	1,7 %	0,7 %	3,0 %	3,7 %	5,4 %
OUS	1,5 %	1,7 %	3,3 %	1,7 %	3,4 %	5,2 %	8,4 %



Definisjoner årsverksindikatorer

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

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 3. mai 2012

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg:

- I. Budsjett 2013. Økonomisk langtidsplan 2013-2015 (2026) Skriv nr 2 – 2012 (fra Helse Sør-Øst RHF)
- II. Nærmere om inntektsmodellen i Helse Sør-Øst
- III. Inntektsforutsetninger for Oslo universitetssykehus HF for 2013-2016

SAK 27/2012 ORIENTERINGSSAK: ØKONOMISK LANGTIDSPLAN 2013-2016

Forslag til vedtak:

Styret tar redegjørelsen om arbeidet med innspill fra Oslo universitetssykehus HF til Helse Sør-Øst RHF's arbeid med økonomisk langtidsplan 2013-2016 til orientering.

Oslo den 25. april 2012

Bjørn Erikstein

1. INNLEDNING

Helse Sør-Øst RHF etablerte fra 2010 en prosess med rullerende økonomisk langtidsplan. I styresak 17/2012 ble styret gitt en første orientering om arbeidet med bidrag til Økonomisk langtidsplan 2013-2016.

Økonomisk langtidsplan for 2013-2016 for Helse Sør-Øst RHF skal behandles i styremøte 21. juni. De enkelte helseforetakene er bedt om å komme med innspill til denne langtidsplanen. Innspillene skal ha karakter av utkast til økonomisk langtidsplan for det enkelte helseforetaket, tallfestet og kommentert etter en foreliggende mal. Det er forutsatt at helseforetakenes innspill skal foreligge senest 16. mai. Det er videre forutsatt at disse leveransene er styrebehandlet senest 1. juni.

Det er understreket at foretakene først kan vedta sin egen økonomiske langtidsplan etter vedtak i styret i Helse Sør-Øst RHF 21. juni og tilhørende tilbakemelding fra det regionale foretaket.

2. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING

Administrerende direktør konstaterer at den økonomiske utviklingen de siste årene for Oslo universitetssykehus HF ikke har vært bærekraftig: Underskuddene er store og foretaket har pådratt seg stor kortsiktig gjeld. Samtidig øker gjennomsnittsalder for bygninger og utstyr. Foretaket er stilt overfor krevende myndighetspålegg som krever omfattende investeringer for å komme ut av dagens situasjon.

Oslo universitetssykehus HF står dermed overfor usedvanlig store økonomiske utfordringer i de nærmeste årene: Lovpålagte og forventede oppgaver skal gjennomføres med god kvalitet samtidig som foretaket skal komme over i en økonomisk sett bærekraftig utvikling.

Administrerende direktør er opptatt av at innspillet fra Oslo universitetssykehus HF til økonomisk langtidsplan for Helse Sør-Øst RHF er godt forankret i styret før det leveres inn. I denne styresaken presenteres derfor en beskrivelse av det utfordringsbildet Oslo universitetssykehus HF står overfor ved inngangen til langtidsplanperioden. Dette legges nå fram for styret for diskusjon. Deretter vil administrerende direktør utarbeide et forslag til innspill fra Oslo universitetssykehus HF til Helse Sør-Øst RHF, dvs et forslag til leveransen 16. mai. Det tas sikte på at dette forslaget legges fram for styret i et ekstraordinært styremøte 14. mai. Det legges opp til en endelig beslutning i styret i Oslo universitetssykehus HF om økonomisk langtidsplan for 2013-2016 for foretaket, herunder mål for 2013, på styremøte 20. september.

3. Mål og utfordringer for Oslo universitetssykehus HF i langtidsplanperioden

Helseforetakenes lovpålagte oppgaver er pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og pasientopplæring. Oppgavene til Oslo universitetssykehus HF innenfor pasientbehandling er:

- Lokalsykehus for seks bydeler i Oslo (Bjerke, Nordstrand, Søndre Nordstrand, Nordre Aker, Østensjø og Sagene)
 - Områdesykehus for Oslo sykehusområde (alle bydeler utenom Alna, Grorud og Stovner)
 - Noen flerområdefunksjoner i helseregionen Helse Sør-Øst
 - Regionssykehus for helseregionen Helse Sør-Øst
 - Endel spesifiserte landsfunksjoner

Med unntak av noen få regionsfunksjoner som er lagt til andre helseforetak og noen landsfunksjoner som er lagt til de andre regionssykehusene, skal Oslo universitetssykehus HF dermed ha tilbud innenfor alle fagområder i spesialisthelsetjenesten og på alle omsorgsnivåer (lokal-, område- og regionsnivå).

Oslo universitetssykehus HF skiller seg fra alle de andre helseforetakene ved at sykehuset har et vesentlig større omfang av pasientbehandling, har et bredere tilbud innenfor pasientbehandling og vesentlig høyere omfang av forskning enn noe annet helseforetak i Norge. Som følge av den store bredden i kompetanse og ordningen med fritt sykehusvalg har foretaket også et relativt stort innslag av pasientbehandling for pasienter fra andre sykehusområder i Helse Sør-Øst og fra andre regioner i Norge som ikke følger direkte av oppgaveinndelingen som er gjengitt ovenfor.

Helse Sør-Øst RHF har satt følgende mål for helseforetakene for planperioden (i tillegg til arbeidet for å øke pasientsikkerheten):

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

Den økonomiske langtidsplanen for Oslo universitetssykehus HF skal møte de utfordringene foretaket står overfor gitt de oppgavene foretaket er tildelt, det økonomiske utgangspunktet foretaket har og den finansieringen som er forespeilet for langtidsplanperioden. De utfordringene foretaket står overfor er beskrevet en rekke ganger tidligere (blant annet i forbindelse med budsjettarbeidet for 2012). Kortfattet kan oppsummeres som følger:

Pasientbehandling:

- Relativt lange ventetider og fortsatt fristbrudd. Store variasjoner mellom fagområdene.
- Forventet fortsatt sterk befolkningsvekst i Oslo, men i det siste enkelte demografiske trekk som isolert sett kan redusere behovet for sykehus tjenester (reduert dødelighet og flere yngre).
- Forventninger om vekst i regionsoppgavene og enkelte landsfunksjoner (først og fremst som følge av vekst i befolkningen i hele Helse Sør-Øst).

Forskning, utdanning og pasientopplæring:

- Investeringsmidler til forskning, innovasjon og utvikling konkurrerer innen svært trange investeringsrammer
- Behov for videreutvikling av IKT støtte til forskning, inkludert basissupport og utvikling av IKT verktøy ifbm. registre.

Økonomiske og ressursmessige:

- Stort innslag av gammel og lite egnet bygningsmasse og dermed uhensiktsmessig fordeling av aktiviteten mellom lokalisasjonene. Myndighetspålegg om utbedringer av bygningsmassen.
- Høy gjennomsnittlig levealder for medisinsk-teknisk utstyr.
- IKT-applikasjoner som er forskjellige mellom de ulike geografiske lokalisasjoner.
- Høy kortsiktig gjeld (driftskreditt fra Helse Sør-Øst RHF)
- Høye kostnader i forhold til gjeldende finansiering (stort underskudd i 2012) og reduserte rammeinntekter framover.

Disse utfordringene må adresseres i den økonomiske langtidsplanen for Oslo universitetssykehus HF.

4. Finansiering av Oslo universitetssykehus HF i langtidsplanperioden

Inntektene for Oslo universitetssykehus i 2012 (i alt 17 521 mill kroner) kan inndeles som følger:

- Rammeinntekt fra Helse Sør-Øst RHF : 58 pst
- Inntekter avhengig av omfang av pasientbehandlingen: 33 pst
- Øremerkede inntekter: 5 pst
- Andre inntekter: 4 pst

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok endret inntektsmodell for rammeinntektene for helseforetakene (sykehusområdene) på styremøte 19. april. I vedlegg 2 er hovedtrekkene i den nye inntektsmodellen gjengitt sammen med en omtale av innspillene fra Oslo universitetssykehus HF.

I vedlegg 3 er det gjengitt inntektsforutsetningene fra Helse Sør-Øst RHF for Oslo universitetssykehus HF for langtidsplanperioden. Tabellen viser utviklingen i rammeinntektene for Oslo universitetssykehus for årene framover (2012-priser). Rammeinntektene er beregnet på bakgrunn av den reviderte inntektsmodellen for Helse Sør-Øst RHF. De største endringene i finansiering er:

- Reduksjon på 120 mill i 2014 som følge av utsatt effekt av innføring av inntektsmodell fra 2012 til 2014.
- Fullført implementering av omfordelingseffekt av inntektsmodell
- Kompensasjon for aktivitetsvekst
- Avsetning for regionale prioriteringer og gjennomføring av samhandlingsreformen

Som det fremgår av tabellen vil rammene øke fra 2015 som følge av beregnet aktivitetsvekst. For ytterligere detaljer, se vedlegg III.

Utvikling i rammeinntekter 2012 - 2016	2012	2013	2014	2015	2016
Inntektsrammer	10 672	10 678	10 539	10 599	10 666

Tabell 1: Utvikling i rammeinntekter 2012-2016 for Oslo universitetssykehus

Alle forhold knyttet til den nye inntektsmodellen i Helse Sør-Øst RHF er ikke avklart ennå. Blant annet er det lagt opp til at deler av virksomheten (regionale funksjoner) som tidligere har vært finansiert av rammeinntekter eller dette kombinert med aktivitetsavhengige inntekter nå kun skal finansieres av aktivitetsavhengige inntekter. Isolert sett vil dette kunne øke de samlede inntektene for Oslo universitetssykehus HF i forhold til gjeldende finansieringsregime og de nye rammeinntektene. Videre er det en dialog mellom Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF om hvilke funksjoner som skal rammefinansieres utenfor inntektsmodellen og hvilken ramme disse eventuelt skal ha.

Utover forholdene som er omtalt ovenfor ligger det ikke an til vesentlige endringer i inntektsregimet framover. Foretakets inntekter er dermed i hovedsak bestemt av rammetildelingen og den aktiviteten som blir realisert (først og fremst DRG-inntekter). Salg av eiendom kan gi utslag på inntektene enkelte år.

5. Nærmere om pasientbehandlingen i langtidsplanperioden

5.1 Samlet aktivitetsnivå

Helse Sør-Øst RHF har satt følgende foreløpige overordnede regionale mål for aktivitetsvekst i 2013, målt som antall behandlede pasienter (i forhold til budsjett 2012, alle omsorgsnivåer og samlet antall behandlede pasienter (jf vedlegg 1):

- 3 % for somatikk
- 3 % for psykisk helsevern barn og ungdom
- 3 % for psykisk helsevern voksne
- 3 % for TSB

Helse Sør-Øst RHF understreker behovet for en fortsatt dreining i behandlingsaktiviteten fra døgn- til dag- og poliklinisk behandling. Som følge av dette legges det opp til en årlig vekst i antall DRG-poeng knyttet til "sørge for"-ansvaret på 0,4% i hvert av årene i perioden 2013-2016. På samme måte som i budsjettet for 2012 legges det til grunn at det vil skje en aktivitetsøkning i kommunene gjennom videre oppbygging av døgntilbud, og med tilsvarende reduksjon i aktivitetsveksten i spesialisthelsetjenesten. Det er således forventet

en totalvekst på 1,2 pst per år, men at 0,8 pst-poeng av veksten kommer i kommunene.

Helse Sør-Øst RHF understreker at det enkelte helseforetak må selv vurdere planforutsetningene og budsjettere realistisk, blant annet hva gjelder effekten av samhandlingsreformen.

Knapt to tredeler av den somatiske virksomheten i Oslo universitetssykehus HF er spesialisert somatikk (lands- og regionsfunksjoner). Oslo universitetssykehus HF mottar finansiering for et omfang av vel 40 DRG-poeng per 1000 innbygger. Det er dermed forutsatt at omfanget av denne virksomheten vil vokse i takt med befolkningen i helseregionen i årene framover. Oslo universitetssykehus HF har de siste årene hatt relativt sterkt vekst innenfor enkelt av lands- og regionsfunksjonene, blant annet transplantasjoner, multitraume, regional kreftbehandling og deler av hjertebehandlingen (ablasjoner), mens på andre områder som f eks hjertekirurgi har omfanget gått ned. Inntil videre vil en legge til grunn at det samlede omfanget av lands- og regionsfunksjoner vil vokse i samsvar med finansieringsforutsetningene. Oslo universitetssykehus HF vil fortsette arbeidet med å overføre til andre områdesykehus de deler av pasientforløpene som ikke må være på regionsnivå.

Oslo universitetssykehus HF vil fortsette arbeidet med å overføre til andre områdesykehus de deler av pasientforløpene som ikke må være på regionsykehuset.

Helse Sør-Øst RHF understreker at endelig aktivitetsbudsjett knyttet til antall DRG-poeng "sørge for"-ansvaret for 2013 må som tidligere skje ut fra forutsetninger i statsbudsjettet, og vil bli lagt til grunn i Oppdrag og bestilling for 2013.

5.2 Samhandling med primærhelsetjenesten (Oslo kommune)

Det vil være usikkerhet knyttet til gjennomføring og effekten av samhandlingsreformen de nærmeste årene. Etablering eller utviding av tilbud på kommunalt nivå forventes å ta tid - særlig med tanke på et kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud innen 2016. Oslo kommune har en målsetting om å starte opp et tilbud fra 2013. I hvilket omfang dette vil redusere antall innleggelser ved sykehuset er fremdeles ukjent. Helse Sør-Øst RHF understreker at inntil det kommunale tilbudet er på plass, må det fortsatt finnes tilstrekkelig kapasitet innen spesialisthelsetjenesten til å sikre pasientene rettigheter.

Helse Sør-Øst RHF har skissert følgende utfordringer for helseforetakene som følge av samhandlingsreformen:

- Omstille/tilpasse kapasitet parallelt med utvikling av tilbudet i kommunene.
- Krav om fortsatt reduksjon i ventetider og fristbrudd.
- Større oppmerksomhet på det helhetlige pasientforløp både internt og utover eget ansvarsområde
- Større tilgjengelighet for veiledning og deling av kunnskap – uti fra andres behov.

- Tilrettelegging av tettere samarbeidsformer – moderne kommunikasjonsteknologi
- Å etablere gode systemer/understøtting av kompetanse- og personellutfordringene.

Det er grunn til å anta at Oslo kommune som følge av samhandlingsreformen over tid vil redusere den relative andel av pasienter som innlegges på sykehuset. Dette vil være en konsekvens av økt satsing på forebyggende helsearbeid, etablering av en allmenlegevakt på Aker og etablering av observasjonssenger blant annet på Aker. Det er videre grunn til å forvente at kommunen/bydelene vil håndtere mer komplekse lidelser pga kompetanseoverføring og utvikling av nye arbeids- og samarbeidsformer.

Samtidig må det tas hensyn til at Oslos befolkning øker med 12-15 000 pr år. Anslagsvis 70 pst av befolkningsveksten kan forventes i bydeler som har Oslo universitetssykehus HF som områdesykehus, og halvparten av disse vil igjen ha foretaket som lokalsykehus. Tall fra Statistisk sentralbyrå kan tyde på at Oslos nye innbyggere har en annen alderssammensetning og kulturell bakgrunn enn gjennomsnittet av befolkning. Det blir flere i fertil alder, flere barn og flere med flerkulturell bakgrunn. Det kan derfor ventes en økning i antall fødsler, en økt pasienttilgang til barneavdelingene og et økt behov for tolketjeneste og andre tiltak for å sikre et likeverdig tilbud til Oslos befolkning.

Etableringen av en mer robust allmenlegevakt på Aker og etablering av observasjonsposter, bla en på samhandlingsarenaen på Aker, må forventes å redusere presset noe på akuttmottaket på Ullevål sykehus. Redusert antall øyeblikkelig hjelp pasienter i mottaket vil også kunne redusere antall pasienter med behov for innleggelse, men omfanget er fremdeles uklart ettersom pasienter med behov for innleggelse skal motta behandling ved sykehuset. Et fortsatt samarbeid mellom sykehuset og Oslo kommune om styrking av hjemmesykepleie på bydelsnivå og av sykehjemstilbudet kan redusere behovet for sykehusopphold over tid.

Foreløpig foreligger det ingen nye føringer om endringer i finansieringen av pasienter innen psykisk helse og avhengighet. Foretaket må imidlertid være forberedt på at det kan komme endringer i løpet av perioden. Også på dette området endres pasientsammensetningen og antallet med behov for tjenester fra spesialisttjenesten kan øke.

6. Forskning og innovasjon i langtidsplanperioden

Sykehuset skal, iht. styrevedtatt forskningsstrategi, levere forskningsresultater i verdensklasse og lede og styrke forskning nasjonalt og regionalt. Videre skal Oslo universitetssykehus HF fungere som et nav for forskning og innovasjon i Helse Sør-Øst.

Helse Sør-Øst RHF har vedtatt et langsiktig mål om opptrapping av ressursbruk til forskning i helseforetaksgruppen samlet til 5 % av totalkostnader. Dette inkluderer både interne og eksterne forskningsmidler. Oslo universitetssykehus

er bedt om, i løpet av 2012, å legge fram for Helse Sør-Øst RHF en langsiktig plan for opptrapping av sykehusets ressursbruk til forskning, inkludert eksternt finansierte midler.

Den økonomiske situasjonen i Oslo universitetssykehus HF tilsier at i første omgang må en opptrapping av forskningen baseres på økt ekstern finansiering, med midler kanalisert gjennom både sykehuset og universitetet. Samtidig vil foretaket tilstrebe å skjerme internt finansierte forskningsressurser. Det vil samlet bli lagt til grunn en moderat økning i den eksternt finansierte forskningen i langtidsplanperioden og om lag uendret bruk av ressurser fra generell finansiering (rammefinansiering).

Det understrekes imidlertid at en opptrapping på lengre sikt ikke utelukkende kan baseres på ekstern finansiering. Ekstern finansiering forutsetter en solid basisfinansiering og stillingsportefølje. Den eksterne finansieringen er sjelden kostnadsdekkende og vil derfor også medføre krav til økt intern finansiering (dette er også et krav fra tilskuddsytere ved større satsinger, jf SFF, SFI, EU-tildelinger, Jebsen-sentre osv.). I tillegg til direkte lønns- og driftsutgifter i forskningen må det påregnes økte infrastrukturkostnader som er nødvendig for økt forskningsaktivitet (tilstrekkelige arealer, utstyr, IKT, drift av biobanker og kvalitetsregistre etc).

Det forventes av eier et styrket fokus på både behovsdrevet og forskningsdrevet innovasjon, som bidrar til både næringsutvikling og/eller forbedrede prosesser for sykehusene og/eller pasientene. Sykehuset skal, iht. styrevedtatt innovasjonsstrategi, ta et overordnet ansvar for innovasjon. En viss økning av ressursbruken til innovasjon i langtidsplanperioden vil i det vesentlige måtte dekkes fra eksterne kilder.

7. Investeringer 2013-2026

7.1 Forutsetninger fra Helse Sør-Øst RHF om investeringer i foretaksgruppen i langtidsplanperioden

Helse Sør-Øst RHF understreker at foretakene tildeles et samlet beløp til drift og investeringer. I budsjettskriv nr2 heter det:

”.....som en budsjettmessig forutsetning i økonomisk langtidsplan kan foretaket derfor legge til grunn at de ved et resultat i balanse kan videreføre tilnærmet tilsvarende investeringsnivå som i dag.”

Når det gjelder større byggeprosjekter skriver Helse Sør-Øst RHF i budsjettskrivet nr 2:

Følgende langsiktige investeringer legges til grunn i perioden for økonomisk langtidsplan:

- Prosjekt nytt Østfoldsykehus*
- Samlokalisering Oslo*
- Ombygging av anesthesiavdeling og operasjonssaler Kristiansand*

– *Samlokalisert Vestfold-klinikk*

Prinsippene ovenfor vil bli lagt til grunn for investeringstallene i bidraget fra Oslo universitetssykehus HF til økonomisk langtidsplan, jf omtale nedenfor. Det har vært en dialog mellom helseforetaket og det regionale helseforetaket om disse forutsetningene. Investeringstallene som er omtalt nedenfor ble også oversendt Helse Sør-Øst RHF i desember 2012. I forkant av innsendingen 16. mai vil det imidlertid bli foretatt en fornyet vurdering av periodiseringen av investeringene (fordelingen på år, herunder særlig anslaget for 2013).

7.2 Status for bygninger, MTU og andre driftsmidler i Oslo universitetssykehus HF

Oslo universitetssykehus har en omfattende bygningsmasse på cirka 1 million kvadratmeter som er spredd på mange lokaliseringer. Store deler av bygningsmassen har et betydelig behov for oppgradering. Dette behovet har fremkommet i både tidligere tilstandskartlegginger og etter befarings fra arbeidstilsynet og branntilsynet i 2011, med påfølgende myndighetspålegg (jfr egen styresak 6/2012).

Oslo universitetssykehus har medisinsk-teknisk utstyr i bruk til en samlet anskaffelsesverdi på om lag 3,1 milliarder kroner. Det lave investeringsnivået de siste årene har ført til at det medisinsk-tekniske utstyret ved sykehuset får en stadig høyere gjennomsnittlig levetid (nå 10,6 år). De siste to årene er det med noen få unntak kun gjennomført investeringer for å erstatte kassasjoner. I tillegg kommer noen omstillingsinvesteringer. Det er forventet at omfanget av kassasjoner fremdeles vil tilta ettersom levealder på utstyret er så vidt høyt.

7.3 Større bygningsmessige investeringer: Samlokalisering i Oslo universitetssykehus HF og myndighetspålegg

Oslo universitetssykehus planlegger og gjennomfører omfattende omstillingsinvesteringer. Investeringene går i tre faser.

Fase 1

Det ble som del av økonomisk langtidsplan 2011-2014 bedt om finansiering for enkeltprosjekter som skulle sikre samlokalisering av en rekke fagområder ved sykehuset. Disse enkeltprosjektene skulle realiseres raskt og innenfor et budsjett på 1500 mill kroner. Helse Sør Øst RHF har sikret finansiering for disse byggeprosjektene blant annet med en låneramme på 750 mill kroner fra Helsedepartementet. Resterende finansiering er gjennomførte eiendomssalg i Oslo universitetssykehus HF og kontantoverføring fra Helse Sør-Øst RHF.

Flere enkeltprosjekter er ferdigstilt og mange er i gjennomføring. Det forventes at om lag 50 pst av midlene vil være disponert i løpet av 2012, resterende vil disponeres i 2013 og 2014. Det største enkeltstående prosjekt er nytt akutthbygg på Ullevål sykehus. Av andre større enkeltprosjekter inngår blant annet:

- Flytting av indremedisinsk- gastrokirurgisk og urologisk virksomhet fra Aker til Ullevål.

- Flytting av gynekologisk kreft fra Ullevål til Radiumhospitalet og etablering av et felles brystsenter på Radiumhospitalet
- Tilpasninger i kapasitet og utstyr innen diagnostikk og intervensjon på Ullevål, Radiumhospitalet og Rikshospitalet
- Tilpasninger innen operasjon, postoperativ og intensivkapasitet på Ullevål, Radiumhospitalet og Rikshospitalet

Fase 2 og fase 3

Arealutviklingsplan 2025 er behandlet i styresak 7/2011 og 18/2011. Denne planen danner grunnlag for det investeringsnivået som inngår i økonomisk langtidsplan. I tabellen under fremgår det investeringsnivået som følger Fase 2 og Fase 3. I tillegg til disse beløpene vil det påløpe byggelånsrenter i byggeperioden på i underkant av 1 milliard kroner (gitt renteforutsetningene som benyttes av HSØ RHF – 3 pst)

	Fase 2	Fase 3
2013	797	-
2014	1 587	-
2015	2 472	-
2016	2 408	34
2017	1 767	86
2018	1 522	593
2019	49	1 100
2020	-	759
2021	-	667
2022	-	438
2023	-	491
2024	-	372
2025	-	-
SUM	10 602	4 541

Tabell 2: Påløpte investeringer innen Fase 2 og Fase 3, ekskl byggelånsrenter.

Note: Tall i millioner kroner. Vil vurderes særskilt ift. periodisering frem til leveranse 16. mai

De midler som disponeres i Fase 2 og Fase 3 er delt i fire investeringskategorier, nybygg, ombygging, oppgradering og riving. I tabellen under fremgår fordelingen av investeringene i disse kategoriene, der nybygg utgjør over 65% av de totale investeringene i fase 2 og fase 3.

	Nybygg	Om- bygging	Opp- gradering	Riving	SUM
Fase 2	7 304	1 351	1 765	182	10 602
Fase 3	2 546	328	1 605	62	4 541

De største investeringsprosjektene i fase 2 er:

- Rikshospitalet: Til- og påbygg, forskningsarealer og hotell
- Det norske radiumhospital: Ombygning og oppgradering av kliniske/diagnostiske bygg
- Psykisk helse og avhengighet Gaustad: Forsterkede plasser

- Psykisk helse og avhengighet Ullevål: Samling av voksenpsykiatri, barne og ungdomspsykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Ullevål: Erstatningsbygg (IKT, varme) og UiO funksjoner. Nytt klinikkbygg, integrerte forsknings- og utviklingsarealer, oppgraderinger

De største investeringsprosjektene i fase 3 er:

- Rikshospitalet: Utvidelse av F-avsnittet (teknisk)
- Psykisk helse og avhengighet Ullevål: Alderspsykiatri flyttes til Ullevål
- Psykisk helse og avhengighet Gaustad: Langtidsbehandling av avhengighet flyttes til Gaustad
- Ullevål: Geriatri og Øye på Ullevål. Riving ombygning og oppgradering

Tiltakene som inngår i Fase 3 er langt frem i tid. Generelt betyr dette at usikkerheten er størst når det gjelder disse prosjektene. Det kan i den videre planlegging vise seg at deler av de prosjekter som inngår i Fase 3 er mulige å integrere med prosjekter som går i Fase 2.

Myndighetspålegg

I styresak 6/2012 Vedlikeholdsplan – Pålegg fra arbeidstilsynet og Branntilsynet, ble styret orientert om den tiltakslisten sykehuset har for å utbedre de forhold som tilsynene har påpekt. I økonomisk langtidsplan forutsettes det at en stor del av myndighetspåleggene vil kunne håndteres som del av den arealutviklingsplan som inngår i Fase 1, 2 og 3, jf nevnte styresak. Det vil likevel måtte utføres ytterligere enkeltinvesteringer/utbedringer som vil bli belastet budsjett for ordinære investeringer.

7.4 Ordinære investeringer: Investeringer i MTU mv

Oslo universitetssykehus HF har delt investeringsbudsjettet i to hovedgrupper ut fra finansieringen; omstillingsinvesteringer og ordinære investeringer. Finansiering av ordinære investeringer følger opprinnelig beregnet likviditet til investeringer i foretakene. I samråd med Helse Sør-Øst RHF er dette beløpet definert til 315 mill kroner per år. Som det fremgår under kapittel 7.1 er dette nivået betinget av et resultat i balanse. For 2011 ble det som følge av avvik fra budsjett gjennomført en reduksjon i dette budsjettet (80 mill kroner).

Investeringsrammen på 315 mill kroner skal dekke følgende hovedområder:

- Utskifting ved sammenbrudd og nyinvesteringer i medisinsk teknisk utstyr (total anskaffelseskost 3,1 milliarder)
- Løpende tilpasninger og utbedringer på bygningsmassen (total anskaffelseskost over 30 milliarder kroner)
- Reanskaffelser av ambulanser
- Lokale IKT-prosjekter
- Sammenbrudd i annet utstyr og diverse

Investeringsnivået på 315 mill kroner er isolert sett ikke tilstrekkelig til å sørge for en forsvarlig forvaltning av bygningsmassen og utskifting av medisinsk teknisk utstyr i planperioden. Ved gjennomføring av omstillingsinvesteringene vil det imidlertid inngå betydelige midler til ombygging og oppgradering av bygningsmassen og det vil også inngå betydelige investeringer i medisinsk teknisk utstyr og annet utstyr. Dette vil i stor grad kompensere for den lave

investeringsrammen til ordinære investeringer. Over tid er det likevel nødvendig å heve investeringsnivået fra 315 mill kroner.

En foreløpig analyse tilsier at et investeringsnivå ved videreføring av ordinær drift bør ligge på om lag 500 mill kroner per år. Kompensert for omstillingsinvesteringer medfører dette et gjennomsnittlig nivå på om lag 350 mill kroner i årene 2013-2016 og i overkant av 400 mill kroner i hele planperioden. I henhold til økonomiske styringsprinsipper i Helse Sør-Øst RHF skal dette finansieres med overskuddslikviditet.

7.5 IKT: Investeringer og driftskostnader

Drift og investeringer i IKT er i hovedsak lagt til det regionale helseforetaket (Sykehuspartner er juridisk sett en del av Helse Sør-Øst RHF). Helse Sør-Øst vedtar de aktuelle investeringene, mens Sykehuspartner står for drift og gjennomføring av vedtatte investeringer. Helseforetakene deltar i dialog og kommer med innspill i forkant av investeringsbeslutningene. Det viktigste innspillet fra foretakene er Områdeplanen for IKT. Områdeplanen for Oslo universitetssykehus HF ble vedtatt på styremøte 27. oktober 2011 (styresak 116/2011) og i styremøte 3. mai 2012 blir det rapportert på gjennomføringen av denne (styresak 29/2012).

Finansieringen av IKT-investeringene går direkte til Sykehuspartner fra det regionale helseforetaket. De økonomiske konsekvensene for helseforetakene av IKT-investeringene er økte driftskostnader når nye applikasjoner mv tas i bruk.

Som omtalt i avsnitt 3 står Oslo universitetssykehus HF ovenfor store utfordringer på IKT-området som følge av at det fortsatt brukes ulike applikasjoner for samme funksjon mellom de ulike lokalisasjonene (tidligere foretakene). Som følge av dette er det enighet mellom Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF om at det må gjøres store IKT-investeringer i foretaket. I tillegg har foretaksgruppen mål om å gjennomføre like applikasjoner på tvers av helseforetakene. Det i seg selv vil også medføre store investeringer. Konsekvensene vil isolert sett være økte driftskostnader som følge av nye applikasjoner, men forhåpentligvis også lavere kostnader som følge av større effektiviseringsmuligheter hos Sykehuspartner og økte effektiviseringsmuligheter i Oslo universitetssykehus HF.

Sykehuspartner/Helse Sør-Øst RHF har bedt Oslo universitetssykehus HF legge til grunn følgende kostnader til IKT framover:

	Budsjett 2012	ØLP 2013	ØLP 2014	ØLP 2015	ØLP 2016
Oslo universitetssykehus	568	625	662	727	757

Tabell 3: IKT-kostnader 2012-2016 for tjenester utført av Sykehuspartner

Det presiseres i oversendelsen fra Helse Sør-Øst RHF at kostnadene til samlokalisering av Oslo universitetssykehus HF ikke er inkludert i kostnadsbildet i tabell 3. Oslo universitetssykehus HF arbeider videre med Helse Sør-Øst RHF og Sykehuspartner for å avklare innholdet i økonomisk langtidsplan på dette området.

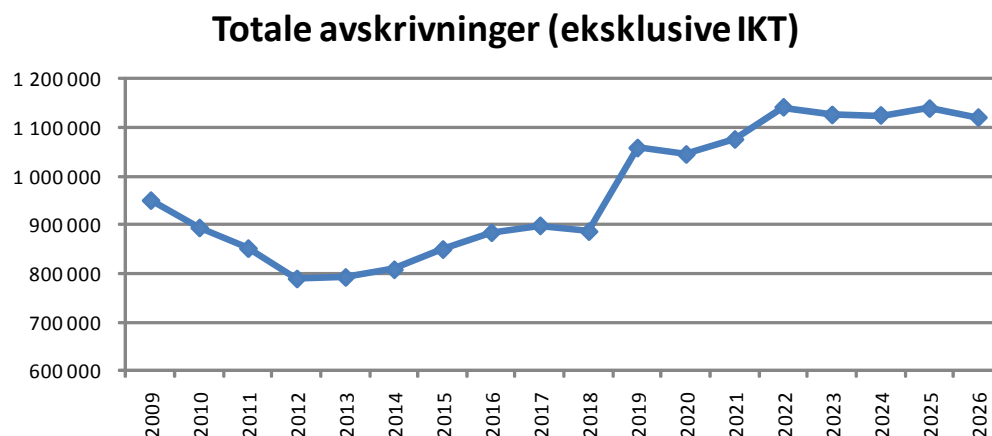
7.5 Salg av eiendom

Det er foretatt en gjennomgang av bygningsmassen/tomtearealene ved Oslo universitetssykehus med det formål å vurdere mulighet for realisering ved salg. Det vil i den økonomiske langtidsplan legges til grunn at deler av tomten ved Aker sykehus kan legges ut for salg. Eventuell salgssum vil være beheftet med stor usikkerhet ettersom det er mange uavklarte forhold. Dette gjelder blant annet regulering, fordeling av utbygging mellom bolig og næringsareal og Oslo universitetssykehus strategi for realisering.

7.6 Avskrivninger, finanskostnader og avdrag

Avskrivninger

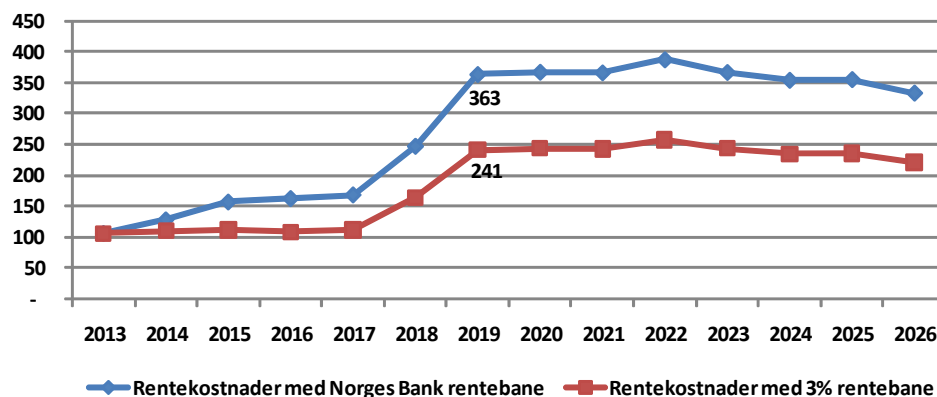
Som følge av lavt investeringsnivå ift historiske investeringer de siste årene har de totale avskrivninger gått ned t.o.m. 2012. Med de investeringer som ligger til grunn i forslag til økonomisk langtidsplan vil avskrivningene øke fra 2013, se graf 1. Avskrivninger påvirker ikke likviditetsstrømmen til Oslo universitetssykehus, men den påvirker det økonomiske resultatet.



Graf 1: Utviklingen i de totale avskrivninger eksklusive IKT

Finanskostnader og avdrag

Finansiering av Fase 2 og Fase 3 er i økonomisk langtidsplan forutsatt finansiert med 50% låneopptak og 50% som kontantoverføring fra Helse Sør-Øst RHF (tilbakeføring av fordring på Helse Sør-Øst RHF). Lånefinansieringen i Fase 2 og Fase 3 vil først inngå i byggeprosjektene som byggelån. Byggelån inngår i byggekostnadene og avskrives etter at de er tatt i bruk. Etter at bygget er tatt i bruk blir byggelån omgjort til langsiktige lån med nedbetaling over 20 år. I graf 2 vises utviklingen i rentekostnader. Den store økningen fra 2017 til 2019 skyldes at flere store nybygg er forutsatt ferdigstilt i denne perioden. I graf 2 er det synliggjort rentekostnader med to rentebaner. Rentenivået i økonomisk langtidsplan er av Helse Sør-Øst RHF forutsatt til 3 pst i hele planperioden og fremkommer som rød kurve. Den blå kurven er rentekostnadene dersom en legger til grunn den rentebane som er beregnet av Norges Bank.



Graf 2: Utvikling i rentekostnader fra 2013 til 2026 med to rentebaner

8. Drift av foretaket og krav til økonomisk resultat i langtidsplanperioden

Helse Sør-Øst har understreket behovet for positive økonomiske resultater i langtidsplanperioden. I budsjettskriv nr 1 fra Helse Sør-Øst RHF (vedlegg til styresak 17/2012) heter det:

Med en samlet tildeling av inntekter til drift og investering legger Helse Sør-Øst RHF rammene for den totale økonomiske aktiviteten i foretaket. En slik tildeling gjør at foretakene selv bestemmer hvor mye av ressursene som skal styres inn mot investeringer og drift. For å skaffe økt handlingsrom for investeringer og helsefaglige prioriteringer, utover dagens nivå, må det etableres økte positive resultater i det enkelte foretak. Det må legges vekt på gode kost/nytte vurderinger av investeringsplaner slik at bæreevne kan etableres og opprettholdes over tid. Helse Sør-Øst RHF legger videre til grunn at foretakene hensyntar utviklingen i og bruken av fellestjenester i Sykehuspartner og felles forsyningssenter, slik at gevinstrealisering ved bruk av fellestjenester gjenspeiles i foretakenes økonomiske langtidsplaner.

Det er svært viktig, både for det enkelte foretak, og for foretaksgruppens samlede bæreevne at det påbegynte arbeidet med å skape bæreevne gjennom positiv resultatutvikling videreføres, og minst på nivå med det som lå til grunn for økonomisk langtidsplan 2012-2015. Pågående omstillingsprosesser i hovedstadsområdet som følge av omstillingsprogrammet, sak 108/2008, sammen med innfasing av nye elementer i inntektsmodellene, forutsetter god styring og intern kontroll.

Resultatmål, faktisk økonomisk resultat 2009-2011, budsjett 2012 og resultatmål fra økonomisk langtidsplan 2012-2015 gir følgende oversikt.

Beløp i mill kroner	2009	2010 (*)	2011	2012	2013	2014	2015
Resultat	-97	567	-559	-400	0	0	100
Styringsmål	0	1 049	-400	-400	0	0	0
Avvik fra styringsmål	-97	-482	-159	0	0	0	100

(*) Resultatet for 2010 inkluderer ekstraordinære nedskrivninger med 185 mnok.

Tabell 4: Historisk resultat 2009-2011 og rapportert resultat i ØLP2012-2015

For å gjennomføre målene for Helse Sør-Øst RHF for økonomisk langtidsplan 2013-2016 og for å bringe Oslo universitetssykehus HF inn på en bærekraftig utviklingsbane legges det foreløpig til grunn at ambisjonsnivået må høynes fra økonomisk langtidsplan 2012-2015. Grunnen til dette er blant annet behov for en høyere utskiftingstakt av medisinsk teknisk utstyr og håndtering av avdrag på langsiktige lån.

Gjennomføring av et høyere ambisjonsnivå stiller store krav til effektivisering av virksomheten. Innkjøpsfunksjonen må forbedres for å oppnå bedre priser, og kostnadene knyttet til drift av arealer mv må reduseres. Hoveddelen av effektiviseringen må imidlertid foregå ved forbedring av arbeidsproduktiviteten i Oslo universitetssykehus HF. Ressursbruken på ansatte/årsverk må reduseres betydelig, både reelt sett og som andel av de samlede kostnadene. Forslag til hvordan dette skal håndteres forventes å inngå i den endelige leveransen av økonomisk handlingsplan.

Notat

Til: Helseforetakene i Helse Sør-Øst, Betanien Hospital, Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Martina Hansens Hospital og Revmatismesykehuset.

Fra: Helse Sør-Øst RHF

Kopi:

Dato: 30. mars 2012

Sak: Økonomisk langtidsplan 2013-2016 (2026)

Budsjett 2013. Økonomisk langtidsplan 2013-2016 (2026)

SKRIV NR. 2 - 2012

Helse Sør-Øst skal sørge for at befolkningen i helseregionen blir tilbudt spesialisthelsetjenester. Vår oppgave består i å gi et godt helsetilbud til den enkelte med god kvalitet. Samtidig skal de store samfunnsmessige verdier i spesialisthelsetjenesten; personell, kompetanse, utstyr og bygg, forvaltes på en god og fremtidsrettet måte.

Vi har satt oss fem ambisiøse mål for planperioden. De kommer i tillegg til vårt kontinuerlige arbeid for å øke pasientsikkerheten.

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

Gjennom arbeidet med å nå disse målene, forventer vi en reduksjon i ventetider, økt pasientsikkerhet, bedre tilgjengelighet og økt kvalitet i pasientbehandlingen.

Prioritering av ressursinnsats skal skje innenfor etablerte økonomiske rammer, og på en slik måte at det sikres handlingsrom for fremtidige investeringer. Arbeidet med økonomisk langtidspan gir foretakene er mulighet til å se disse forholdene i en sammenheng, og etablere et målbilde for utvikling med tilhørende handlingsplaner.

Det vises til utsendt budsjettsskriv av 14. februar 2012. Fredag 16. mars ble malverk for økonomisk langtidspan 2013-2016 distribuert til økonomidirektører og budsjettansvarlige i hvert enkelt foretak/sykehus. I budsjettmalen er så langt data for 2011 lagt inn slik det ble rapportert 23. januar 2012. Foretakene skal oppdatere 2011-data slik det blir innrapportert til Helse Sør-Øst RHF ved endelig desember 2011 med frist 26. mars 2012. Dataene vil bli benyttet til trend- og nøkkeltallsanalyser i pakken.

Det vises videre til utsendt e-post 14. mars til økonomidirektørene angående forsinket utsendelse av inntektsforutsetninger og foreløpige inntektsrammer.

Dette notatet vil inneholde:

1. Aktivitetsforutsetninger og prioriteringer
2. Samhandlingsreformen
3. Foreløpige inntektsrammer og inntektsforutsetninger
4. Likviditet og investeringer
5. Utvikling innenfor IKT- området
6. Store byggeprosjekter
7. Presiseringer til malverket
8. Andre budsjettmessige føringer
9. Prosess etter innlevering av budsjettpakke
10. Omfang og tidsplan

1. Aktivitetsforutsetninger og prioriteringer

1.1 Generelt

Helse Sør-Øst RHF legger i 2013 og i planperioden generelt, til forskjell fra de senere år, ikke opp til en høyere aktivitetsvekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige enn innen somatisk virksomhet. Det settes foreløpig følgende overordnede regionale mål for aktivitetsvekst i 2013, målt som antall behandlede pasienter:

- 3 % for somatikk
- 3 % for psykisk helsevern barn og ungdom
- 3 % for psykisk helsevern voksne
- 3 % for TSB

Alle endringer i aktivitetsvekst beregnes i forhold til budsjett for 2012. Ved utarbeidelse av budsjettmessige forutsetninger for inntektsrammer 2013-2016 vil det bli lagt til grunn en vekst i de økonomiske rammene tilsvarende befolkningsvekst. Dette er forsiktig estimert til 350 millioner kroner årlig. De regionale målene for aktivitetsvekst gjengitt ovenfor, representerer derfor et fortsatt krav om produktivitetsvekst.

Foretakene/sykehusene må i sine kommentarer orientere om grunnlag og forutsetninger lagt til grunn ved budsjettering av aktivitet, og eventuelt risiko og konsekvenser for pasientbehandlingen. Spesielt er dette viktig for 2013, men kommentarene skal også omfatte resten av planperioden.

1.2 Somatisk virksomhet

Det understrekes at forutsetningen om en aktivitetsvekst på 3% innen somatikk er uttrykk for samlet vekst innen alle omsorgsnivåer, og relatert til en økning i antall behandlede pasienter.

Det er fortsatt behov for en dreining i behandlingsaktiviteten fra døgn- til dag- og poliklinisk behandling. Dette gir en større økning i antall behandlede pasienter enn hva som uttrykkes i antall DRG-poeng.

For perioden 2013 – 2016 legges det opp til en årlig vekst i antall DRG-poeng knyttet til ”sørge for”-ansvaret på 0,4% i hvert av årene. På samme måte som i budsjettet for 2012 legges det til grunn at det vil skje en aktivitetsøkning i kommunene gjennom videre oppbygging av døgntilbud, og med tilsvarende reduksjon i aktivitetsveksten i

spesialisthelsetjenesten. Det er således forventet en totalvekst på 1,2%, men at 0,8% av veksten kommer i kommunene.

Videre i langtidsperioden må det enkelte helseforetak på grunnlag av sin lokale kunnskap selv vurdere planforutsetninger og realistisk budsjettering, bl.a. hva gjelder effekten av samhandlingsreformen. For perioden 2013 – 2016 forutsettes det en økning i antall behandlede pasienter på 6%, med utgangspunkt i budsjettet for 2012.

Foreløpig er ikke aktivitetsveksten differensiert for hvert helseforetak/sykehus. På tjenesteområdet somatikk har vi likevel valgt å antyde retningen/størrelsen på veksten, basert på vurdering av foreløpig faktisk forbruksindeks fra 2011, en framskriving av behovsindeks til 2016 og prognosene for befolkningsvekst i de ulike sykehusområdene i perioden 2012 - 2016. Tabellen nedenfor angir foreløpige vurderinger for veksten i perioden basert på ovenstående. Det vil kunne være forhold som tilsier andre vurderinger konkret for 2013. Dette vil vi komme tilbake til i dialog med helseforetakene.

Endelig aktivitetsbudsjett knyttet til antall DRG-poeng ”sørge for”-ansvaret for 2013 må som tidligere skje ut fra forutsetninger i statsbudsjettet, og vil bli lagt til grunn i Oppdrag og bestilling for 2013.

Helseforetak	Foreløpig vurdering av vekst somatikk for perioden 2013 - 2016
Akershus universitetssykehus HF Sykehuset Innlandet HF Sykehuset Østfold HF Sørlandet sykehus HF	Vekst noe høyere enn gjennomsnitt
Sunnaas sykehus HF Vestre Viken HF Martina Hansens Hospital Betanien Hospital Revmatismesykehuset AS	Vekst som gjennomsnitt
Oslo universitetssykehus HF Diakonhjemmet Sykehus AS Lovisenberg Diakonale Sykehus AS Sykehuset i Vestfold HF Sykehuset Telemark HF	Vekst lavere enn gjennomsnitt

Ved Oslo universitetssykehus HF utgjør lands- og regionsfunksjoner ca 2/3-deler av virksomheten. Ved dialog med foretaket om aktivitetskrav for 2013, vil dette bli vurdert særskilt i forhold til forventede effekter av samhandlingsreformen.

1.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig behandling av rusmiddelavhengige (TSB)

For 2013 legges det som nevnt opp til 3% vekst i pasientbehandlingen i forhold til budsjettet for 2012 innen psykisk helsevern for barn og ungdom, psykisk helsevern for voksne og TSB.

For 2014 og resten av planperioden gis det ingen spesifikke aktivitetsføringer på disse områdene.

Det forutsettes at foretakene på grunnlag av sin lokale kunnskap selv vurderer planforutsetninger og realistisk budsjettering.

1.4 Prioriteringer for 2013

Innen **somatisk virksomhet** skal arbeidet med reduksjon av ventetider, fristbrudd og sykehusinfeksjoner gis høyeste prioritet. Videre forutsettes det at helseforetakene/sykehusene ikke skal ha langtidsventende pasienter (mer enn ett år). Dette vil kreve en ytterligere omlegging fra døgn til dag/poliklinisk virksomhet. Dette må blant annet løses med raskere poliklinisk utredning, herunder økt aktivitet innen radiologi, samt økt og prioritert bruk av sykehotell/pasienthotell. Dette krever også at prehospitale tjenester tilrettelegges i samsvar med den medisinske utviklingen og kommende funksjons- og oppgavedeling. Spesielt viktig vil det være å balansere hensynet til å få en bedre koordinering av tjenestene med behovet for at de samtidig skal gi økt trygghet i befolkningen.

I 2013 skal det skje en prioritering av aktivitetsveksten mot følgende fagområder:

- Poliklinisk behandling innen ortopedi og øre-nese-hals
- Sykelig overvekt (primæroperasjoner og postbariatrisk kirurgi)
- Brystrekonstruksjoner
- Kronisk utmattelsessyndrom
- Kronisk smertebehandling

For enkelte av disse fagområdene må regionen koordinere en oppgave- og arbeidsdeling mellom helseforetakene, jfr omtalen av regionale eller flerområdefunksjoner. Helseforetakene og sykehusene må samtidig utvikle pasientforløp som hensyntar at stadig flere lever lenger etter behandling for kreft og annen alvorlig kronisk sykdom.

Også **innen psykisk helsevern og TSB** forutsettes det at arbeidet med reduksjon av ventetider fortsetter, bl.a. med:

- At det forutsettes fokus på samhandling med kommunale tjenester
- Endret bruk av poliklinisk kapasitet med økt prioritering av nyhenviste pasienter.
- Det foregår parallelt en reduksjon i antallet langtidsopphold innen TSB med den argumentasjonen at deler av behandlingen kan og bør skje lokalt. Dette forutsetter at poliklinikkene må kunne følge enkeltpasienter over lang tid.

Spesielt innenfor **psykisk helsevern** forutsettes det at helseforetakene og sykehusene styrker spesialisthelsetjenestens egne tiltak i arbeidet med å forebygge selvmord, samt kvalitetssikre og redusere bruk av tvang innen psykisk helsevern i henhold til regional plan for økt frivillighet.

Sykehusfunksjoner skal spisses og spesialiseres ytterligere, og DPS skal utvikles til robuste faglige enheter med akutfunksjon som ”port inn og ut” av spesialisthelsetjenesten.

Forbedring av kvaliteten på registrering og rapportering av pasientdata innen psykisk helsevern er et lederansvar på alle nivåer i Helse Sør-Øst. Midlene tildelt gjennom Opptrappingsplanperioden som ikke lenger er øremerket sektoren skal fortsatt sikres fagområdet, og sektoren skal styrkes i tråd med styrevedtak i omstillingsprosessen og vedtak i styresak 061/2010.

Spesielt innen **TSB** skal følgende tiltak prioriteres

- Økt behov for kapasitet avrusning/utredning og behandling av unge rusmisbrukere
- Særlige tiltak for å redusere lange ventetider knyttet til langtidsbehandling (innleggelse), som spesielt knytter seg til en del private institusjoner

2. Samhandlingsreformen

Både 2012 og 2013 vil preges av usikkerhet knyttet til gjennomføring og effekten av samhandlingsreformen. Dette innebærer både økonomisk, resultats- og kompetansemessig risiko. Etablering eller utviding av tilbud på kommunalt nivå skal ta tid - særlig med tanke på et kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud innen 2016. Det betyr at inntil det kommunale tilbudet er på plass, må det fortsatt finnes tilstrekkelig kapasitet innen spesialisthelsetjenesten til å sikre pasientene rettigheter. På sikt tenkes det at et forsterket kommunalt tilbud kan føre til færre innleggelser. En målsetning om at antall henvisninger skal reduseres med 10-15% i forhold til befolkningstallet vil også bidra til dette. Helseforetakene skal arbeide for å påvirke en god henvisningspraksis i forhold til arbeidsfordelingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Samlet sett vil samhandlingsreformen medføre at kapasiteten i og innretningen av spesialisthelsetjenesten vil måtte tilpasses det at kommunene overtar sin del av oppgavene.

Forutsetninger for at samhandlingsreformen skal lykkes inkluderer tilstrekkelig veiledning og kompetansebygging i kommunen. Det blir særlig viktig at helseforetakene ivaretar sin veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten.

For helseforetakene og de regionale helseforetakene/ vil samhandlingsreformen bl.a. gi følgende utfordringer:

- Omstille/tilpasse kapasitet parallelt med utvikling av tilbudet i kommunene.
- Krav om fortsatt reduksjon i ventetider og fristbrudd.
- Større oppmerksomhet på det helhetlige pasientforløp både internt og utover eget ansvarsområde
- Større tilgjengelighet for veiledning og deling av kunnskap – uti fra andres behov.
- Tilrettelegging av tettere samarbeidsformer – moderne kommunikasjonsteknologi
- Å etablere gode systemer/understøtting av kompetanse- og personellutfordringene.

Selv om reformen trådte i kraft ved årsskiftet, er det viktig at helseforetakene selv vurderer hvilke effekter denne reformen vil ha på helseforetakets økonomiske tilpasning, slik at dette kan tas videre til et regionalt nivå inn mot økonomisk langtidsplan 2013-2016. Det vises her til krav til innhold i kommentarer fra helseforetaket.

3. Foreløpige inntektsforutsetninger og inntektsrammer

3.1 Regionale inntektsmodeller

Det vises til den prosessen som er gjennomført i 2011-2012 knyttet til kvalitetssikring og oppdatering av inntektsmodellen i Helse Sør-Øst. Det vises videre til redegjørelse i direktørmøtet 26. mars, og den presentasjonen som er sendt ut fra det møtet.

De planforutsetningene som her legges til grunn, og som skal legges til grunn for den økonomiske planleggingen for årene 2013 til 2016, er derfor foreløpige planforutsetninger som gis med forbehold om styrets behandling 19. april.

For alle modellene er det innberegnet forventet befolkningsutvikling basert på Statistisk sentralbyrås middelverdier. Det er også foretatt oppdateringer av sosiodemografiske faktorer og elementer i kostnadskomponenten.

Somatikk

Somatikk- modellen er 100% implementert i budsjettet for 2012. De endringer som fremkommer i tabellen under, i tillegg til oppdateringer og fremskrivning av befolkning og sosiale kriterier mv er følgende

Abonnement pris for lands- og regionfunksjoner

Her legges det til grunn en abonnementspris på 123 % av ISF- pris. I tillegg er det beregnet endringer som følge av abonnement på poliklinisk aktivitet, 2 DRG- poeng per 1000 innbyggere med 100% ISF- pris

Forhold utenfor modellen

I beregningen av sammenligningsgrunnlaget ble det i 2009 foretatt en detaljert gjennomgang av alle helseforetakenes basisrammer med sikte på å identifisere forhold som ikke var egnet til å bli fordelt gjennom modellen, men som fortsatt skulle fordeles direkte til helseforetaket/sykehuset. Ut i fra en målsetting om at mest mulig av basisrammene skal fordeles gjennom inntektsmodellen, er det gjort en ny gjennomgang av disse forholdene. Det er etablert tydeligere prinsipper for hva som holdes innenfor og utenfor inntektsmodellen. Dette har medført at færre forhold nå er holdt utenfor i 2013-beregningene. Det tas forbehold om at det inn mot endelig budsjett for 2013 vil gjøres ytterligere kvalitetssikring av denne fordelingen, og at det kan komme enkelte endringer. Det gjøres også oppmerksom på at det for enkelte av forholdene som nå legges inn i modellen, for eksempel flerområdefunksjoner, vil gjøres en gjennomgang av prismodellene for disse.

I forbindelse med inkludering til fordeling i inntektsmodellen for en del forhold som tidligere har vært holdt utenfor, må det regnes inn en viss prisvekst knyttet til enkelte kurdøgnns finansierte institusjoner. Dette gjelder institusjonene Statens Senter for Epilepsi og Geilomo som er del av Oslo universitetssykehus HF. Disse faktureres pr oppholdsdøgn også i 2012, men satsen er begrenset til dekning av ordinære driftskostnader. Det må påregnes et påslag anslagsvis på inntil 20% til dekning av blant annet kapitalkostnader og inntekter til dekning av økte pensjonskostnader som følge av endrede beregningsforutsetninger.

Oppdateringer og nye elementer for somatikkdelen av inntektsmodellen gir i sum følgende endringer i basisrammene i perioden (1000 kr, avrundet):

Somatikk	2013	2014	2015	2016
Akershus SO	0	1 000	2 000	5 000
Innlandet SO	-97 000	-28 000	-28 000	-27 000
Oslo SO	104 000	35 000	32 000	27 000
Sørlandet SO	36 000	-4 000	-4 000	-4 000
Telemark- Vestfold SO	-90 000	-18 000	-16 000	-16 000
Vestre Viken SO	7 000	-10 000	-9 000	-9 000
Østfold SO	36 000	-9 000	-9 000	-9 000

Flerområdefunksjoner

Flerområdefunksjoner i Helse Sør-Øst RHF vil være funksjoner som av økonomiske og/eller faglige grunner ikke bør leveres i alle sykehusområder, men likevel skal leveres av mer enn ett helseforetak. Betegnelsen skal kun benyttes for funksjoner som er definert som flerområdefunksjoner av RHFet etter en forutgående prosess iht valgt prosedyre, tydelig avgrenset fra områdefunksjoner og regionsykehusfunksjoner. Betegnelsen skal

ikke anvendes for funksjoner som to eller flere helseforetak på selvstendig grunnlag har valgt å samarbeide om.

Det kan være aktuelt å etablere en abonnementsordning for disse aktivitetene, etter modell av den ordningen som gjelder for Oslo universitetssykehus HF. Det vil bli arbeidet videre med dette inn mot budsjett 2013.

Psykisk helsevern

Elementet psykisk helsevern i inntektsmodellen vil være 100% implementert i 2013.

Endringer i perioden slik de fremkommer nedenfor, skyldes fremskrivning av befolkning og sosiale kriterier (1000 kroner, avrundet):

Psykisk helsevern	2013	2014	2015	2016
Akershus SO	23 000	0	2 000	-4 000
Innlandet SO	-90 000	-10 000	-10 000	-10 000
Oslo SO	-30 000	8 000	4 000	0
Sørlandet SO	52 000	-1 000	-1 000	-1 000
Telemark- Vestfold SO	11 000	-6 000	-5 000	-6 000
Vestre Viken SO	29 000	-2 000	-2 000	-2 000
Østfold SO	4 000	-3 000	-2 000	-3 000

Øvrige forhold

I dagens versjon av inntektsmodellen er det trukket ut enkelte tiltak spredt på de fleste sykehusområder. Det legges opp til at dette videreføres også i 2013-modellen, med tillegg av nye tiltak som er knyttet opp mot de ulike regionale tiltakene. Det er blant annet for 2012 gitt økt ramme til RASP (Regional enhet for spiseforstyrrelser) og til kompetansetjenesten for hørsel og psykisk helse (regional del). Beløpene for de øvrige sykehusområdene er videreført, justert opp med lønns- og prisvekst fra 2010.

TSB

TSB-elementet i inntektsmodellen ble implementert med 10% i 2012- budsjettet. Det er i modellen gjort en korleksjon for forutsatte pasientstrømmer basert på historikk, men foreløpig ikke lagt opp til et løpende internt gjestepasientoppgjør. Ut fra den usikkerhet som fortsatt er knyttet til utviklingen av pasientstrømmene innen TSB, vil implementering av modellen for dette området bli strukket noe lenger ut i tid enn for de andre modellene.

Det legges foreløpig opp til følgende implementeringstakt for TSB- modellen per år:

- 2012 - 10%
- 2013 – ytterligere 10% til 20%
- 2014 – ytterligere 30% til 50%
- 2015 – ytterligere 30% til 80%
- 2016 – ytterligere 20% til 100%

Det vil heller ikke for 2013 bli etablert noe løpende gjestepasientoppgjør internt i regionen for TSB.

For TSB gir inntektsmodellen følgende for perioden(1000 kroner, avrundet):

TSB	2013	2014	2015	2016
Akershus SO	1 000	2 000	4 000	5 000
Innlandet SO	5 000	8 000	13 000	13 000
Oslo SO	0	-7 000	-9 000	-9 000
Sørlandet SO	1 000	1 000	2 000	2 000
Telemark- Vestfold SO	1 000	0	1 000	1 000
Vestre Viken SO	-3 000	-7 000	-9 000	-9 000
Østfold SO	-4 000	-11 000	-16 000	-16 000

Forhold utenfor modellen

Det er de samme forhold som er fordelt på siden av modellen for 2013 som tidligere, dvs midler knyttet til Hov i Land, Sykehuset Innlandet HF og definerte funksjoner ved Oslo universitetssykehus HF.

Pensjon og kapital

I modellberegningene knyttet til pensjon og kapital er det ingen endringer i de underliggende budsjettforutsetningene. Kompensasjon for økte pensjonskostnader i 2011/2012 fordeles nå i modellen. Implementeringen av begge disse modellene følger det som tidligere er sagt, med 55% i 2013 og 100% i 2014. Endringer i 2015 og 2016 skyldes befolkningsfremskrivninger.

For pensjon gir oppdateringer følgende omfordelinger i basisrammer (1000 kroner ,avrundet):

Pensjon	2013	2014	2015	2016
Akershus SO	23 000	0	-1 000	-1 000
Innlandet SO	-1 000	21 000	-1 000	-1 000
Oslo SO	-32 000	-28 000	4 000	4 000
Sørlandet SO	-8 000	8 000	0	0
Telemark- Vestfold SO	-14 000	-17 000	-2 000	-2 000
Vestre Viken SO	39 000	34 000	-1 000	-1 000
Østfold SO	-8 000	-8 000	-1 000	-1 000

For kapital har vi tilsvarende (1000 kroner, avrundet):

Kapital	2013	2014	2015	2016
Akershus SO	41 000	39 000	1 000	1 000
Innlandet SO	-6 000	-7 000	-3 000	-3 000
Oslo SO	-57 000	-51 000	6 000	5 000
Sørlandet SO	7 000	8 000	0	0
Telemark- Vestfold SO	-15 000	-17 000	-2 000	-2 000
Vestre Viken SO	7 000	8 000	-1 000	-1 000
Østfold SO	20 000	20 000	-1 000	-1 000

Prehospitale tjenester

Modellelementet for prehospitale tjenester er ikke ferdig utformet. Det tas sikte på å ferdigstille denne modellen fram mot budsjettbehandlingen for 2013.

Samlet omfordelingsvirkning av inntektsmodellen i perioden

Tabellen under viser beregnede omfordelingsvirkning av inntektsmodellen for årene 2013-2016 (1000 kroner, avrundet):

Inntektsmodeller- omfordeling 2013-2016	2013	2014	2015	2016
Akershus SO	88 000	42 000	8 000	14 000
Innlandet SO	-189 000	-16 000	-29 000	-28 000
Oslo SO	-15 000	-43 000	37 000	27 000
Sørlandet SO	88 000	12 000	-3 000	-3 000
Telemark- Vestfold SO	-107 000	-58 000	-24 000	-25 000
Vestre Viken SO	79 000	23 000	-22 000	-22 000
Østfold SO	48 000	-11 000	-29 000	-30 000

Håndtering av omfordelingsvirkningen av inntektsmodellen

I 2012 er det fra Helse Sør-Øst RHF sin side lagt opp til at omfordelingseffekten av inntektsmodellen overfor Oslo sykehusområde nøytraliseres ved at det er gitt et særskilt omstillingstilskudd. Det samme gjelder delvis Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF hvor en negativ omfordelingseffekt som ble oppdaget sent i budsjettprosessen,

ble kompensert som en engangstildeling. Denne kompensasjonen trekkes ut fra og med 2013.

Det legges opp til å videreføre i 2013 den nøytraliseringen som ble gitt til Oslo sykehusområde for negativ effekt av inntektsmodellen i 2012, . Som planforutsetning legges det til grunn at dette tilskuddet trekkes tilbake fra og med 2014.

Som følge av oppdateringer av inntektsmodellen får Innlandet sykehusområde og Telemark - Vestfold sykehusområde betydelige negative omfordelingseffekter i 2013. Det legges derfor opp til at det som en engangsbevilgning for 2013 gis ekstraordinær inntektsstøtte på i alt 150 mill. kroner til disse sykehusområdene, hvorav 110 mill kroner til Innlandet og 40 mill. kroner til Telemark-Vestfold, med lik fordeling på de to helseforetakene i sykehusområdet.

3.2 Nye tildelinger og forutsetninger i perioden

Bevilgning til økt aktivitet

Før 2008 ble det ikke bevilget budsjettmidler til økt aktivitet spesifikt. I de senere års statsbudsjetter er det imidlertid bevilget midler til økt aktivitet. Bevilgningen til Helse Sør-Øst RHF har vært slik siden 2008:

År	Forutsatt vekst	Økt ramme nominelt
2008	1,5 %	337 610
2009	1,5 %	390 209
2010	1,3 %	395 894
2011	1,4 %	398 696
2012	1,4 %	403 700

Det er derfor grunn til å anta at det også for 2013 og senere år vil bli bevilget midler til økt aktivitet, bla for å ta høyde for befolkningsvekst. Det legges derfor til grunn som planforutsetninger at det vil bli stilt til disposisjon 350 mill. kroner i økte midler årlig frem til og med 2016. I inntektsforutsetningene etter 2016 legges det i denne økonomiplanen ikke opp til økte bevilgninger. Dette for å være konsistente med at det heller ikke i planen er fastsatt krav til vekst i aktivitet for denne perioden etter 2016.

For 2013 og 2014 legges det opp til at 25 mill. kroner av disse midlene holdes tilbake på det regionale helseforetaket som en økning i sentral resultatbuffer, og det resterende fordeles på helseforetak/sykehus i henhold til andelen av behovskomponenten i de ulike

inntektsmodellene. For prehospitaltjenester fordeles de økte midlene som historisk fordeling til aktuelle helseforetak.

Fordeling av økte midler på tjenesteområde

De økte midlene er i beregningene fordelt på tjenesteområde som tabellen under viser. Denne fordelingen tilsvarer fordelingen av basismidler i 2012, og som planforutsetning legges denne fordelingen til grunn gjennom hele perioden.

Somatikk	60,8 %
Psykisk helsevern	28,2 %
TSB	4,0 %
Prehospitaltjenester	7,1 %
I alt	100 %

Fordelingen pr helseforetak/ sykehus er gjort i henhold til sykehusområdenes andel av behovskomponentene i de ulike elementer av inntektsmodellen for de enkelte år i perioden.

Spesielt om Sunnaas sykehus HF og private ideelle sykehus uten definert opptaksområde

For Sunnaas sykehus HF og sykehus som ikke får sine inntekter tildelt gjennom inntektsmodeller, vil de fordelingene som gjennomgås bli gjort i forhold til historiske andeler.

Midler til sparing fra 2012

I inntektsrammene for 2012 er deler av bevilgningen fra Helse- og omsorgsdepartementet til økt aktivitet fordelt i henhold til samlet basisramme, og forutsatt ikke benyttet i ordinær drift, men til sparing. Disse midlene, i alt 200 mill kroner, vil for 2013 og ut perioden bli fordelt på nytt på tjenesteområder i henhold til de samme kriterier som forutsatte nye midler til økt aktivitet, slik det er redegjort for over. Denne omfordelingen er gjort for 2013, og videreført i perioden.

Samlet effekt av nye tildelinger og omfordelinger

Forutsatte økte midler til økt aktivitet og omfordeling av midler til sparing fra 2012 gir i sum følgende inntektsendring i perioden på sykehusområdenivå, 1000 kroner:

Sykehusområde	2 013	2 014	2 015	2 016
Akershus SO	52 720	48 275	52 227	52 529
Innlandet SO	52 149	48 814	52 269	51 983
Oslo SO	38 281	61 338	66 220	66 295
Sørlandet SO	36 356	33 835	36 462	36 483
Telemark- Vestfold SO	50 199	47 004	50 480	50 353
Vestre Viken SO	53 740	47 954	51 684	51 725
Østfold SO	36 680	32 905	35 408	35 382
Sum sykehusområder	320 125	320 125	344 750	344 750
Sunnaas sykehus HF og private sykehus uten definert	4 875	4 875	5 250	5 250
I alt	325 000	325 000	350 000	350 000

3.3Øvrige forhold

Samhandlingsreformen - rammeuttrekk

Det forventes ikke ytterligere uttrekk av basisrammene til de regionale helseforetakene som følge av ordningen med utskrivningsklare pasienter i 2013. Dette kan eventuelt bli aktuelt senere i økonomiplanperioden hvis ordningen utvides til å gjelde andre pasientgrupper. I denne økonomiplanen gjøres det ikke forutsetninger om dette.

Uttrekk som følge av oppbygging av øyeblikkelig hjelp tilbud i kommunene forutsettes foretatt hvert år til og med 2015, med det samme beløpet i sum som er lagt til grunn i 2012 – budsjettet, i alt 103,8 mill. kroner pr år. Fordelingen av trekket vil bli gjort i forhold til andelen av behovskomponenten for somatikk det enkelte år, dvs i 1000 kroner:

Sykehusområde	Uttrekk knyttet til øyeblikkelig hjelp i kommunene			
	2013	2014	2015	2016
Akershus SO	16 375	16 448	16 531	0
Innlandet SO	16 478	16 376	16 275	0
Oslo SO	16 422	16 483	16 527	0
Sørlandet SO	10 954	10 966	10 976	0
Telemark- Vestfold SO	15 774	15 728	15 687	0
Vestre Viken SO	16 485	16 496	16 510	0
Østfold SO	11 311	11 303	11 295	0
I alt	103 800	103 800	103 800	0

Gjestepasientoppgjøret

Som følge av arbeidet med inntektsmodell, legges det opp til et gjestepasientoppgjør knyttet til poliklinisk stråleterapi fra 2013. Prisen vil her bli satt til 100% av ISF- pris. Dette vil inngå som et ordinært gjestepasientoppgjør med fakturering.

Som følge av at implementeringen av inntektsmodellen innen TSB vil bli trukket ut i tid, med bare 20% implementering i 2013, vil det heller ikke i 2013 være et løpende gjestepasientoppgjør internt i regionen for dette området.

Regionale prioriteringer/ sparing

Som tidligere vil det vil bli holdt tilbake 0,25% av basisramme somatikk til regionalt prioriterte formål hvert år i perioden, til sammen ca 40 mill. kroner pr. år. Uttrekket for 2013 er basert på helseforetakenes 2011- rapportering. Beløpet er uendret påfølgende år.

Andre forhold

- Resterende del av det midlertidige tilskuddet som er gitt til Akershus universitetssykehus HF fra 2009 trappes ned med 121,5 mill kroner hvert av årene 2013 og 2014.
- I tråd med forutsetninger lagt til grunn i budsjettbehandlingen for 2012, er det innarbeidet en økning på 10 mill. kroner til Regional enhet for spiseforstyrrelser ved Oslo universitetssykehus HF fra 2013.

I tillegg er enkelte mindre bevilgninger og engangstildelinger tilbakeført Helse Sør-Øst RHF i tråd med signaler i fjorårets økonomiske langtidsplan. Dette gjelder:

- Bevilgning til Sykehuset Telemark HF angående Notodden/ Telemark
- Avtale knyttet til økt aktivitet innen mikrobiologi mellom Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Telemark HF og Helse Sør-Øst RHF, som løper ut i 2012
- Tilleggsbevilgning til spesialpedagogisk senter ved Sunnaas sykehus
- Regional finansiering av prosjekt ”Jordmor der mor bor” ved Sykehuset Telemark HF trekkes ut fra 2014
- Kompensasjon for reduserte ISF- refusjoner som følge av organisasjonsmessige endringer (overgang til ett institusjonsnummer), vil bli regnet som variabel inntekt inntil disse midlene er innarbeidet i basisrammen til det regionale helseforetaket fra HOD, eventuelt at det er gitt melding fra Helsedirektoratet om at dette vil bli gjort.

3.4 Økonomiske planleggingsrammer 2013 -2016 (2026)

Planleggingsrammene omfatter faste inntekter, dvs basisramme samt midler til forskning, nasjonale kompetansetjenester og diverse statlige tilskudd. Det er bare basisrammene som er endret i planperioden, de øvrige inntektselementene er forutsatt videreført som i 2012.

Disse endringene gir i sum følgende økonomiske planleggingsrammer (faste inntekter) for økonomiplanperioden 2013-2016 på sykehusområder(1000 kr):

Sum faste inntekter	2013	2014	2015	2016
Akershus SO	4 866 168	4 814 365	4 853 933	4 916 333
Innlandet SO	5 242 741	5 124 231	5 126 278	5 145 313
Oslo SO, inkl Sunnaas	12 977 698	12 809 646	12 885 649	12 968 254
Sørlandet SO	3 677 846	3 693 823	3 711 416	3 740 006
Telemark- Vestfold SO	4 935 294	4 864 669	4 870 061	4 891 012
Vestre Viken SO	4 791 196	4 841 029	4 849 577	4 874 678
Østfold SO	3 277 944	3 285 645	3 277 857	3 280 338
Sum SO	39 768 885	39 433 407	39 574 771	39 815 934
Private sykehus	242 890	244 146	245 561	246 976
I alt	40 011 775	39 677 554	39 820 332	40 062 910

Det er ikke innarbeidet endringer i de økonomiske planleggingsrammene for årene etter 2016, dvs frem til og med 2026. For disse årene forutsettes det uendrede inntektsrammer i forhold til 2016, og det er denne forutsetningen som skal legges til grunn i utarbeidelsen av helseforetakenes økonomiske langtidsplaner.

4. Likviditet og investeringer

Ved valg av modell for fordeling av kapitalinntekter i sak 021-2011, valgte Helse Sør-Øst RHF å likestille kapitalinntekter med øvrige inntekter. Foretakene velger selv hvordan tildelte inntekter disponeres innenfor rammen, og enkelte inntektsselementer er ikke lenger henførbare til kostnadsposter. Likviditetstildelingene i 2010-2012 har også vært i form av ett samlet beløp, men foretaket har i stor grad kunnet forutsette samme investeringsmulighet fra ett år til neste ved et resultat i balanse.

I fordeling av likviditet for 2013 kan helseforetakene legge til grunn at likviditetstildelingen vil muliggjøre et investeringsnivå tilsvarende som i 2012, under forutsetning av resultat i balanse og ingen vesentlig endring i arbeidskapital. Avdrag på gjeld forutsettes også håndtert som tidligere. Det tas som vanlig forbehold om endringer inn mot budsjett 2013 ved vesentlige endringer i forutsetninger, herunder netto avskrivninger.

Siden arbeidet med utvikling av likviditetsfordelingsmodell pågår, er det ikke beregnet hvor mye hvert enkelt foretak må bidra med av likviditet til felles regionale prioriteringer i perioden fra og med 2014. Det må imidlertid legges til grunn at det regionale behovet opprettholdes på dagens nivå, og som en budsjettmessig forutsetning i økonomisk langtidsplan kan foretaket derfor legge til grunn at de ved et resultat i balanse kan videreføre tilnærmet tilsvarende investeringsnivå som i dag.

Det er et mål at likviditetsfordelingen skal følge inntektsfordelingen, med fradrag av helseforetakenes andel av regionale prioriteringer det enkelte år. Etter en prosess for beslutning av likviditetsfordelingsmodell, vil det fra årene 2014 og framover kunne skje endringer i forhold til det som er lagt som forutsetninger i denne økonomiplanen.

Som regionale prioriteringer i 2013 legges foreløpig følgende til grunn:

- Prosjekt nytt Østfold sykehus inntil 1.650 mill kroner, hvorav 900 mill kroner som rentebærende lån. Lånebeløp er et anslag og vil bli fastsatt endelig i forbindelse med budsjett 2013.
- Moss sykehus inntil 85 mill kroner (avhengig av fremdrift), hvorav 50% som rentebærende lån

- Samlokalisering Oslo universitetssykehus HF
 - Rentebærende lån 450 mill kroner
 - Behov for regionale midler utover dette avklares som del av dialogen i forbindelse med økonomisk langtidsplan
- Regional IKT inntil 850 mill kroner
- Øvrige pågående, regionale prosjekter forventes ferdigstilt i 2012. Dersom foretaket selv kjenner til forsinkelser, skal utbetaling av resterende regionale midler legges inn i 2013, og opplyses om i kommentarer.

Helse Sør-Øst RHF sine oversikter viser at foretakene har oppspart likviditet i størrelsesorden 1 milliard kroner ved utgangen av 2012. Midlene kan benyttes til buffer for resultatrisiko, nedbetaling av gjeld, og til investeringer. Foretakene skal selv vurdere egnet bruk, og i de tilfeller likviditeten skal benyttes til investeringer, må dette planlegges innenfor en realistisk gjennomføringsevne. Dersom planlagt bruk av oppspart likviditet legger for stort press på den samlede regionale likviditeten forbeholder Helse Sør-Øst RHF seg, i tråd med de vedtatte prinsippene for likviditetsstyring, seg retten til å gå i dialog om å fordele bruken over flere år.

1. Utvikling innenfor IKT-området

Arbeid med rullering av langtidsplan IKT pågår, og er planlagt lagt frem for styret i Helse Sør-Øst RHF den 21. juni 2012. Langtidsplan IKT vil fortsatt ha et fokus på å understøtte kjernefunksjonen, men også et forsterket fokus på økonomi og ressursbehov (utvikling av businesscase), samt planlagte effekter og strategier for realisering av disse. Den økte satsningen på IKT vil medføre et økt nivå på tjenestene og tilhørende priser kommende år. Foretak må vurdere de forventede driftsøkonomiske og kvalitetsmessige konsekvensene av IKT satsningen som grunnlag for etablering og gjennomføring av gevinstrealiseringsplaner i eget foretak. Det må også tas høyde for at gjennomføring av gevinstrealisering i seg selv kan ha kostnader for foretaket, for eksempel ved opplæring etc.

Det er gjennomført en overordnet vurdering av investeringsbehovet for alle områdene samlet sett. På bakgrunn av dette er det anbefalt at man gjør en stegvis økning i investeringsrammene i planperioden opp til et nivå på 1,2 mrd kroner fra 2016. Dette er foreløpige tall som fordeler seg på følgende samlede investering beløp per år:

År	Beløp (mill kroner)
2013	850
2014	1.000
2015	1.100
2016	1.200

I forbindelse med rullering av langtidsplan IKT skal det anbefalte investeringsnivå konkretiseres nærmere per satsningsområde, med bakgrunn i den eksisterende regionale IKT- porteføljen og framskrivning av nødvendige investeringer for perioden.

Over tid skal Sykehuspartner finansieres via tjenestepriis, og alle kostnadene ved tjenesten skal inngå i prisen. I en overgangsperiode i forbindelse med etableringen, er Sykehuspartner tilført regionale inntektstilskudd ("basisfinansiering"). Dette omfatter betaling for konserntjenester innkjøp og logistikk, samt prosjektkontor. Det omfatter også kostnader innenfor IKT, brukerstøtte og HR som ikke er fordelt ut til foretakene via tjenestepriis. For 2013 og fremover skal basisfinansieringen reduseres til å omfatte betaling for konserntjenester, og strategisk prising skal vurderes årlig og for hvert enkelt tilfelle. Sykehuspartners tjenester skal benchmarkes for å sammenligne pris og kvalitet med tilsvarende tjenester, og benchmark skal danne grunnlag for dialog om riktig pris og kvalitet med foretakene.

I de budsjettmessige forutsetningene for tjenestepriiser og inntektsrammer er det foreløpig ikke lagt til grunn at basisfinansieringen bortfaller i 2013. Dette vil vurderes snarest mulig, og senest inn mot foreløpige inntektsrammer i juni.

Det vil bli ettersendt estimerte tjenestepriiser for perioden 2013-2016. Nødvendige forutsetninger fremgår. Disse tjenestepriisene synliggjør det beste estimatet på fremtidig utvikling gitt tilgjengelig informasjon, og skal legges til grunn ved utarbeidelse av foretakets innspill til økonomisk langtidsplan. På denne måten synliggjøres hvilket behov for gevinstrealisering eller omprioritering av driftsmidler, den strategiske satsningen på IKT vil medføre. Helse Sør-Øst RHF ber foretakene synliggjøre hvilke forutsetninger de har lagt til grunn for utvikling i tjenestepriis fra Sykehuspartner i malverket utarbeidet for økonomisk langtidsplan.

2. Store byggeprosjekter

Store byggeprosjekter skal innarbeides i tråd med omtale i sak 044-2011 ”Mål og budsjett (foreløpige inntektsrammer). Økonomisk langtidsplan 2012-2015”. Følgende langsiktige investeringer legges til grunn i perioden for økonomisk langtidsplan:

- Prosjekt nytt Østfoldsykehus
- Samlokalisering Oslo
- Ombygging av anestesivdeling og operasjonssaler Kristiansand
- Samlokalisert Vestfold-klinikk

Innplassering av det prioriterte byggeprosjektet i Vestre Viken HF vurderes når foretaket har fullført sin utviklingsplan. For Telemark og Vestfold sykehusområde vises det til brev fra Helse Sør-Øst RHF av 29.november 2011, samt omtale i sak 078-2011 Mål og budsjett 2012 hvor Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at planleggingsarbeidet på idefasenivå i Tønsberg fortsetter slik at det kan fremlegges søknad om oppstart konseptfase for styret i Helse Sør-Øst RHF. I tillegg omtaler samme sak at Sykehuset Telemark HF har oversendt idefaserapport til Helse Sør-Øst RHF med ønske om oppstart av konseptfase for opprusting av sengefløy i Skien. Styrebehandling av idefaserapport for prosjektet i Skien vil kunne skje i forbindelse med økonomisk langtidsplan 2013-2016.

For prosjektet ved Sunnaas Sykehus HF vises det til brev fra Helse Sør-Øst RHF av 14. november 2011.

Øvrige byggeprosjekter som krever regional finansiering skal ikke innarbeides i foretakenes budsjetter uten etter avtale med det regionale helseforetaket, og vil bli vurdert i senere planperioder.

Det vises til eiendomsstrategien i Helse Sør-Øst RHF, vedtatt i sak 010-2011, og til sak 070-2011 om vedlikehold. I sistnevnte sak stilles det krav om at foretakene utarbeider planer for vedlikehold og investeringer i bygningsmassen, og at foretakenes budsjetter i tilstrekkelig grad gjenspeiler hva som må anvendes til vedlikehold. Det er nødvendig at

kostnader til vedlikehold av byggene som skal benyttes til kjernevirksomheten prioriteres, før planer om nyinvesteringer utarbeides og realiseres. Det vises også til kapittel 5.4.3 i oppdrag og bestilling for 2012. Midler til vedlikehold skal i henhold til sak 093-2009 prioriteres innenfor foretakets egen likviditet. Foretakets egen likviditet skal i tillegg til mindre bygg og vedlikehold, også finansiere MTU, IKT-investeringer som ikke kvalifiserer til regionale midler, og øvrig investeringsbehov.

Tilstandskartlegging både innenfor bygg og MTU – senest i rapport om status innenfor MTU området utarbeidet i november 2011 – viser et økende behov for prioritering av likviditet til investeringer. Økonomiske konsekvenser av etablerte planer for vedlikehold og fornyelse av bygg og medisinsk teknisk utstyr (MTU) skal være innarbeidet i helseforetakenes forslag til økonomisk langtidsplan. Slike investeringer, som foretaket selv finansierer, skal innarbeides i budsjett 2013 og økonomisk langtidsplan 2013-2016.

I henhold til protokollen fra foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF 31. januar 2012 skal Helsedirektoratets Veileder for tidligfase i sykehusprosjekter legges til grunn for dokumentasjon og beslutningsprosess for byggeprosjekter. Dette innebærer blant annet at det må foreligge utviklingsplaner for de enkelte sykehusområder/helseforetak før det kan igangsettes idéfaser for enkelttiltak. Utviklingsplanene skal omfatte både en bygningsmessig og virksomhetsmessig utviklingsplan ("fagstrategi"), hvor nødvendige tiltak prioriteres inn mot en investeringsplan.

Alle investeringer som innplasseres i økonomisk langtidsplan forutsetter at foretaket har økonomisk bæreevne for hele investeringen, inklusive regionens bidrag.

3. Presiseringer til malverket for økonomisk langtidsplan 2013-2016 (2026)

3.1 Generelt

Årets malverk er basert på fjorårets, men med tilpasninger som hovedsakelig er på driftssiden. Malverket går over perioden 2013-2026, mens det for de driftsmessige forhold vil bli lagt særlig vekt på de fire første årene i perioden.

Også for denne langtidsplanen ønskes kommentarer, og foretakene bes benytte vedlagte kommentarmal. Hvis foretakene mener at utfylt kommentarmal ikke gir et tilstrekkelig bilde av situasjonen eller ønsker å utdype enkelte forhold, står foretakene fritt til å supplere malen. Intensjonen med kommentarene er at Helse Sør-Øst RHF skal kunne få en totalforståelse av utfordringsbildet og foretakets situasjon i langtidsperioden.

En mer detaljert beskrivelse av de enkelte arkfaner i malverket følger under.

Eventuelle spørsmål til malverket kan stiles til den enkelte foretakscontroller eller finanscontroller.

3.2 Innledende forhold

Veiledning i bruk

Det enkelte foretak mottar en unik versjon av malverket hvor foretakets identitet er valgt. Arkfanen er derfor bare til informasjon vedrørende kontaktinformasjon.

Oversikt

Arkfanen inneholder en oversikt over og lenker til alle analyser og kontroller som er bygget inn i malverket. Analysedelen kan benyttes til å vurdere trender fra og med 2011, samt grunnlag for analyser av sammenhenger mellom og utviklingen i økonomiske forhold. Arkfanen inneholder også kontroller av logiske sammenhenger i pakken som forventes å være ”grønne” ved leveranse til Helse Sør-Øst RHF 16. mai, samt en illustrasjon av det enkelte foretakets økonomiske handlingsrom.

Sjekkliste

Arkfanen er en videreføring av den sjekklisten foretakene tidligere er kjent med, men tilpasset malverket for økonomisk langtidsplan. Denne skal være utfylt ved leveranse til Helse Sør-Øst RHF.

3.3 Driftsmessige forhold

Analyse drift

Arkfanen inneholder trender og grunnlag for analyser av 14 områder. I analyser med ”gul” celle i A kolonnen, ligger det rullegardinsmenyer hvor foretaket selv kan velge detaljerte områder for analyse.

Resultatlinjer for 2011 er som nevnt innledningsvis hentet fra foretakets leveranser av Desember I (23. januar 2012), som foretakene skal korrigere i henhold til endelig rapportpakke for 2011.

Aktivitet

I forhold til malen for ØLP 2012 – 2015 gjøres følgende endringer:

- Ny linje for å innta antall DRG-poeng knyttet til kommunal medfinansiering (KMF)
- Ny linje for totalt antall DRG-poeng utført i eget helseforetak, slik at produktivitetsutvikling kan inntas i arkfanen Analyse drift.

Faktiske tall for 2011 er lagt inn i kolonne B slik det ble rapportert fra foretaket 23. januar 2012. Disse bes kvalitetssikret og eventuelt korrigeres i henhold til endelig aktivitet for 2011, i henhold til hva som rapporteres i endelig rapportpakke for 2011.

HR

Det skal budsjetteres med antall ansatte fordelt på faste og midlertidige og antall brutto månedsverk per tjenesteområde. Antall månedsverk skal fordeles på somatikk, voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB), prehospitale tjenester og annet.

Foretakene bes om å registrere faktiske tall for 2011 i kolonne B.

Driftskostnader pr tjenesteområder

Det skal budsjetteres driftskostnader per tjenesteområde, tilsvarende det som ble budsjettert i fjorårets økonomisk langtidsplan for 2012-2015. Foretakene skal registrere faktiske beløp for 2011, tilsvarende det som innrapporteres til Helse Sør-Øst RHF i rapportleveranse 26. mars (endelig desember 2011).

3.4 Resultat

Det skal budsjetteres resultat på linjenivå i henhold til resultatoppstillingen gjeldende for 2012. I tillegg skal gevinst/tap som følge av budsjetterte eiendomssalg spesifiseres på egne linjer. Tall for dette for 2011 og budsjett 2012 bes også registrert. I tillegg skal det på egne linjer spesifiseres beløp knyttet til Sykehuspartner og Sykehusapotekene HF med utgangspunkt i oversendte oversikter.

Faktiske tall for 2011 er lagt inn i kolonne B slik det ble rapportert fra foretaket 23. januar 2012. Disse bes kvalitetssikres og eventuelt korrigeres i henhold til endelig resultat for 2011, i henhold til hva som rapporteres i endelig rapportpakke for 2011.

3.5 Finansområdet

Overordnet er det marginale endring sammenlignet med fjorårets malverk. Det er fortsatt krav om prosjektbasert budsjettering av investeringer. Driftskredittrammene i ØLP 2013-2026 er de samme som pr 31.12.2011. Under er detaljerte endringer beskrevet for den enkelte arkfanen:

Analyse Finans

- Det er lagt til en grafisk fremstilling av foretakets økonomiske bæreevne i ØLP perioden samt grafer over kontantstrømutviklingen for drift og for investeringer..

Kontantstrøm

- Arkfanen er noe forenklet i forhold til fjoråret;
- Beregning av forskjell mellom innbetalt og inntektsført Basis og ISF er nå beregnet i arket ”5. Input annet”
- Kontantstrøm fra Finansiering er tilpasset til de aktuelle finansieringsformer

Input Likv

- IB likviditet hentes fra ”Kontantstrøm”, UB Estimat 2012.

Input Annet

- Input for pensjonspremie er tatt ut. Forutsetter at likviditetseffekt er 0 (betaling = kostnad).
- Input for egenkapitalinnskudd er tatt ut. Forutsetter at innskudd dekkes av premiefondsmidler.
- Det er gjort forenklinger på registreringen av Basis og ISF.
- Slått sammen enkelte poster i gjeld/fordringer.

4. Andre budsjettmessige føringer

4.1 Salg av eiendeler

Det kan budsjetteres med salg av eiendom i 2013 under følgende betingelser:

Sannsynlighet for gjennomføring må være svært høy, det vil si

- Lett omsettelige
- Ingen reguleringsmessige forhold uavklart
- Mulige konsekvenser av Samhandlingsreformen vurdert

Forventede midler kan under ingen omstendighet verken forpliktes eller brukes før midlene er innbetalt, og gjeldende fullmaktsregime skal etterleves. Resultatkrav for 2013 er eksklusive gevinster ved salg av eiendom. Forholdene over bekreftes i kommentarene til budsjettpakken.

Salg av eiendom over 10 millioner kroner skal godkjennes av Helse- og omsorgsdepartementet i foretaksmøte, og frigjorte midler fra salg skal benyttes til nedbetaling av gjeld eller investeringer i varige driftsmidler. Det påhviler også krav om at eventuelle salg av personalboliger skal ivareta hensynet til de ansatte på en tilfredsstillende måte, og om nødvendigheten av dialog med berørte kommuner og fylkeskommuner ved salg av eiendom.

Helse Sør-Øst RHF presiserer at man ved vurdering av oppnåelse av resultatkrav vil se hen til resultat før eventuelle gevinster eller tap ved salg av eiendom.

I økonomisk langtidsplan periode 2013-2026, skal foretakene budsjettere med de faktiske planlagte salg slik at foretakets egenfinansieringsevne fremkommer i vurderingen av løfteevne for investeringer.

4.2 Finansiering

Som budsjettforutsetninger for finansiering gjelder vedtak i sak 093-2009 om at ”all regional likviditet er rentebærende”. Helse Sør-Øst RHF viderefører derfor praksis fra fjorårets prosess, hvor det legges inn nødvendig lån fra Helse Sør-Øst RHF i linje 65 i ”5. Input annet”. Foretaket kan velge å hensynte opparbeidet fordring på det regionale helseforetaket frem til og med 31.12.11 som delfinansiering av investering i store bygg. Dette gjøres i så fall på linje 67 i samme skjema.

4.3 Pensjon

Pensjonskostnader for 2013 og fremover skal budsjetteres og estimeres av foretaket selv som en prosentvis andel av lønnskostnadene basert på foretakets budsjetterte kostnadsnivå for 2012, dvs ikke basert på de siste oppdaterte aktuarberegningene fra januar 2012. Dette fordi håndtering av økte pensjonskostnader i 2012 ikke er avklart. Likviditetseffektene fra pensjon skal være nøytrale, dvs at pensjonspremie forutsettes å være lik pensjonskostnaden.

Det skal ikke budsjetteres med egenkapitaltilskudd til pensjonskassene da dette forventes dekket av fremtidig tilbakeføring til premiefond.

4.4 Andre forhold

- ”Raskere tilbake” for 2013 budsjetteres i henhold til forutsetninger for 2012 supplert med eventuelle egne planer. Signaler så langt hva gjelder ”Raskere tilbake” er at 2013 er siste året det gis øremerkede midler. Hvorvidt midlene etter denne tid blir innbakt i basisrammen med eventuelle økte aktivitetskrav er for tidlig å si noe om. I denne langtidsplanen ber vi derfor foretakene å budsjettere inntekter knyttet til ”Raskere tilbake” for perioden 2014 og utover på samme nivå som i 2013.
- Det skal budsjetteres i 2012-kroner for hele ØLP-perioden, og DRG-satsen fra 2012 på kr 38.209 videreføres for hele perioden.
- Internhandel budsjetteres som budsjettet for 2012, reell budsjettering og avstemming av dette er først forutsatt å skje i forbindelse med årsbudsjettet for 2013. Unntatt fra dette er:
 - Kostnader knyttet til avtaler med Sykehuspartner, hvor foretakene skal budsjettere i henhold til beregninger fra Sykehuspartner
 - Medikamentkostnader budsjetteres i henhold til vedlagte oversikt fra Sykehusapotekene HF. De estimatene som er lagt til grunn baserer seg på

historiske data og forventet utvikling videre framover. Til dette arbeidet er data fra Sykehusapotekenes Legemiddelstatistikk og Reseptregisteret benyttet. Inkludert i tallene er også H-reseptor ekspedert av private apotekkjeder som Helse Sør-Øst finansierer, mens handelsvarer og Lar ikke er inkludert. Eventuelle spørsmål til dette bes rettet til økonomidirektør Jan Rune Amundsen i Sykehusapotekene HF. Se også kommentarer under arkfanen ”Resultat”.

5. Prosess etter leveranse 16. mai 2012

Som det fremkommer i revidert tidsplan nedenfor, legges det opp til dialogmøter med foretakene andre halvdel av mai. Fram til disse møtene avholdes vil foretakenes leveranse bli gjennomgått og kvalitetssikret fra Helse Sør-Øst RHF, og det legges opp til en tett og god dialog i denne prosessen, tilsvarende som ved utarbeidelse av budsjettet for 2012. Helse Sør-Øst RHF forutsetter derfor at foretakenes/sykehusenes kontaktpersoner er tilgjengelig for spørsmål og eventuelle oppdateringer i perioden 21. – 25. mai 2012.

Etter at leveransen er ferdigstilt, vil det i samarbeid med foretaket bli utarbeidet en presentasjon over hovedfunn og nøkkeltall med kommentarer, etter presentasjonsmal fra budsjett 2012.

6. Omfang og revidert tidsplan

Følgende tidsplan legges til grunn for arbeidet med økonomisk langtidsplan:

LEVERANSER	ANSVAR	FRIST
Informasjon i økonomidirektørmøtet	RHF	8. februar
Malverk for ØLP 2013-2016	RHF	16. mars
Budsjettforutsetninger inntektsrammer	RHF	30. mars
Aktivitetskrav og prioriteringer	RHF	30. mars
Øvrige budsjett- og ØLP-forutsetninger	RHF	30. mars
HSØ RHF styrebehandling inntektsmodellementer	RHF	19. april
Leveranse fra helseforetakene – malverk og kommentarer	HF	16. mai kl 11.00
Dialogmøter med HF	RHF/HF	2.halvdel mai
HSØ RHF styrebehandling ØLP	RHF	21. juni
Samlet tilbakemelding helseforetakene	RHF	22.-24. juni
Foreløpige inntektsrammer 2013	RHF	Primo juli

Følgende tidsplan legges til grunn for arbeidet med budsjett 2013:

LEVERANSER	ANSVAR	FRIST
RHF styrebehandling ØLP og foreløpige inntektsrammer	RHF	21. juni
Utsendelse av foreløpige inntektsrammer	RHF	Primo juli
<i>Videre prosess overordnet:</i>		
Periodisert budsjettmal inkl krav til kommentarer	RHF	1. nov
Utsendelse av inntektsrammer (med forbehold om styrevedtak 22. nov)	RHF	8. nov
Internhandel ferdig avstemt	RHF/HF	21. nov
RHF styrebehandling inntektsrammer	RHF	22. nov
Foreløpig årsbudsjett (ikke periodisert)	HF	3. des kl 12.00
Oppdrag og bestilling 2013	RHF	Medio des
Periodisert årsbudsjett	HF	7. jan kl 12.00

For økonomisk langtidsplan med leveranse 16. mai gjelder:

- Levering av komplett utfylt malverk med tilhørende kommentarer
- Ingen registrering i Profitbase
- Ingen avstemming av internhandel

Det regionale helseforetaket vil ikke kreve noen oppdatering av Økonomisk langtidsplan 2013-2016 (2026) ved budsjettleveransene i desember 2012 og januar 2013.

For foreløpig årsbudsjett med leveranse 3. desember gjelder:

- Levering av komplett utfylt malverk med tilhørende kommentarer
- Ingen registrering i Profitbase
- Internhandel/mellomværende avstemt 21.november

I forbindelse med endelig periodisert budsjett 7. januar 2013:

- Levering av komplett utfylt malverk med tilhørende kommentarer
- Registrering i Profitbase
- Internhandel/mellomværende iht avstemt 21.november

Rapporteringspunkt for Excel-leveranser: Rapportering@helse-sorost.no

Det vil komme en egen mal for budsjett 2013 som skal brukes ved leveransene 3. desember 2012 og 7. januar 2013.

Krav til styrebehandling

Det forutsettes at økonomisk langtidsplan behandles av foretaksstyrene fortrinnsvis før 16. mai, men senest før 1. juni 2012. Styrebehandlingen skal omfatte både drifts- og investeringsbudsjettet, samt en samlet vurdering av foretakets bæreevne og likviditetssituasjon. Det legges til grunn at de vesentligste forutsetninger for økonomisk langtidsplan er avstemt med styrets leder forut for leveransen 16. mai dersom innspillet ikke er styrebehandlet.

Vedlegg II Nærmere om inntektsmodellen i Helse Sør-Øst

19. april behandlet styret i Helse Sør-Øst RHF styresak 024-2012 Oppdatering og videreutvikling av inntektsmodellen for Helse Sør-Øst. Dette vedlegget viser en oppsummering av endringer fra tidligere styrebehandlinger i Helse Sør-Øst RHF og den totale omfordeling slik modellen nå foreligger. Til slutt oppsummeres de forhold som Oslo universitetssykehus har spilt inn i forhold til den modell som nå er styrebehandlet i Helse Sør-Øst RHF

Bakgrunn

Ved etablering av Helse Sør-Øst RHF beholdt man inntektsmodellene fra tidligere Helse Sør og Helse Øst. Det har fra 2009 frem til 2012 vært gjennomført flere runder med prosjekter for å etablere en modell. I styremøtet 19. april 2012 er det fattet en mer endelig beslutning om modell for inntektsfordeling. Det åpnes likevel for videreutvikling og oppdateringer av enkeltelementer i modellene som del av arbeidet med økonomisk langtidsplan og budsjettarbeidet (vedtak i styresak 024-2012 i Helse Sør-Øst RHF).

Endringer fra styrebehandling av inntektsmodell i Helse Sør-Øst RHF i 2011

I tabellen under fremkommer de økonomiske effekter av endringer som nå gjøres gjeldende etter styrebehandling i Helse Sør-Øst RHF 19. april.

Økning i abonnementspris for inneliggende pasienter på 83 mill kroner er en justering fra 120% DRG til 123% DRG. Abonnementsprisen er prinsipielt besluttet å være kostnadsdekkende i tidligere inntektsmodellarbeid. Nå er abonnementsprisen justert for høyere kostnadsnivå beregnet til 126% DRG -pris, men redusert til 123%. Reduksjonen på 3% er et resultat av sammenligning av kostnadsnivået mellom regionsykehusene. Analysen viser at Oslo universitetssykehus har høyere kostnader enn de andre regionsykehusene for enkelte DRG'er som i hovedsak inneholder regionpasienter. Abonnementsordningen er dermed ikke lenger kostnadsdekkende. Det er ikke gjennomført endringer i volumenslaget i modellen som i snitt utgjør 40,5 DRG-poeng per innbygger i sykehusområdene.

Modellen hensyntar nå også de polikliniske konsultasjoner innen lands- og regionfunksjonene med pris 100% DRG og det er innført et flerområde oppgjør for strålebehandling lik 100% DRG.

Sum effekter (i forhold til 2012)								
Sykehusområde	Økning abonnementspris inneligg.	Abonnement poliklinikk	100% ISF stråle	Psyk - Ny reiseavstand	Med.stud	Høgskole stud	Sum	Andel SO basisramme 2012
Akershus	-15 000	-6 000	-12 000	11 000	1 000	-1 000	-22 000	-0,49 %
Innlandet	-15 000	-7 000	-6 000	-24 000	1 000	0	-51 000	-1,11 %
Oslo	83 000	35 000	51 000	15 000	-3 000	1 000	182 000	1,85 %
Sørlandet	-10 000	-4 000	-1 000	-1 000	0	0	-16 000	-0,50 %
Telemark og Vestfold	-16 000	-6 000	-11 000	-2 000	0	0	-35 000	-0,78 %
Vestre Viken	-17 000	-7 000	-13 000	-5 000	0	0	-42 000	-0,97 %
Østfold	-10 000	-5 000	-8 000	6 000	0	0	-17 000	-0,58 %

Tabell 6 Oppsummering av økonomiske effekter som følge forslag til endringer på bakgrunn av utviklingsprosjektet. Tall i tusen kroner.

Endringer i forhold som holdes utenfor modellen

Som prinsipp skal inntektsmodellen håndtere mest mulig av den basisramme som går til fordeling mellom sykehusområdene. Det er likevel behov for å tildele midler for særskilt definerte oppgaver. Det har i behandling av inntektsmodell frem til 2011 vært benyttet en unntaksliste over de forhold som holdes utenfor og disse gjelder i stor grad Oslo universitetssykehus. Denne unntakslisten er nå endret uten at det er gjennomført en dialog med Oslo universitetssykehus over alle de områder som bør/skal inkluderes og kostnadene

knyttet til disse områdene. Utslagene fremkommer i tabellen under og utgjør 207 mill kroner for Oslo universitetssykehus.

Sykehusområde	Legges inn i modellen	Fordeling i behovskomponenten	Omfordelingseffekt
Akershus	2 000	70 000	68 000
Innlandet	60 000	71 000	11 000
Oslo	278 000	71 000	(207 000)
Sørlandet	3 000	47 000	44 000
Telemark og Vestfold	79 000	68 000	(11 000)
Vestre Viken	12 000	71 000	59 000
Østfold	11 000	49 000	38 000

Tabell 7 Økonomisk effekt av inkludering av forhold til fordeling i modellen. Til venstre hva som ikke lenger særskilt hensyntas utenom modellen, midtre kolonnen angir hvordan midlene da vil fordeles i behovskomponenten, og til høyre den faktiske økonomiske omfordelingseffekten. Tall i tusen kroner

Oppdateringer av befolkningsgrunnlag i modellene

Det vil hvert år gjøres oppdateringer i grunnlagsdata i inntektsmodellen slik det fremkommer i tabellen under. I den modell som ble gjort gjeldende for finansiering i 2012 var det manglende oppdatering av grunnlagsdata i abonnementsmodellen for lands- og regionfunksjoner på 1 ½ år. Dette er nå oppdatert med 2 ½ års effekt, derfor fremkommer en så vidt stor justering innenfor somatikk modellen. Innenfor de andre modellene er det gjennomført 1- års oppdateringer.

Sykehusområde	Somatikk	Psykisk helsevern	TSB	Kapital	Pensjon	Sum
Akershus	(35 000)	(12 000)	(16 000)	27 000	4 000	(32 000)
Innlandet	(81 000)	(28 000)	(3 000)	(24 000)	(27 000)	(163 000)
Oslo	143 000	28 000	20 000	27 000	14 000	232 000
Sørlandet	7 000	1 000	2 000	(1 000)	(15 000)	(6 000)
Telemark og Vestfold	(43 000)	(10 000)	(1 000)	(3 000)	(16 000)	(73 000)
Vestre Viken	(15 000)	22 000	(4 000)	(17 000)	47 000	33 000
Østfold	21 000	(2 000)	2 000	(8 000)	(7 000)	6 000

Tabell 4 Effekter av oppdatering av grunndata inntektsmodellen for 2013, i forhold til modellen for 2012. Tall i tusen kroner

Samlet omfordeling mellom sykehusområder etter endringene av 19. april

I tabellen under vises den omfordeling som etter styrebehandling 19. april i Helse Sør-Øst RHF gjøres gjeldende ved innføring av inntektsmodell i foretaksgruppen. Innføring av ny modell reduserer finansieringen av Oslo sykehusområde med 375 mill kroner (3,8%). Oslo universitetssykehus utgjør om lag 85% av Oslo sykehusområde.

Sykehusområde	Sum sammenligningsgrunnlag (2012)	Sum effekter av inntekts-modeller (fra 2010)	Omfordeling i % av sml.grl. 2012
Akershus	4 513 000	12 000	0,3 %
Innlandet	4 604 000	(83 000)	-1,8 %
Oslo	9 844 000	(375 000)	-3,8 %
Sørlandet	3 211 000	360 000	11,2 %
Telemark og Vestfold	4 497 000	9 000	0,2 %
Vestre Viken	4 325 000	105 000	2,4 %
Østfold	2 944 000	(29 000)	-1,0 %

Tabell 11 samlede omfordelingsvirkninger som andel av sammenligningsgrunnlag (basisramme 2012). Tall i tusen kroner

Inntektsmodellen omfatter foreløpig 5 undermodeller. Utslaget per undermodell varierer. For somatikk er modellen omtrent nøytral. For psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling omfordeles om lag 150 mill kroner fra Oslo til de andre sykehusområdene. Omfordelingseffektene for kapital og pensjonskostnader gir en total omfordeling fra Oslo til de andre sykehusområdene på om lag 200 mill kroner.

Forhold som Oslo universitetssykehus har spilt inn i forhold til den modell som nå er styrebehandlet i Helse Sør-Øst RHF

I prosjektrapporten forelagt styret i Helse Sør-Øst RHF inngår særmerknader fra Oslo universitetssykehus HF's deltagere i hovedprosjektgruppen for inntektsmodellprosjekt 2012. Disse merknadene er gjengitt i styresak 024-2012 i Helse Sør-Øst RHF. Under følger en kort oppsummering.

Somatikk:

- Abonnementsordningen styrer om lag 5 mrd kroner av finansieringen av OUS. Det er fremdeles stor usikkerhet knyttet til både pris (kostnader) og mengde i modellen. Prinsippene i modellen er endret fra kostnadsdekning til pris lavere enn kostnadene. Pris lavere enn kostnader er et nytt element som ble innført i 2012 basert på en hypotese om at kostnadene ved Oslo universitetssykehus er høyere enn ved andre regionsykehus. OUS er uenig i denne konklusjonen og mener modellen ikke vil være bærekraftig over tid. Modellen bryter også med HSØ RHF økonomimodell der foretakene skal ha mulighet og insentiv for å drifte med overskudd for å kunne gjennomføre nødvendige investeringer.
- Vi mener at HSØ sammen med OUS må utvikle en omforent KPP-modell som grunnlag for finansiering av spesialisert somatikk.
- Prisen for Poliklinisk DRG er i liten grad vurdert i modellen.
- Kostnadsforskjeller mellom sykehusområdene er ikke godt nok belyst i rapporten. Det er i tillegg ikke slik at dette blir fullt ut kompensert for Oslo sykehusområde selv om deler blir dekket gjennom abonnementsmodellen.
- Vi har merket oss at Magnussen-utvalgets behovskriterier synes å fjerne om lag 200 mill kroner fra Oslo sykehusområde og stiller oss tvilende til om dette kriteriesettet i stor nok grad ivaretar behovsmønsteret i en storby.

Psykisk helsevern

- Det er stor usikkerhet om modellene gir et riktig bilde av ressursbehovet i Oslo sykehusområde. Modellen fra 2010 var en skjønnsmessig modell der man bestemte en tildeling knyttet til "storbyfaktor" på 9%. Det er vår vurdering at det kunnskapsgrunnlaget som i dag foreligger ikke er godt nok, og vi vil sterkt fraråde en ytterligere reduksjon av budsjettene til psykisk helsevern i Oslo sykehusområde basert på dette kunnskapsgrunnlaget.
- For å gjennomføre omfordelinger i regionen innen psykisk helsevern er det behov for videre analyser med helt andre tilnæringsmåter der man sammenholder evidensbaserte kliniske data og epidemiologiske undersøkelser med det forliggende statistiske materiale.

Forskning og undervisning

- OUS mener nivået for kostnader for forskning og undervisning fremkommet i prosjektet er for lavt, og at det bør gjennomføres en analyse av kostnadsnivået ved tilsvarende sykehus utenfor Norge for å avdekke de reelle merkostnadene ved drift av sykehus med stort innslag av forskning og spesialiserte funksjoner.

Tabell til styresak xx/2012: Inn i tekst under pkt 4:

Inntektene for OUS i 2012 (17.520,454 mill.kr) kan inndeles som følger:

Rammeinntekt fra HSØ	10 076 368	58 %
Inntekter avhengig av omfang av pasientbehandlingen	5 866 871	33 %
Øremerkede inntekter	912 669	5 %
Andre inntekter	664 546	4 %
Sum	17 520 454	100 %
Kontroll	0	0 %

Tabell til styresak xx/2012: Inn i tekst under pkt 4:

Inntektene for OUS i 2012 (17.520,454 mill.kr) kan inndeles som følger:

Rammeinntekt fra HSØ	10 076	58 %
Inntekter avhengig av omfang av pasientbehandlingen	5 867	33 %
Øremerkede inntekter	913	5 %
Andre inntekter	665	4 %
Sum	17 520	100 %
Kontroll	0	0 %

Inntektsfordeling 2012	Beløp	Prosent
Rammeinntekt fra HSØ	10 076 368	58 %
Inntekter avhengig av omfang av pasientbehandlingen	5 866 871	33 %
Øremerkede inntekter	912 669	5 %
Andre inntekter	664 546	4 %
Sum	17 520 454	100 %

Inntektsfordeling 2012	Beløp	Prosent
Rammeinntekt fra HSØ	10 076	58 %
Inntekter avhengig av omfang av pasientbehandlingen	5 867	33 %
Øremerkede inntekter	913	5 %
Andre inntekter	665	4 %
Sum	17 520	100 %

Foreløpig inntektsramme 2013-2016 mottatt fra Helse Sør-Øst RHF

Utvikling i rammeinntekter 2012 - 2016	2012	2013	2014	2015	2016
Inntektsrammer	10 672 033	10 677 653	10 539 414	10 599 110	10 665 575

Utvikling i rammeinntekter 2012 - 2016	2012	2013	2014	2015	2016
Inntektsrammer	10 672	10 678	10 539	10 599	10 666

Vedlegg III: Foreløpig inntektsramme 2013-2016 mottatt fra Helse Sør-Øst RHF

Beløp i tusen kroner

Inntektsramme		2013	2014	2015	2016
Basisramme forrige periode	Basisramme	9 920 023	9 926 597	9 788 358	9 848 054
Endringer fra 2012:					
0,25% til regionale prioriteringer	Basisramme	-11 578	-11 578	-11 578	-11 578
RASP (enhet for spiseforstyrrelser)- økt kapasitet	Basisramme	10 000			
Implementering av inntektsmodeller:					
Somatikk	Basisramme	92 000	31 000	29 000	24 000
Psykisk helsevern	Basisramme	-18 000	5 000	2 000	0
TSB	Basisramme	0	-7 000	-9 000	-9 000
Pensjon	Basisramme	-28 000	-24 000	4 000	4 000
Kapital	Basisramme	-53 000	-47 000	6 000	5 000
Nøytralisering av negativ effekt inntektsmodell	Basisramme		-120 000		
Økte midler til aktivitet og omfordling av midler til sparing	Basisramme	29 773	50 014	53 988	54 043
Samhandlingsreformen, overføring til kommuner knyttet til utbygging av ø-hjelpstilbud	Basisramme	-14 621	-14 675	-14 714	
Foreløpig basisramme		9 926 597	9 788 358	9 848 054	9 914 519
Forskning Basis	Basisramme	156 344	156 344	156 344	156 344
Forskning Tilskudd	Øremerket tilskudd	214 067	214 067	214 067	214 067
Nasjonale kompetansesentra	Øremerket tilskudd	163 139	163 139	163 139	163 139
Andre statlige tilskudd	Øremerket tilskudd	217 506	217 506	217 506	217 506
Sum faste inntekter		10 677 653	10 539 414	10 599 110	10 665 575

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 3. mai 2012

Saksbehandler: Direktør pasientsikkerhet og kvalitet

Vedlegg:

SAK 28/2012 REVISJON AV VENTELISTEHÅNDTERING OG FRISTBRUDDPASIENTER

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering

Oslo, den 26. april 2012

Bjørn Erikstein

Bakgrunn

I flere nyhetsoppslag - første gang 1. mars i TV 2 hvor flere leger og tillitsvalgte ved Oslo universitetssykehus (OUS) sto frem og fortalte om omfattende "triksing" med ventelister ved sykehuset - er det hevdet at ledelsen ved OUS har instruert leger ved flere avdelinger om at pasienter, som etter å ha klaget til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) etter at frist for rett til behandling har vært overskredet, skal prioriteres foran andre rettighetspasienter. Hensikten med dette skal ha vært å unngå at foretaket har måttet dekke utgiftene til pasientenes behandling ved andre sykehus i Norge eller i utlandet. Saken var også et av temaene som ble tatt opp i forbindelse med den åpne høringen om Oslo universitetssykehus HF i kontroll- og konstitusjonskomiteen fredag 2. mars. Oslo universitetssykehus HF har meddelt at saken vil bli nærmere undersøkt.

Etter dialog med Helse Sør-Øst ble konsernrevisjonen bedt om å organisere en gjennomgang av håndteringen av fristbrudd med spesiell oppmerksomhet mot sykehusets håndtering av henvendelser fra HELFO.

Formålet med revisjonen

Formålet med revisjonen er å kartlegge og vurdere gjeldende praksis for håndtering av ventelister i foretaket, herunder håndtering av rettighetene til pasienter hvor det er fare for fristbrudd eller hvor det allerede har oppstått fristbrudd. Revisjonen vil søke å belyse i hvilken grad det henvises pasienter til Oslo universitetssykehus som burde vært henvist til andre helseforetak, og i så fall hvilken praksis sykehuset har etablert i relasjon til dette. Revisjonen vil også søke å belyse om eventuelle omprioriteringer av ventelistene har medisinske konsekvenser for andre pasienter. Revisjonen vil søke å identifisere årsaker til eventuelle avvik i forhold til regelverk/rutiner, samt eventuelle konsekvenser av dette.

Gjennomgangen omfatter praksis ved enkelte seksjoner/avdelinger i disse klinikkene:

- Klinikk for kirurgi og nevrofag
- Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken
- Kvinne- og barneklubben

Med håndtering av ventelister menes her de nevnte avdelingenes registrering, oppdatering og anvendelse av ventelister, informasjon til pasienter, prioritering av pasienter og om situasjonen for enkeltpasienter hvor det er konstatert fristbrudd er medisinsk forsvarlig.

Foreløpige funn

Det vil bli gitt en foreløpig muntlig redegjørelse fra Konsernrevisjonen i styremøte 3. mai 2012.

Rapporten forventes ferdig til styremøtet 20. juni 2012.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato dok.:	26. april 2012
Dato møte:	3. mai 2012
Saksbehandler:	Viseadministrerende direktør økonomi og finans
Vedlegg:	Status IKT-prosjekter i Oslo universitetssykehus HF 2012

**SAK 29/2012 STATUS OMRÅDEPLAN IKT 2011-2015 FOR OSLO
UNIVERSITETSSYKEHUS HF OG FORPROSJEKT DIPS**

Forslag til vedtak:

Styret tar redegjørelsen for gjennomføring av Områdeplan IKT 2011-2015 og redegjørelsen om status for forprosjekt DIPS til orientering.

Oslo den 26. april 2012

Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

Områdeplan IKT 2011 – 2015 for Oslo universitetssykehus HF ble styrebehandlet 27.10.11 (jf styresak 116/2011). I styremøte 15. desember 2011 sak 152/2011 ble det orientert om at ”*det nå planlegges oppstart av et forprosjekt som skal utrede konsekvensene av å innføre DIPS i Oslo universitetssykehus HF*”.

Formålet med denne styresaken er å orientere styret om status på gjennomføring av områdeplanen og status på forprosjekt DIPS.

Statusgjennomgangen viser god gjennomføring på noen områder, men også at flere av prosjektene er forsinket. De viktigste enkeltårsakene til forsinkelsene er manglende kapasitet hos Sykehuspartner og helseregionens prioriteringer.

Arbeidet med felles klinisk informasjonsgrunnlag innen pasientadministrativt system (PAS) og elektronisk pasientjournal (EPJ) er høyt prioritert. Planlagte milepæler hittil er så langt gjennomført. Det er imidlertid høy risiko knyttet til å nå milepæl 5 (M5) for sammenslåingen av DocuLive databasene.

Forprosjekt DIPS gjennomføres og leverer en forprosjektrapport 15. mai 2012.

2. Administrerende direktørs vurdering

Hovedutfordringen på IKT-området i Oslo universitetssykehus er at det er for mange applikasjoner mellom de ulike geografiske lokalisasjonene i helseforetaket som ikke kommuniserer godt med hverandre. Dette skyldes i hovedsak at Oslo universitetssykehus må forholde seg til systemer som kun fungerer innenfor grensen til de tre tidligere foretakene mens aktiviteten i stadig større grad skjer på tvers av disse grensene. Et av hovedmålene i foretakets områdeplan for IKT har vært å komme ut av denne situasjonen, det vil si å få felles applikasjon for samme funksjon -for eksempel ett RIS/PACS system og ikke som i dag tre systemer. Helse Sør-Øst RHF har sentralisert beslutningene om IKT-investeringer til det regionale helseforetaket og har som hovedstrategi å komme fram til like systemer for like funksjoner i hele helseregionen. Det følger av dette at løsningen på utfordringene i Oslo universitetssykehus HF dermed i stor grad vil komme via anskaffelse og utbredning av regionale løsninger etter regionale beslutninger om prioritering og framdrift. Med utgangspunkt i dette er det for Oslo universitetssykehus HF viktig at foretaket blir gitt høy prioritet og at Sykehuspartner, som står som utfører av de fleste investeringene, har nødvendig kapasitet og kompetanse til å gjennomføre.

Oversikten vedlagt denne styresaken viser at det for mange av IKT-prosjektene er god framdrift i forhold til områdeplanen. På enkelte områder er det imidlertid grunn til bekymring. Administrerende direktør har hatt flere møter med Helse Sør-Øst RHF om gjennomføringen av IKT- prosjektene med utgangspunkt i denne situasjonen.

Forprosjekt DIPS gjennomføres som planlagt. Administrerende direktør vil understreke at innføring av DIPS i hele Oslo universitetssykehus HF er en stor og kostbar investering. Det er mange utfordringer knyttet til å utrede grunnlaget for en slik beslutning. Noen av disse er knyttet til at nåværende rammeavtale mellom Helse Sør-Øst RHF og DIPS ASA, som Oslo universitetssykehus HF i tilfelle må gjøre

avrop på, løper ut 20. august 2012. Administrerende direktør tar sikte på å legge fram en sak for styret 20. juni for beslutning om eventuell anskaffelse av DIPS.

3. Gjennomføring av områdeplan IKT for Ous 2011 - 2015

Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF 2011 - 2015 ble lagt til grunn for arbeidet med investeringsbudsjettet som ble vedtatt i styret 9. februar 2012 (Styresak 5/2012).

Områdeplanen vektla utfordringene knyttet til omstillingsprosessen, og at denne er avhengig av at IKT-løsninger er på plass. Spesielt at det er nødvendig å sikre en felles basis infrastruktur, et felles klinisk informasjonsgrunnlag og felles administrative løsninger.

Arbeidet med å etablere en *felles teknisk plattform* for Oslo universitetssykehus HF er en del av det regionale plattformprogrammet. Foranalysen for Oslo universitetssykehus HF er nå forsinket, og Sykehuspartner har sett at denne er mer omfattende enn tidligere antatt. Prosjektet er bedt om å vurdere hvilke konsekvenser dette vil ha for sykehuset.

Programmet *Felles klinisk informasjonsgrunnlag (FKI)* har

- driftsatt ny versjon av PasDoc i januar
- driftsatt visning av radiologiske bilder i PACS-ene fra et felles klinisk billedlager i mars
- planlagt en sammenslåing av DocuLive installasjonene slik at Radiumhospitalet, Ullevål og Rikshospitalet får felles EPJ (M5) i juni. Risiko knyttet til M5 vurderes å være høy.

Konsolidering av RIS/PACS og laboratoriesystemene er planlagt som del av regionale programmer. Det pågår regionale anskaffelsesprosjekter for begge disse områdene, men Oslo universitetssykehus HF er ikke prioritert blant de første foretakene i RIS/PACS. Oslo universitetssykehus HF har vært i dialog med Helse Sør-øst RHF om først å få konsolidere RIS/PACS løsningene lokalt og deretter implementere en regional løsning dersom anbudsprosessen ender opp med å velge et av systemene som helseforetaket allerede har.

Arbeidet med felles *administrative systemer* er forsinket, hovedsakelig på grunn av kapasitetsproblemer hos Sykehuspartner. Etablering av felles innkjøps- og logistikkløsning i Oslo universitetssykehus HF er forsinket fordi den skal samordnes med regional prosess for anskaffelse av økonomi, innkjøp- og logistikksystem. Innføring av felles ressursstyringssystem (GAT) går etter planen. Ullevål sykehus og Aker sykehus ble flyttet over på ny løsning 26. mars i år.

IKT-prosjektene holder seg innenfor tildelt økonomisk ramme. Det er imidlertid økonomisk risiko knyttet til FKI om en ikke klarer å driftssette en sammenslått DocuLive installasjon i juni.

4. Forprosjekt DIPS

Det gjennomføres nå et DIPS forprosjekt ved Oslo universitetssykehus HF. Mandatet har følgende formål:

"Formålet med DIPS forprosjektet er å utrede konsekvensene ved å innføre DIPS i Oslo Universitetssykehus HF (OUS). Forprosjektet skal i tillegg til konsekvenser også belyse ressursmessige og funksjonelle forhold ved en eventuell innføring av DIPS i OUS. Forprosjektrapporten vil utgjøre saksunderlaget til videre saksgang i OUS, inklusiv videre styrebehandling."

Prosjektet er forankret i Helse Sør-Øst RHF. Finansiering er delt mellom Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF. Total ramme for forprosjektet er 18,5 mill. Sentralt i forprosjektet er å få klarlagt tids- og ressursmessige rammer for en eventuell innføring av DIPS ved Oslo universitetssykehus, som kan legge til rette for en god budsjetterings- og planleggingsprosess i etterkant. Forprosjektet er delt opp i 9 områder. Det utarbeides en rapport per område, og versjon 0.8 ble ferdigstilt ihht plan 16. april. Ferdigstilt forprosjektrapport skal leveres fra prosjektet 15. mai 2012. Det arbeides også med å utarbeide en avropsavtale, klar til en eventuell signering før 20 august. Den regionale rammeavtalen med DIPS ASA utløper på denne dato.

Største risiko er her at omfanget og kompleksiteten har vært så stor at prosjektet ikke har fått behandlet alle områdene med tilstrekkelig kvalitet innenfor den stramme tidsplanen som er lagt. Dette øker risikoen for at en eventuell avropsavtale mellom Oslo universitetssykehus HF og DIPS ASA derved heller ikke vil ha en god kvalitet.

Arbeidet med DIPS i Oslo universitetssykehus HF foregår under rammen av et regionalt program for felles PAS/EPJ. Foreløpig er det regionale programmet i startfasen. Det foreligger dermed på dette tidspunkt ikke tydelige regionale føringer for arbeidet.

5. Revidering av Områdeplan IKT

Det tas sikte på styrebehandling av en oppdatert områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF i styremøtet i november.

Status IKT-prosjekter i Ous 2012

Prosjekt	Budsjett 2012	Kommentar
----------	---------------	-----------

Stabil og forsvarlig drift, samt myndighetspålegg

Nytt nødnett	0	Ferdigstilt 2012
Stråleterapisystem	18,4 mill	Radiumhospitalet tok i bruk ny løsning i 30. januar iht plan. Implementering ved satelittene på Innlandet HF og Sørlandet HF er forsinket grunnet uklarerheter rundt kapasitet på datalinje til Ous
Digital diktering - oppgradere gml DICOM til Speechmax	8,0 mill	Replanlagt etter forsinkelse pga manglende kapasitet Ous/SP. Regionalt anskaffelsesprosjekt pågår. Kriseløsning er nå etablert for å kunne håndtere sammenbrudd av gammelt utstyr før ny løsning er på plass.
Elektronisk fødejournal	0	Ikke prioritert i regionalt prosjekt 2012
Overgang fra BUPdata til DocuLive og PasDoc BUP	0	Uavklart løsning siden FKI stoppes etter M5. Vurderes som en del av en eventuell innføring av DIPS
Meldingsløftet Program		Ous har lav aktivitet. Avventer konsoliderte løsninger i OUS for de systemene som er omfattet av "Meldingsløftet" (RIS/PAS/EPJ/LAB)

Understøttelse av omstillingsprosessen

Felles IKT-plattform, Klientplattform (Foranalyse fase 1)	1,5 mill	Forsinkelse pga manglende kapasitet SP og Sykehuspartner har vurdert dette til mer omfattende enn antatt.
Felles klinisk informasjonsgrunnlag i OUS	114,0 mill	Ny versjon av PasDoc tatt i bruk 30. januar. Felles klinisk billedlager tatt i bruk 20. mars. Høy risiko for forsinkelser av M5 (konsolidert EPJ database) pga. manglende kapasitet og høy kompleksitet i arbeidet.
Felles laboratorie-informasjonssystem (LIMS) i OUS	0	Ikke prioritert i regionalt prosjekt 2012. Prioritert som HF nummer to i køen
Felles RIS og PACS i OUS	0	Ikke prioritert i regionalt prosjekt 2012. Pågående møter med HSØ RHF om prioritet
Felles innkjøp/ logistikk-løsning i OUS	7,5 mill	Forsinkelse pga manglende kapasitet SP og pågående vurdering i HSØ RHF rundt muligheten av å etablere en regional løsning innenfor dette området. Ous er avhengig av regional avklaring.
Felles fakturaløsning i OUS	6,0 mill	Forsinkelse pga manglende kapasitet SP

Innføring av regional løsning for personalressursstyring	9,8 mill	Aker og Ullevål ble flyttet over på felles regional GAT-løsning 26. mars. Arbeidet med Rikshospitalet og Radiumhospitalet er påstartet.
Terminering av utfasede og konsolidering av administrative løsninger	1,5 mill	Formula og SLP5 ble faset ut i 2011. I 2012 har det vært arbeidet med å ta vare på historiske data fra disse systemene som har vært komplisert. Det arbeides nå med å spesifisere grunnlaget for at flere systemer som er faset ut også skal kunne fjernes. (Dette er systemer med historiske data som vi er pliktig å ta vare på.)

Innføring av regionale tjenester i samsvar med foretakets faktiske behov

DIPS forprosjekt	18,5 mill	Versjon 0.8 av delrapportene er levert. Prosjektrapporten skal være ferdigstilt 15. mai. Høy kompleksitet, kort tid til å fremforhandle avrop. Dialog med HSØ RHF rundt de utfordringer som eksisterer rundt fremforhandling av avrop.
Min Journal/ samhandling	1,9 mill	Funksjonalitet tilpasset diabetikere skal lages i år i samarbeid med Diabestesforbundet. Ekstern finansiering, ikke prioritert i regionalt prosjekt for 2012
Innføring av regionalt system for PPM (inkl. Clarity)	0,0 mill	Regional metodikk og system for porteføljestyling skal tas i bruk for alle IKT-prosjekter. Avventer godkjent ROS-analyse fra SP
eBiobank	4,5 mill	Anskaffelsesprosjekt pågår. Replanlagt etter forsinkelse pga sen regional beslutning. 2,5 mill ekstern finansiering.
Forskernett Pluss – regional forskningsinfrastruktur	0	Ikke prioritert regionalt av SIKT/Plattformprogrammet for 2012
Elektronisk kurve (Metavision) – Intensiv / operasjon (mottaksprosjekt)	2,5 mill	Konsolidering av Metavisionløsningene ved Ullevål og Rikshospitalet i ny regional Metavisionløsning. Leveranser i henhold til plan
Innføring og integrasjon av Vekstjournal	0,9 mill	Ferdigstille pilotprosjekt ved Rikshospitalet og innføre løsningen også ved barneavdelingen på Ullevål. Forsinkelse pga manglende kapasitet Ous (KVB)/SP
Konsolidering og integrasjon av system for øye	0	Foranalyse ikke startet ennå
Prehospital pasientjournal	0,7 mill	Foranalyse gjøres som regionalt prosjekt. Pågår.
Tilpasning av avvikssystemet ifht internt forbedringsarbeid	1,0 mill	Forsinkelse av nødvendig oppgradering pga manglende kapasitet SP

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 3. mai 2012

Saksbehandler: Direktør samhandling og internasjonalt samarbeid

Vedlegg:

- 1) Oslo kommune, Byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester: Områdeplaner for Oslo sykehusområde – innspill til beslutningsprosessen
- 2) Områdeplan for voksenhabilitering i Oslo sykehusområde
- 3) Områdeplan for nevrohabilitering i Oslo sykehusområde
- 4) Områdeplan rehabilitering
- 5) Områdeplan for psykisk helse i Oslo sykehusområde
- 6) Områdeplan for tverrfaglig spesialisert behandling i Oslo sykehusområde
- 7) Områdeplan for en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Oslo sykehusområde

SAK 30/2012: OMRÅDEPLANER FOR OSLO SYKEHUSOMRÅDE

Forslag til vedtak:

1. *Styret tar redegjørelsen om områdeplaner for Oslo sykehusområde innen habilitering (barn og voksne), rehabilitering, psykisk helsevern, Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg til orientering.*
2. *Styret legger til grunn at områdeplanene revideres årlig i samarbeid med Oslo kommune, Sunnaas sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus.*

Oslo, den 26. april 2012

Bjørn Erikstein

1. Oppdraget

Sykehusene i Oslo sykehusområde har, som foretakene i de andre sykehusområdene, fått i oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF å utarbeide områdeplaner på fem nærmere bestemte felt (habilitering – barn og voksne, rehabilitering, psykisk helsevern og TSB (tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige) for sykehusområdet (ref. vedtak i Helse Sør-Øst RHF-styresak 108-2008). Det ble forutsatt at planene skulle utarbeides i samarbeid med de andre sykehusene sykehusområde, Oslo kommune og andre relevante samarbeidspartnere.

Det ble videre lagt til grunn at status på arbeidet skal rapporteres i årlig melding (ref. brev fra Helse Sør-Øst til helseforetakene, datert 15. juli 2011).

I henhold til oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har det også vært arbeidet med områdeplan innen svangerskaps-, fødsels – og barselomsorg (ref. oppdragsbrev fra Helse Sør-Øst RHF til helseforetakene, datert 3. februar 2010).

I oppdragsbrevet er det forutsatt at områdeplanene skal beskrive dagens virksomhet innen hvert felt, forventet behovsutvikling fremover og mulige tiltak for å møte utfordringene. Det skal også gis en beskrivelse av forskning og fagutvikling på feltene samt samhandlingen med Oslo kommune.

Kravet om områdeplaner kom samtidig med en omfattende omstillingsprosess i hovedstadsområdet. Dette har vært medvirkende til at arbeidet med områdeplaner kom i gang senere enn forutsatt. Nå foreligger imidlertid planer for alle seks fagområder.

Det ble etablert seks arbeidsgrupper. Gruppene har vært bredt sammensatt av fagpersoner fra relevante miljøer i Oslo universitetssykehus, fra andre sykehus i sykehusområdet der dette har vært relevant (rehabilitering, TSB og psykisk helsevern) og Oslo kommune. Involvering av brukergrupper har vært løst på ulike måter. I noen grupper har brukerrepresentanter vært aktive deltagere, mens de i andre har vært involvert gjennom dialogmøter eller som høringsinstans. I tillegg har Brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus på møte 20. februar, gitt tilbakemeldinger på utkast til områdeplaner. Forslag til områdeplaner har også vært sendt på høring til de ansattes organisasjoner ved Oslo universitetssykehus.

Styret ved Oslo universitetssykehus har ved flere anledninger vært orientert om arbeidet med områdeplanene.

1.2 Om de foreliggende planene

Denne første versjonen av områdeplaner omfatter i all hovedsak spesialisthelsetjenestens virksomhet, men det har vært forutsatt at planene skulle koordineres med primærhelsetjenestens behov og planer, og at de skulle beskrive funksjonsdeling mot primærhelsetjenesten. Oslo kommune har vært invitert til å delta med observatører i arbeidet med planene, men denne første versjonen av planer har i liten grad inkludert de kommunale tilbudene og har i begrenset grad behandlet utfordringene sett fra Oslo kommunes side.

Det faktum at planarbeidet har foregått midt under forberedelsen til innføring av Samhandlingsreformen, men uten at en fullt ut kjenner konsekvensene av reformen, har gjort det vanskeligere å beskrive framtidig funksjonsdeling.

Områdeplanene har vært på høring til Oslo kommune. Kommunens uttalelse vedlegges som uttrykt vedlegg. Brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus har også hatt områdeplanene på høring. De påpeker blant annet i sin høringsuttalelse at "ungdom faller mellom to stoler" og at dette er noe man må ta tak i, i det videre arbeidet med områdeplanene.

Som det påpekes i uttalelsen fra Oslo kommune, er det nå behov for å komme i gang med en videre prosess med kommunehelsetjenesten for å avklare ansvarsforhold, videre samarbeid og en organisering som sikrer helhetlige pasientforløp. Dette arbeidet bør være fullført i løpet av høsten 2012 slik at nye omforente områdeplaner kan ligge til grunn for videre samarbeid mellom Oslo kommune og de Oslo-sykehusene som betjener den delen av Oslos befolkning som bor i Oslo sykehusområde.

2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Administrerende direktør er tilfreds med arbeidet som så langt er gjort i utarbeidelsen av områdeplanene. Prosessen har vært nyttig for de involverte fagmiljøene og har lagt et godt grunnlag for videre arbeid med områdeplaner i Oslo sykehusområde. Etter administrerende direktørs vurdering, er det nå viktig at denne første versjonen av områdeplaner følges opp og videreutvikles i tett samarbeid mellom sykehusene i Oslo sykehusområde og Oslo kommune. Målet må være å komme fram til områdeplaner som favner de felles utfordringer kommune og sykehus står overfor på det enkelte område. Områdeplanene bør også bli et verktøy for avklaring av hvilke tilbud det vil være behov for og hvilke samarbeidsformer samt hva slags ansvarsdeling som best kan sikre gode og likeverdige tilbud til Oslos befolkning.

Områdeplanarbeidet vil bli fulgt opp internt ved Oslo universitetssykehus gjennom konkrete, rullerende handlingsplaner som vil bli utformet i nær kontakt med Oslo kommune.

I tråd med kravet fra Helse Sør-Øst RHF vil status på arbeidet knyttet til områdeplanarbeidet rapporteres i årlig melding.

3. Faktabeskrivelse - Kort beskrivelse av de ulike områdeplanene

Habilitering

På grunn av organiseringen av habiliteringsfeltet i Oslo universitetssykehus har sykehuset valgt å dele områdeplan for habilitering inn i én områdeplan for voksenhabilitering og én for barnehabilitering.

A) Voksenhabilitering

I Helse Sør-Øst RHF styresak 108-2008 fremgår det at habilitering og rehabilitering er et av regionens prioriterte satsingsområder og det skal sikres tilstrekkelig, likeverdig og god tjeneste i hele Helse Sør-Øst. Områdeplanene for habilitering og rehabilitering er viktige verktøy for å nå disse målene

Avdeling for nevrohabilitering har områdefunksjon for habilitering i spesialisthelsetjenesten for voksne i Oslo universitetssykehus HF sykehusområde. Målgrupper er pasienter over 18 år med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse av komplisert og sammensatt karakter og som har behov for habilitering av spesialisthelsetjenesten. Pasientene har ofte flere diagnoser eller redusert funksjon og henvises til habilitering i spesialisthelsetjenesten når spesialisert kompetanse er påkrevd. For øvrig har disse pasientene vanligvis individuelt tilpassede kommunale tjenestetilbud med hensyn til bolig, fritid og sysselsetting.

Andre avdelinger eller sykehus har ikke vært trukket inn i arbeidet med områdeplanen ettersom Avdeling for nevrohabilitering er den eneste avdelingen med spesielt ansvar for voksenhabilitering på spesialisthelsetjenestnivå innenfor sykehusområdet. Arbeidsgruppen har bestått av representanter for Avdeling nevrohabilitering, Oslo universitetssykehus og representanter fra relevante brukergrupper.

En viktig oppfølging av områdeplanen innen voksenhabiliteringen vil være å sette sammen en arbeidsgruppe med representanter fra sykehusene og Oslo kommune for å avklare videre ansvarsforhold og samarbeid. Det skal utarbeides tjenesteavtale for samarbeid om habilitering mellom sykehus og bydeler/kommuner. Den foreliggende områdeplanen for habilitering vil gi vesentlige bidrag inn i dette arbeidet.

B) Barnehabilitering

I Oslo universitetssykehus sykehusområde er ansvaret for habiliteringstjenester til barn og unge fordelt mellom spesialisthelsetjenesten, bydelene og private habiliteringssentre. Seksjon for nevrohabilitering – barn ved Oslo universitetssykehus, ønsker å jobbe videre med å tydeliggjøre denne ansvars- og oppgavefordelingen ved å inngå forpliktende samarbeidsavtaler, øke kompetansen om fagfeltet og sikre etablerte tilbud om spesialiserte habiliteringstjenester.

Virksomheten i Seksjon for nevrohabilitering – barn foregår i dag ved fem ulike enheter: Ullevål, Rikshospitalet, program intensiv trening og habilitering (lokaler utenfor sykehuset), Nordre Aasen habiliteringssenter og Kapellveien habiliteringssenter. Behandlingen og oppfølgingen foregår som tverrfaglige konsultasjoner og i ulike tverrfaglige klinikker. Pasientene blir behandlet, utredet og diagnostisert poliklinisk og de som fortsetter som pasienter etter utredning, fortsetter som dagpasienter. Per i dag er det ikke tilbud om innleggelse i forbindelse med utredning.

Forskning innen habiliteringsfeltet i Norge er sparsom og foregår spredt i kliniske og akademiske miljøer. Det er store kunnskapshull og mangelfull dokumentasjon av effekt av habiliteringstiltak.

Seksjon for barnehabilitering har inngått samarbeidsavtaler med bydelene Bjerke og Østensjø. Tilsvarende avtaler er planlagt inngått med de andre bydelene i Oslo. I tillegg har seksjonen inngått samarbeidsavtale med Senter for Psykisk Helse Barn og Ungdom og BUP Oslo. Videre har seksjonen laget en konkret plan for "samarbeidsområder og tiltak". Som eksempel kan nevnes kompetanseoverføring til koordinator i bydelene. Det sies i planen: "seksjonen skal arrangere temamøter og

tilrettelegge for systemutvikling med koordinerende enhet i bydelene og i spesialisthelsetjenesten”.

Tilsvarende som for voksenhabiliteringsfeltet, vil det innen barnehabiliteringen være viktig å sette sammen en arbeidsgruppe med representanter fra sykehusene og Oslo kommune for å avklare videre ansvarsforhold og samarbeid. Erfaringene fra samarbeidsavtalene og områdeplanen vil bli lagt til grunn i arbeidet med å avklare videre ansvarsforhold og samarbeid.

Rehabilitering

Rehabiliteringsfeltet spenner bredt både hva angår alder på pasientene, diagnose og funksjonsnivå før og etter skade. Rehabilitering foregår ved flere klinikker i Oslo universitetssykehus, på Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg sykehus, Sunnaas sykehus, i Oslo kommune og ved private institusjoner. Områdeplanen for rehabilitering har tatt utgangspunkt i Helse Sør-Øst RHF generelle plan for områdeplaner. Arbeidsgruppen har valgt å konsentrere seg om tre pasientgrupper: slagrammede, eldre med brudd og mennesker med ervervede traumatisk hjernesker. Arbeidsgruppen har sett på det eksisterende tilbudet til disse tre gruppene samt foreslått hvordan tjenestene for disse tre gruppene bør organiseres fremover for å sikre gode og likverdige rehabiliteringstjenester til Oslos befolkning. I den forbindelse har det vært lagt vekt på å beskrive anbefalte pasientforløp knyttet til rehabilitering.

En utfordring i dag er ulikheten i rehabiliteringstilbudet til slagrammede og eldre med brudd. Hvilket rehabiliteringstilbud man tilbys, avhenger i for stor grad av hvilket sykehus man møter i akutfasen. Oslo universitetssykehus har spesialisert rehabilitering lokalisert på Aker. Tilsvarende tilbud har ikke Lovisenberg sykehus og Diakonhjemmet sykehus for sine pasienter.

Når det gjelder rehabilitering av ervervede hodeskader, anses dette å være en tung regional oppgave som krever gode organisatoriske strukturer rundt akutfasen samt organisering av rehabiliteringstilbudet på rett nivå i livsløpet for disse pasientene.

Arbeidsgruppen har bestått av fagpersoner fra ulike rehabiliteringsmiljøer ved Oslo universitetssykehus (avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, samt geriatrisk avdeling), Sunnaas sykehus, Lovisenberg sykehus, Diakonhjemmet sykehus og Oslo kommune ved Sykehjemsetaten. I tillegg har sentrale fagpersoner ved de nevnte institusjoner kommet med spesifikke innspill innenfor sine fagfelt.

Arbeidsgruppen anbefaler at man ved rullering av områdeplanen prioriterer kreftområdet. Også revmatologiske pasienter og multisyrke eldre har vært fremhevet som grupper som har manglende rehabiliteringstilbud i dag.

Det forutsettes at videre utvikling av tjenesteområdet gjøres i tett samarbeid mellom forvaltningsnivåene. Byrådsavdelingen kommenterer i sitt hørings svar at de ønsker å ta aktivt del i det videre samarbeidet med områdeplanene.

Samhandlingsreformen forutsetter at kommunene og helseforetakene innen 1. juli 2012 inngår tjenesteavtaler, også innen området rehabilitering. Innholdet i områdeplanen vil gi viktige føringer i dette arbeidet.

Psykisk helsevern

Områdeplanen i psykisk helsevern er utarbeidet i samarbeid mellom Lovisenberg sykehus, Diakonhjemmet sykehus og Oslo universitetssykehus. Oslo kommune ved Helse- og velferdsetaten har deltatt med en observatør. I tråd med føringene fra Helse Sør-Øst RHF sitt styrevedtak i sak 061/2010 oppfattes følgende pasientgrupper som de største og mest "strategisk viktige" i spesialisthelsetjenesten: pasienter med dobbeltdiagnoser, psykotiske lidelser, pasienter som har behov for akuttpsykiatriske tjenester, sikkerhetsplasser og forsterkede plasser for ungdom, pasienter med tvangs- og angstlidelser og spiseforstyrrelser samt pasienter med alderspsykiatriske lidelser. Områdeplanen beskriver tilbudet til hver av disse pasientgruppene; eksisterende tilbud og utvikling av tilbudet fremover.

Sykehusene i sykehusområdet arbeider i dag med å utvikle gode pasientforløp. Utforming av slike er i tråd med ønsket utvikling i Helse Sør-Øst. Utvikling av pasientforløp er krevende. Det er enighet om at det derfor er hensiktsmessig å utvikle flere pasientforløp i et samarbeid der både sykehusene og Oslo kommune er deltakere.

TSB (tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige)

Behandlingstilbudet innenfor TSB gjennomgår store forandringer. Senter for rus- og avhengighetsbehandling (SRA) har et stort spekter av behandlingstilbud innenfor fagfeltet TSB (akutt-, avgiftning-, dag-, poliklinikk-, døgnbehandling) med tilbud til pasienter i 12 bydeler i Oslo. SRA er i en utviklingsfase og reorganiserer sitt tilbud som følge av redusert opptaksområde etter 2012, ny inntektsmodell og pålegg om øket poliklinisk aktivitet (5 %).

Det pågår en betydelig fagutvikling innenfor TSB, forankret i økt forskning og kompetanseheving samt føringene fra samhandlingsreformen. Oslosykehusene har samlet sett verken samlet en tilstrekkelig kapasitet eller et komplett tilbud innenfor rus- og avhengighetsbehandling, særlig med tanke på behandling av alkohollidelser. Det samme gjelder medikamentavhengighet og langtids døgnbehandling i institusjon. Samarbeid med de private avtalepartnerne til Helse Sør-Øst er derfor av stor betydning.

Områdeplanen beskriver hvordan tilbudet skal være for pasientene i Oslo sykehusområde. Sykepleierforbundet og Helseetaten problematiserer konsekvensene overføringen til Ahus har for totaltilbudet i Oslo. Beskrivelse av dette ligger imidlertid utenfor mandatet til områdeplanen.

Områdeplanen for TSB inneholder viktige og store temaer knyttet til fremtidig utvikling av TSB i sykehusområdet, hvor samhandling både med Oslo kommune og brukere er løftet frem. Planen beskriver også behovet for sterkere fokus på forskning, undervisning og fagutvikling innen fagfeltet. Disse forslagene får bred oppslutning fra høringsinstansene. Planen er nå revidert på bakgrunn av høringsinnspill. Områdeplanen gir tydelige føringer på hvordan tilbudet bør være for pasientene i Oslo sykehusområde.

Det er uenighet mellom sykehusene om hvordan pasientstrømmen skal organiseres og hvem som skal foreta rettighetsvurderinger. Lovisenberg sykehus og Diakonhjemmet sykehus har levert en dissens på dette. Det er enighet i ledelsen ved de tre sykehusene

om å starte en egen avklaringsprosess rundt dette. Operasjonalisering av områdeplanen vil foregå i dialog med berørte samarbeidspartnere.

Svangerskaps-, fødsels – og barselomsorg

Fødeavdelingen ved Oslo universitetssykehus HF skal tilby svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i samarbeid med tolv av Oslos femten bydeler. Fødeavdelingen ved Oslo universitetssykehus består av fire fødeenheter, en ved Rikshospitalet og tre ved Ullevål. Fødeavdelingen har i praksis landsfunksjon for gravide med medfødt eller ervervet hjertelidelse, transplanterte og enkelte andre spesielle sykdomskategorier. Videre har avdelingen regionfunksjon for kompliserte graviditeter og fødsler og lokalfunksjon for normale fødsler i de tolv bydelene tilhørende Oslo universitetssykehus.

Fødeavdelingen ved Oslo universitetssykehus har i underkant av 10 000 fødsler per år. Dette tallet er ventet å stige, og i 2030 er det forventede fødselstallet anslått til mellom 12700 og 15300 fødsler per år.

God kommunikasjon og god arbeidsdeling mellom sykehus og primærhelsetjeneste er helt avgjørende for å ivareta god oppfølging av den enkelte pasient. Fagmøter mellom helsesøstre, kommunejordmødre, fastleger og aktuelle fagpersoner i spesialisthelsetjenesten bør videreføres og videreutvikles.

En viktig oppfølging av denne første versjonen av en områdeplan innen svangerskaps-, fødsels – og barselomsorgen vil være å etablere et tett samarbeid med Oslo kommune i utarbeidelse og revidering av områdeplanen innen fødselsområdet. Dette gjelder særlig innen svangerskaps- og barselomsorgen, der kommunen spiller en vesentlig rolle. Et godt samarbeid er også helt nødvendig i oppfølgingen av mor og barn, særlig der det er nødvendig med spesiell kompetanse fordi mor og/eller barn er i en sårbar situasjon. Brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus har også i sitt høringssvar etterlyst en omtale av helsestasjonens rolle og ansvar innen svangerskaps- og barselomsorgen.

Samhandlingsreformen forutsetter at kommunene og helseforetakene innen 1. juli 2012 inngår tjenesteavtaler, også innen fødselsområdet. Innholdet i områdeplanen gir viktige føringer i dette arbeidet.

OMRÅDEPLAN FOR EN
HELHETLIG

SVANGERSKAPS-, FØDSELS -
OG BARSELOMSORG I OSLO
UNIVERSITETSSYKEHUS
SITT SYKEHUSOMRÅDE

OMRÅDEPLAN

INNHALDSFORTEGNELSE

1.	Bakgrunn for og formålet med områdeplan	2
2.	Faglige og politiske føringer	3
3.	Beskrivelse pasientgrupper og behov for helsetjenester	5
3.1.	Regionsfunksjon	6
3.2.	Områdefunksjon.....	6
4.	STATUS OG UTVIKLING I TILBUDET I HELSETJENESTER INNEN OMRÅDET	7
4.1.	Regionoppgaver	8
4.2.	Områdeoppgaver.....	9
4.3.	Kvalitetskrav knyttet til omsorgen.....	9
4.4.	Kommunikasjon og rapportering mellom primær og sekundærtjenesten og til myndighetene	10
5.	Prinsipper for funksjonsdeling mellom institusjoner og mellom nivåer innen sykehusområdet	10
6.	FAgutvikling, forskning og utdanning innen området.....	12
7.	Hovedpunkter i en områdeplan oppsummert.....	14

1. BAKGRUNN FOR OG FORMÅLET MED OMRÅDEPLAN

Helse Sør-Øst RHF ba i oppdragsbrev til helseforetakene 3. februar 2010 om at det ble utarbeide en flerårig, helhetlig og lokalt tilpasset områdeplaner for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen sammen med berørte kommuner for vårt sykehusområde. Brukerne og de tillitsvalgte skulle være representert i arbeidet.

Områdeplanen skal være sykehusområdenes strategiske verktøy for utvikling av tjenestetilbudet, og skal beskrive hvordan kommunene, brukerne og ansattes representanter har deltatt i prosessen. Den skal synliggjøre hvilken struktur og funksjonsfordeling som velges for å trygge kapasitetsbehov og oppnåelse av gode og likeverdige helsetjenester.

Stortingsmelding nr. 12 (2008-2009) En gledelig begivenhet har lagt klare føringer for utvikling av en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. I Helsedirektoratet sin nylig utgitte rapport *Et trygt fødetilbud – forslag til kvalitetskrav til fødeinstitusjoner*, er intensjonene i

Stortingsmelding nr. 12 fulgt opp med hensyn til ønsket utvikling av en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

Et trygt fødetilbud beskriver kvalitetskrav til fødeinstitusjoner innen organisering, oppgave- og funksjonsfordeling, krav til kompetanse og etablering av et system for oppfølging av kravene. Informasjon, kommunikasjon og brukermedvirkning er vektlagt. Kvalitet måles med relevante kvalitetsindikatorer.

I Stortingsmelding nr.12 under kapittel 6 *Et trygt fødetilbud* foreslår regjeringen følgende:

Regionale helseforetak pålegges å utarbeide en flerårig helhetlig og lokalt tilpasset plan for fødetilbudet i regionen sammen med berørte kommuner. Planen skal også omfatte svangerskaps- og barselomsorg. Den skal sikre kapasitet i forhold til fødselstall og være i samsvar med utvikling av akuttilbud ved lokalsykehus. Planen skal sikre de fødende i regionen et desentralisert, differensiert og forutsigbart fødetilbud, også i høytider og ferier. Den skal omfatte planer for rekruttering og plassering av utdanningsstillinger for gynekologer. Hensynet til antall fødende i opptaksområdet, til geografi, kommunikasjonsmuligheter, struktur for lokale jordmørtjenester og følgetjeneste skal vektlegges. Kultur- og språkforskjeller i regionen skal ivaretas.

Inndelingen i tre nivåer av fødeinstitusjoner (kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue) opprettholdes. Nåværende tallgrenser oppheves og erstattes av kvalitetskrav til fødeinstitusjoner.

Områdeplanen skal legge grunnlaget for gode og likeverdige tjenester. Hovedprinsippet i omstillingsprogrammet, om at pasientens behov skal være førende for struktur og innhold i tjenestene, skal legges til grunn. Planarbeidet skal bidra til helhetlig omsorg med sammenhengende tjenester der personalet kommuniserer og samarbeider godt på tvers av profesjongrenser og forvaltningsnivå. Omsorgen skal være kunnskapsbasert og tilpasset den enkeltes behov.

Områdeplanen skal være et "levende dokument" som rulleres årlig, har et 4 års-perspektiv, godkjennes av helseforetaksstyret og ses i sammenheng med det regionale fagrådets arbeid.

2. FAGLIGE OG POLITISKE FØRINGER

Stortingsmelding nr. 12 (2008-2009) En gledelig begivenhet

Stortingsmelding nr. 12 har lagt klare føringer for utvikling av en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. For at den gravide fødende og hennes familie skal oppleve møtet med denne delen av helsetjenesten som helhetlig og understøttende, har Regjeringen lagt vekt på fem innsatsområder:

- En helhetlig svangerskapsomsorg
- Et trygt fødetilbud
- Et familievennlig barseltilbud
- Kvalitet i alle ledd
- Et bredt brukerperspektiv

Det fremgår av Stortingsmeldingen at svangerskaps- og fødselsomsorgen i Norge holder svært høy kvalitet i internasjonal sammenheng. Det er likevel flere forhold som taler for at denne delen av helsetjenesten kan forbedres på viktige områder. Endringer i kommunikasjoner og

bosettingsmønster, faglig utvikling, synkende fødselstall og rekrutteringssituasjonen for fagpersonell tilsier behov for å vurdere framtidig struktur i fødselsomsorgen.

Kvalitetskrav for fødeinstitusjoner – Et trygt fødetilbud

Helsedirektoratet har nylig utgitt rapporten *Et trygt fødetilbud – forslag til kvalitetskrav til fødeinstitusjoner*, der intensjonene i Stortingsmelding nr. 12 følges opp med hensyn til en ønsket utvikling av en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Rapporten har vært til høring og en oppsummering av høringssvarene ble bekjentgjort i oktober 2010. Det er ikke tydelig avklart hvordan det videre arbeidet med rapporten vil foregå etter dette.

Helse Sør-Øst RHF har likevel inntil videre valgt å legge kvalitetskravene til grunn for den regionale planen for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

Nåværende volumbaserte krav til fødeinstitusjoner skal erstattes med kvalitetskrav. Kvalitet er i rapporten forstått som en sum av henholdsvis organisering, oppgave- og funksjonsfordeling, krav til kompetanse og etablering av et system for oppfølging av kravene. Krav til målinger, informasjon, kommunikasjon og brukermedvirkning er vektlagt.

Det fremheves at det ikke bør være et motsetningsforhold mellom et økt fokus på å bevare den normale fysiologiske fødsel, herunder demedikalisering av fødselshjelpen, og det å samtidig ivareta gravide og fødende med behov for avansert overvåking og oppfølging på grunn av tilstander med risiko og mulighet for komplikasjoner.

Oppfølging av kravene i rapporten vil være en del av utviklingsarbeidet med områdeplanene i helseforetakene, der brukermedvirkning står sentralt. Selv om demografiske og geografiske forhold kan skape ulikhet i utformingen av tilbudene, skal det stilles like krav til kvalitet i tjenesten.

Faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen

Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen er utarbeidet for jordmødre, leger og annet helsepersonell som deltar i svangerskapsomsorgen og ble utgitt i 2005. Svangerskapsomsorgen omfatter alle kontroller, tiltak og henvisninger som det er behov for i et normalt svangerskap. For å redusere sosial ulikhet i helse er det viktig med ekstra våkenhet og omsorg for risikogrupper, og tilrettelegging for gravide med spesielle behov.

Retningslinjene skal legge til rette for at beslutningsgrunnlaget i tjenesten er kunnskapsbasert. Kvinnen og helsepersonell er likeverdige eksperter på sitt felt. Helsepersonell har et særlig ansvar for å legge til rette for at kvinnen kommer til orde med sin «dagsorden», og så langt som mulig forstår hva det som legges frem innebærer ut fra et faglig perspektiv. Informasjon om anbefalingene skal bidra til å gjøre det enklere for gravide kvinner og deres familier å ta ansvar for egen helse. Fokus i svangerskapsomsorgen flyttes fra kontroll til informasjon, råd og veiledning. Samtidig må man sikre at man fanger opp og tar vare på de gravide som har behov for spesiell oppfølging og omsorg, både i svangerskapet og med tanke på forestående fødsel.

Rapport – IS-1815: Utviklingsstrategi for jordmortjenesten – tjenestekvalitet og kapasitet

Helsedirektoratet har i denne rapporten fra 2010 foreslått tiltak for å styrke jordmortjenesten både med hensyn til kapasitet og kvalitet. Ifølge rapporten vil kapasitetsøkning bedre rekrutteringen, øke nødvendig kompetanse, styrke fagmiljøet og gi uttelling for brukerne av tjenestene.

Helsedirektoratet vil bort fra dagens ordning i kommunehelsetjenesten hvor majoriteten av jordmødrene jobber alene i små deltidsstillinger, og heller samle tjenestene i et geografisk område som jordmørsenter, sentralt plassert i helsestasjonen, helsesenter, helseforetak, fødestue, lokal- eller distriktsmedisinsk senter.

3. BESKRIVELSE PASIENTGRUPPER OG BEHOV FOR HELSETJENESTER

Fødeavdelingen ved Oslo Universitetssykehus skal tilby svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i samarbeid med 12 av Oslos 15 bydeler. Det vil si alle bydeler unntatt bydelene som sogner til AHUS.

Fødeavdelingen ved OUS består av 4 fødeenheter, en ved Rikshospitalet og tre ved Ullevål. Tre av enhetene lokalisert begge steder fungerer som kvinneklinikk og en jordmorstyrt fødestue i sykehus ved Ullevål.

Fødeavdelingen har i praksis landfunksjon for gravide med medfødt eller ervervet hjertelidelse, transplanterte og enkelte andre spesielle sykdomskategorier, regionsfunksjon for kompliserte graviditeter og fødsler i HSØ og lokalfunksjon for normale fødsler i 12 av 15 bydeler i Oslo. I 2012 planlegges det ca 9750 kvinner til fødselsomsorg ved sykehuset.

Volumet på fødselshjelpen i OUS er høyt året rundt. Ferier og høytider planlegges nøye for å tilby befolkningen et godt, differensiert og forutsigbart fødetilbud hele året. 2. tertial har i flere år vært det travleste tertial i året. Dette er en utfordring fordi det samtidig skal avvikles sommerferie for de ansatte.

Inntakskontor.

Felles inntakskontor for begge lokalisasjonene Rikshospitalet og Ullevål.

Svangerskapsomsorg / Fostermedisin.

Rutine ultralyd ved jordmor

Dette er et tilbud til alle gravide i Norge med en ultralydundersøkelse i svangerskaps- uke 18. I følge Bioteknologiloven er denne undersøkelsen et ledd i vanlig svangerskapsomsorg og reguleres derfor ikke av Bioteknologiloven. Disse undersøkelsene utføres på den fødeavdelingen hvor kvinnen skal føde. Antall slike undersøkelser ved Fostermedisinsk seksjon, OUS, vil dermed avhenge av antall fødsler. De fleste undersøkelsene som utføres ved jordmor vil falle inn under denne kategorien undersøkelser. Jordmødre med spesialutdannelse vil etter hvert også ta del i ultralydundersøkelser som faller inn under Bioteknologiloven

Svangerskapsomsorg, prenatal diagnostikk og fostermedisin.

Hovedaktivitetene er:

- Diagnostikk og oppfølging av svangerskap hvor det er påvist medfødte misdannelser
- Diagnostikk og oppfølging av svangerskap hvor det foreligger fostermedisinske sykdommer (rhesus immunisering, tvilling-tvilling-transfusjonssyndrom med mer)
- Diagnostikk og oppfølging av svangerskap med komplisert obstetrisk problemstilling (spesielt veksthemming og preeklampsi)

Lavrisiko

ABC -fødeavdelingen er en jordmorstyrt fødestue i sykehus som drives av engasjerte, høyt kompetente medarbeidere, som sammen gir et godt bidrag til en helhetlig og differensiert fødselsomsorg. Det skal være skriftlige seleksjonskrav for fødende til fødestuer og skriftlige retningslinjer for overflytting under og etter fødsel til høyere nivå for både mor og barn De gravide søker seg til tilbudet fordi de ønsker et tilbud med kontinuitet gjennom forløpet svangerskap, fødsel og barsel, stor grad av medbestemmelse og en privat sfære.

De som tilfredsstill kriteriene for å føde ved seksjonen får tilbud om oppfølging i svangerskapet, fødselshjelp og barselomsorg. Barselomsorgen varierer fra få timer til to døgn. Noen ligger inne,

andre får tilbud om poliklinisk oppfølging på sykehuset for Føllingsprøve, høretest og barnelegekontroll.

Kvinneklipp

De tre store fødeavdelingene i Ous fungerer alle på nivå av kvinneklipp og har tilgang på tjenester det er behov for på det nivå. Kvinneklippene skal kunne ivareta både de normalt fødende og de med stor risiko for komplikasjoner, dvs. gravide og risikofødsler der den fødende har kjente risikofaktorer. Kvinneklippene skal ha tilgang til kompetanse i nyfødmedisin og flere andre spesialiteter.

Volumendringer i behovet for fødselshjelp.

Det var ca 10250 fødsler i Oslo i 2009. AHUS har ansvar for bydelene Grorud, Stovner og Alna. Ous sin del utgjør i 2011 ca 8800 fødsler. Med region- og landsfunksjonspasientene som i dag er beregnet til ca 700 kvinner blir det totale ansvaret ca 9500 fødsler. SSB sin tabell under angir estimert fødselstall ved middels nasjonal vekst og ved høyeste forventete vekst i fødslene (vi antar det er uendret fordeling mellom OUS fødsler og oslo fødsler på AHUS, 63:37). I 2030 er forventete fødselstall mellom 12700 og 15300.

År	Middels vekst	Høy vekst
2015	11100	12600
2020	12000	14000
2025	12500	14800
2030	12700	15300

Tallene i tabellen er ikke korrigeret for AHUS sin andel.

Slik dagens situasjon er og slik vi ser det de nærmeste årene, vil det fortsatt være en delt fødevirksomhet mellom Rikshospitalet og Ullevål. Det vil gradvis skje en funksjonsfordeling innen avdelingen.

Nyfødmedisin

Omtrent 1/10 av de nyfødte blir overført til en nyfødtavdeling. Det betyr at vi ved nyfødtavdelingen vil behandle ca 1000 Oslo- nyfødte årlig. I tillegg kommer regionspasienter og landsfunksjonspasienter. Det fødes omtrent 4 per 1000 barn med gestasjonsalder < 29 uker. Det svarer til 40 Oslobarn årlig. For hele regionen vil det imidlertid bety hele 120 barn.

3.1. Regionsfunksjon

Fødselstallene i Oslo forventes å stige. Fødselstallene i de andre sykehusområdene i Sør Øst viser en svak nedgang. Økningen i regionspasientene vil i hovedsak komme fra egen region. Hvis man vil få strengere seleksjonskriterier og behandle alle barn med gestasjonsalder < 30 uker ved regions avdelinger (i stedet for dagens grense ved 28 uker), vil det kunne bety en potensielt sterk økning i antall pasienter til Oslo universitetssykehus fra regionen også.

3.2. Områdefunksjon.

Det vil i årene som kommer skje en vekst i behovene for fødselshjelp i vårt område. Denne tilveksten planlegges på Gaustad. Enheten på Gaustad vil da i større grad volummessig tilsvare de to store fødeenhetene Ullevål har i dag. For å få plass til det økte fødetallet på Gaustad trengs større areal og mer ressurser. Med en tilvekst på ca 250 fødsler i året vil det i løpet av 5 år bli behov for ytterligere utvidelse.

4. STATUS OG UTVIKLING I TILBUDET I HELSETJENESTER INNEN OMRÅDET

Svangerskapsomsorg

De fleste kvinner velger å veksle mellom å gå til svangerskapskontroll hos fastlegen og til jordmor på helsestasjonen, i tråd med at svangerskapsomsorgen i hovedsak er et kommunalt ansvar. Hvis det oppstår problemer i svangerskapet, henvises den gravide til kontroll i spesialisthelsetjenesten.

Fødselsomsorg.

Fødselsomsorg ligger til spesialisthelsetjenesten. Det ventes ikke større endringer i aktiviteten annet enn i volum.

Hjemmefødsler

Det er meget få hjemmefødsler i Oslo. OUS har et "hjemmefødselstilbud" som dog ikke er fysisk hjemme, men på lavrisikoenheten. For de som ønsker å føde hjemme har vi en åpen dør dersom det blir behov for å avbryte og dra til sykehuset. De er også velkomne i barseltiden for de vanlige undersøkelsene – som PKU, hørselstest og barnelegeundersøkelse.

Tilbud til fødende med særlige behov.

I forslag om Nye krav til fødeinstitusjoner- Rapport fra Helsedirektoratet april 2010 omtales tilbudet til grupper med spesielle behov. I Oslo er dette et spesielt viktig område, fordi vi har et stort antall fødende fra andre kulturer, kvinner med psykiske lidelser og fødende med misbruksproblemer. Innenfor disse gruppene av fødende ser vi mer perinatal sykkelighet, og ser det som spesielt viktig å utvikle tilbudet i samarbeid med helsestasjoner, fastleger og barnevern.

Barselomsorg.

I Norge er det som i andre land, vanlig å definere barseltiden som de første seks til åtte uker etter fødsel. De siste tiårene har man sett en reduksjon av varigheten av barseltiden i sykehus mot 1-3 dager for kvinner som har født ukomplisert. Det innebærer at kvinner i en del tilfeller reiser hjem før ammingen er kommet godt i gang. Tidlig utskrivning kan gi økt behov for oppfølging av mor og barn etter utskrivning fra sykehus. Statens helsetilsyn gjennomførte i 2010 tilsyn med barselomsorgen. Funnene tyder på at barseloppfølgingen i kommunene foreløpig ikke er godt nok tilpasset tidligere utskrivning fra fødeinstitusjonene. På landsbasis er det store variasjoner i innhold og kvalitet på omsorgen. Det finnes i dag ikke faglige retningslinjer for barselomsorgen. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide/ oppdatere nasjonale faglige retningslinjer for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg inkludert hjemmefødsler. Det skal legges særlig vekt på tiltak for å sikre helhet og kontinuitet for grupper med påvist risiko og spesielle behov. (Utdrag fra statsbudsjettet 2012). Fødselsinstitusjonene rapporterer at de i hovedtrekk er fornøyd med samarbeidet med kommunehelsetjenesten, mens bare 30 % av de intervjuede i kommunehelsetjenesten er fornøyd. De ønsker mer utfyllende helseopplysninger om barnet og barselkvinnen, flere telefoner fra jordmødre og tidligere fødselsmeldinger. (Utdrag fra helsetilsynsrapporten 2011).

Tidlig hjemreise henger først og fremst sammen med at synet på normal fødsel som en naturlig prosess er blitt fremtredende. Medisinsk kunnskap og erfaring tilsier at det ikke er nødvendig med et langt sykeleie etter en normal fødsel. Reduksjonen i liggetid har imidlertid også sammenheng med helsetjenestens prioriteringer, der sengekapasitet og ressurser styres mot pasienter med mer alvorlige lidelser.

Det vil fortsatt være behov for oppfølging av mor og barn etter utskrivelse fra sykehus.

Barseltiden må organiseres på en måte som gjør at kvinner med helseproblemer etter fødsel fanges opp og tilbys individuell oppfølging. Også en betydelig andel barn trenger spesiell oppfølging i nyfødtp perioden.

Mer til de utsatte

Helsetilsynsrapporten viser at sårbare grupper ofte ikke får mer oppfølging på fødselsinstitusjonen slik planen er, og det er ingen sikring rundt informasjon til helsestasjonene om mor/barn med behov for tidlig oppfølging, eller de med spesielle behov.

Informasjonsflyt

I forskrift om pasientjournal §§ 5, 8 og 9 står det at helseinstitusjonen skal sende sammendrag av journalopplysninger til helsepersonell som trenger det for forsvarlig oppfølging.

Statens helsetilsyn rapporterer mangelfulle opplysninger om barselkvinnens behov i pasientjournalen, og likeledes barnejournalen, også hos de særlig sårbare og de med spesielle behov. Behov for tolk fremkommer ikke i noen av pasientjournalene.

Sikre kontinuitet

Det er et gap fra mor og barn blir skrevet ut av fødselsinstitusjonen, til de får kontakt med helsestasjonen. Det truer pasienttryggheten. Det er vanlig at familien blir bedt om selv å ta kontakt med helsestasjonen ved utskrivning. Fødselsmeldingen ankommer ofte helsestasjonen sent fordi det ikke er elektronisk overføring av fødselsjournal.

Sykehuset har iverksatt tiltak for å sikre at disse behovene blir ivaretatt ved å opprette en barselpoliklinikk. Dette tilbudet er begrenset og bør utvides dersom flere drar hjem tidligere enn i dag. Avansert hjemmesykehus brukes også for å lette overgangen fra sykehus til hjem for de barna som har spesielle behov.

4.1. Regionoppgaver

Prenatal diagnostikk og fostermedisin.

Hovedaktivitetene er:

- Diagnostikk og oppfølging av svangerskap hvor det er påvist medfødte misdannelser
- Diagnostikk og oppfølging av svangerskap hvor det foreligger fostermedisinske sykdommer (rhesus immunisering, tvilling-tvilling-transfusjonssyndrom med mer)
- Diagnostikk og oppfølging av svangerskap med komplisert obstetrisk problemstilling (spesielt veksthemming og preeklampsi)

Svangerskapsoppfølging av kvinner med visse sykdommer.

- Gravide med medfødt eller ervervet hjertelidelse
- Gravide som er transplanterte

Fødselshjelp

Fødselshjelp for kvinner nevnt over.

Barselomsorg

Barselomsorg for kvinner med komplikasjoner og med behov utover det vanlige.

4.2. Områdeoppgaver

Rutineultral lyd

Rutine ultralyd ved jordmor vil følge fødeavdelingens aktivitet og lokalisering. Fostermedisin og fosterdiagnostikk er regionsfunksjoner og vil få en tydeligere forankring ved Gaustad. Fostermedisin er avhengig av den tverrfaglige aktiviteten som er ved et stort regionsykehus med aktuelle barnemedisinske og barnekirurgiske spesialiteter. Fosterdiagnostikk kan i følge Bioteknologiloven bare foregå ved et godkjent senter. Per i dag er det bare ett slikt senter i Helse Sør-Øst, ved Oslo universitetssykehus. Aktiviteten i Kirkeveien må ha ambulerende service fra Gaustad for å dekke opp behovet i forhold til komplisert obstetikk og i forhold til jordmorultral lyd aktiviteten. Fordelene med prenatalt diagnostiserte tilstander er at fødselen i større grad kan planlegges i tid og sted. Prognosene tilsier en økende aktivitet ved seksjonen.

Svangerskapsoppfølging av henviste gravide

Det er et mål å prioritere de pasientgruppene som trenger det mest. Dette innebærer å prioritere tiltak for å sikre kontinuitet i tilbudet til gravide med påvist risiko (medisinske tilstander) og spesielle behov, for eksempel tenåringsgravide, kvinner med rusproblemer, gravide i legemiddelassistert behandling, gravide med funksjonshemminger og tidligere svangerskapskomplikasjoner, kroniske sykdommer, fødselsangst, psykiske lidelser, asylsøkere, flyktninger, røykende gravide og overvektige kvinner .

Fødselshjelp

Vanlig fødselshjelp

Barselomsorg

Vanlig barselomsorg

4.3. Kvalitetskrav knyttet til omsorgen

Det er utarbeidet nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Retningslinjene skal legges til grunn for arbeidet med svangerskapsomsorgen i Helse Sør-Øst.

Stortingsmelding nr. 43 (1999-2000) *Om akuttmedisinsk beredskap* konkluderer med at fødetilbudet i Norge skal være desentralisert og differensiert med god faglig standard. Dette stadfestes i Stortingsmelding nr.12 (2008-2009).

Nåværende volumbaserte krav til fødeinstitusjoner skal erstattes med Kvalitetskrav

Det foreligger i dag ikke faglige nasjonale retningslinjer for barselomsorgen i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å utarbeide retningslinjer på området, i sammenheng med utvikling og oppdatering av faglige nasjonale retningslinjer på hele feltet svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

Kvalitetskravene i rapporten *Et trygt fødetilbud – forslag til kvalitetskrav til fødeinstitusjoner* har definerte kvalitetskrav

1. Krav til organisering, oppgave- og funksjonsfordeling
2. Krav til kompetanse
3. System for oppfølging av kravene
4. Kvalitetsindikatorer
5. Krav til informasjon og kommunikasjon

Status i arbeidet med kvalitetskrav i Fødeavdelingen

Vi tilfredsstillter langt på vei kravene til organisering, oppgave og funksjonsfordeling. Det arbeides også med kvalitetsindikatorer, men mangler gode verktøy for oppfølging av flere av indikatorene.

Når det gjelder kravene under er lite gjort.

- Bemanning og kompetanse
- System for oppfølging av kravene
- Krav til informasjon og kommunikasjon

Ved vårt sykehus følger vi frekvensen av kvalitetsindikatorerne; perinealerupturer, keisersnitt, store blødninger hos mor og Apgar score hos barn.

4.4. Kommunikasjon og rapportering mellom primær og sekundærtjenesten og til myndighetene

Helsenett

Det er i dag en utfordring å få til god og enkel kommunikasjon mellom barselavdelingene og helsestasjoner/fastleger. Det ser ut til at helsenettet kan bli tilgjengelig i løpet av 2012 både på helsestasjonene og sykehuset.

Elektronisk fødejournal

Det er et offentlig krav om at vi skal kunne melde elektronisk til Medisinsk fødselsregister i Bergen, etter hvert vil dette kravet også omfatte "Melding om fødsel" som går Skatteetaten. Dette kravet oppfyller vi bare delvis ved at det kun er fødeenheten på Gaustad som har en elektronisk fødejournal som er tilrettelagt for elektronisk meldingsutveksling. Det er også rapporteringskrav i forhold til Bioteknologiloven.

Vi arbeider for å få det til på OUS og håper at løsningen HSØ har valgt er i bruk i løpet av 2012.

Oppsummert aktuelle hovedgrep i utvikling tjenestetilbudet

- De fleste kvinner velger å veksle mellom å gå til svangerskapskontroll hos fastlegen og til jordmor på helsestasjonen. Hvis det oppstår problemer i svangerskapet, henvises den gravide til kontroll i spesialisthelsetjenesten.
- Fødselsomsorg ligger til spesialisthelsetjenesten
- I Norge er det som i andre land, vanlig å definere barseltiden som de første seks til åtte uker etter fødsel. De siste tiårene har man sett en reduksjon av varigheten av barseltiden i sykehus mot 1-3 dager for kvinner som har født ukomplisert. Dette henger først og fremst sammen med at synet på normal fødsel som en naturlig prosess er blitt fremtredende.
- Arbeidet med kvalitetskravene til omsorgen er i sin spede begynnelse.
- Elektronisk kommunikasjon og rapportering er planlagt 2012.

5. PRINSIPPER FOR FUNKSJONSDDELING MELLOM INSTITUSJONER OG MELLOM NIVÅER INNEN SYKEHUSOMRÅDET

Svangerskaps,- fødsels og barselomsorgen i Oslo er organisert som et samarbeid mellom primærhelsetjenesten og sekundærhelsetjenesten. Sykehuset samarbeider med Fødeavdelingen på AHUS og Sykehuset Asker og Bærum. Det foregår ved at volumet fordeles mellom institusjonene. Ved behov for henvisning mot mer avansert nivå så tar vi imot. Ved behov for avlastning ved uventet stort tilstrømning, kriseberedskap eller infeksjonsutbrudd henviser vi pasienter til annen institusjon.

Innad i Fødeavdelingen forventer vi en sterkere funksjonsfordeling og en samling av aktivitet som er sårbar på et sted.

En slik aktivitet er Fostermedisin. I dag forgår det på to steder, men ressursene både personell og utstyr kan utnyttes bedre ved samling.

En samling av Fostermedisin ønsker vi skal skje på Gaustad på grunn av avhengigheter mot aktivitet der; som fks. Pediatri og hjerte.

Volum

I fremtiden venter vi en volumutvikling i fødepopulasjonen som sykehuset må forberede seg på.

- 2011 føder 9500 kvinner ved sykehuset.
- 2015 forventer vi ca 10500 kvinner i fødsel
- 2020 forventer vi ca 11500

Liggetid barsel

I Norge er det som i andre land, vanlig å definere barseltiden som de første seks til åtte uker etter fødsel. De siste tiårene har man sett en reduksjon av varigheten av barseltiden i sykehus mot 1-3 dager for kvinner som har født ukomplisert.

Det vil fortsatt være behov for oppfølging av mor og barn etter utskrivelse fra sykehus. Sykehusene har iverksatt tiltak for å møte dette behovet f.eks ved å opprette ammepoliklinikker. Andre tiltak kan være tilbud om poliklinisk kontakt for blodprøve til nyfødtscreening og eventuell kontroll av gulsott hos barnet, telefon- eller SMS tjeneste fra fødeavdelingen for å gi råd til den nybakte familien osv.

Ivaretagelsen av mor og barn etter de første timene etter fødsel er i mange land ivaretatt av primærhelsetjenesten.

Lokal perinataalkomite.

Perinataalkomiteene ble opprettet på initiativ fra Helsedirektoratet i 1984 som et av flere tiltak for å redusere perinatal dødelighet i Norge. Hovedoppgavene til komiteene var å foreta audit av alle perinatale dødsfall og holde fylkesvise kurs for helsepersonell. Komiteene ble tverrfaglig sammensatt med gynekolog, jordmor, allmennlege, barnelege, patolog og neonatalsykepleier. I 2003 ble de regionale helseforetakene anmodet om at perinataalkomiteene videreføres regionalt.

Fødeavdelingen er i ferd med å "blåse liv" i den lokale perinataalkomiteen. Den skal kunne bidra til at Fødeavdelingen følger nasjonale kvalitetskrav og nasjonale faglige retningslinjer. De vil også kunne styrke det lokale kvalitetsarbeidet med de samarbeidende kommunene.

Oppsummert

- Samling av Fostermedisin på Gaustad
- Større grad av funksjonsfordeling mellom Kirkeveien og Gaustad
- Volumutvikling på Gaustad
- Utvikle samarbeid med Oslo kommune ang. svangerskapsomsorg for kvinner med spesielle behov og omkring generell barselomsorg.

Kort oppsummert hvordan fagutvikling, forskning og utdanning samspiller med pasientrettet virksomhet

Fagutvikling

Fagutvikling skjer i samspill med pasientrettet virksomhet for å forbedre tilbud og resultat av behandlingen.

God kommunikasjon mellom sykehus og primærhelsetjeneste er essensielt for å ivareta god oppfølging av den enkelte pasient. Videreføring og utvikling av fagmøter mellom helsesøstre/kommunejordmødre, fastleger og aktuelle fagpersoner i spesialisthelsetjenesten bør videreutvikles. Det bør legges til rette for hospitering/jobbrotasjon mellom aktuelle fagpersoner i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten.

Helsedirektoratets to rapporter, utgitt 2010, "Utviklingsstrategi for jordmørtjenesten" og "Et trygt fødetilbud. Forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner", ligger også til grunn for arbeidet med kompetanseutvikling. Begge påpeker at virkningsfulle og trygge fødetjenester avhenger av jordmødre og legers kompetanse. Ansvar er omfattende, og svikt kan føre til alvorlige hendelser med store konsekvenser både for kvinnen, barnet/fosteret, familien og samfunnet.

Elektronisk kommunikasjon via Norsk Helsenett må forbedres.

Web-basert informasjon må videreutvikles.

Regelmessig informasjonsblader (eks. "Praksisnytt") til fastleger, avtalespesialister, helsestasjoner og sykehjem om nye sykehustilbud, samarbeidsrutiner, samhandling, fagstoff og kurstilbud.

Praksiskonsulentordning

Forskning

Fødselshjelp er som annen helsehjelp i stor grad basert på antagelser og erfaringer. Det forutsettes forskning for å kunne lage gode pasientforløp som er kunnskapsbaserte.

Vi legger til rette for forskning innenfor området og stimulerer leger og jordmødre til å skaffe seg forskningskompetanse ved å delta i mastergrad og doktorgradsprosjekter. Her ser vi en fin utvikling.

Kvinnehelse forskningscenteret og Forskningscenter for fødselshjelp som begge ligger i klinikken er viktige brikker i denne sammenheng.

Eksempel: opp til 2004 anså vi perineale rupturer som noe uunngåelig. Forskning viser at det slett ikke er slik. Resultatet av forskningen har gjort at frekvensen av perineale rupturer her på sykehuset har sunket radikalt i perioden 2004-2011 noe som har stor betydning for kvinnehelse.

Et annet aspekt ved forskning er at det skaper gode og interessante arbeidsmiljø som tiltrekker seg arbeidstakere og gir oss gode medarbeidere.

Utdanning

Studentundervisning

Fødeavdelingen ved OUS er stor undervisningsarena der legestudenter, jordmorstudenter, sykepleiestudenter og barnepleierstudenter har sin praktiske opplæring innen fagområdet.

Spesialistutdanning av leger

OUS skal tilby god utdanning, dvs utdanning som følger "Målbeskrivelsen for faget fødselshjelp og kvinnesykdommer". Avdelingene for gynekologi, fødsel og gynekologisk kreft vil i overskuelig fremtid være på 3 lokalisasjoner; Kirkeveien, Gaustad og Montebello. Derfor må leger i utdanning (LIS) rotere mellom lokalisasjonene.

Spesialistutdanningen skal kunne gjennomføres på minimumstid dvs: 4 ½ år. Det betyr at vi tar utgangspunkt i en rotasjon der man i løpet av 4 ½ år er innom de nødvendige seksjonene for å få gjennomført prosedyre- og ferdighetskrav.

Det vil være noen leger i utdanning som ønsker og trenger lengre tid på enkelte seksjonene. Vi ønsker da å tilstrebe et elastisk system der vi skal tilrettelegge for den enkeltes ønsker og behov. Vi har per i dag 31 utdanningsstillinger innen kvinnesykdommer, hvorav 6 er D stillinger og 25 er rotasjonsstillinger.

Hva vil utfordringene i forhold til dette være framover

Studentundervisningen har et stort volum og en utfordring ligger i å få de gravide til å akseptere at studentene deltar i det som skjer i prosessen som det er å føde et barn.

Studentundervisningen er viktig for å rekruttere jordmødre og leger til fremtiden. Stor vaktbelastning på ubekvem tid er en felles utfordring for begge grupper.

Ved store sykehus som OUS vil de ferdigutdannede gynekologene måtte velge hvilken del av gynekologien de i hovedsak vil arbeid med. Fremover blir det er en betydelig utfordring å sikre at tilstrekkelig mange unge gynekologer velger fødselshjelp som sitt hovedområde. Det er nødvendig for på forsvarlig måte å ivareta den medisinske kvaliteten på svangerskaps- og fødselsomsorgen.

Oppsummert aktuelle grep på disse områdene framover for å opprettholde og styrke disse feltene som støtte mot pasientrettet virksomhet

Fagutvikling

Fagutvikling skjer i samspill med pasientrettet virksomhet for å forbedre tilbud og resultat av behandlingen

Forskning

Fødselshjelp er som annen helsehjelp i stor grad basert på antagelser og erfaringer. Det forutsettes forskning for å kunne lage gode pasientforløp som er kunnskapsbaserte.

Vi legger til rette for forskning innenfor området og stimulerer leger og jordmødre til å skaffe seg forskningskompetanse ved å delta i mastergrad og doktorgradsprosjekter

Utdanning

Studentundervisningen er viktig for å rekruttere jordmødre og leger til fremtiden. Stor vaktbelastning på ubekvem tid er en felles utfordring for begge grupper.

Ved store sykehus som OUS vil de ferdigutdannede gynekologene måtte velge hvilken del av gynekologien de i hovedsak vil arbeid med. Fremover blir det er en betydelig utfordring å sikre at tilstrekkelig mange unge gynekologer velger fødselshjelp som sitt hovedområde. Det er nødvendig for på forsvarlig måte å ivareta den medisinske kvaliteten på svangerskaps- og fødselsomsorgen.

7. HOVEDPUNKTER I EN OMRÅDEPLAN OPPSUMMERT

Oppsummert aktuelle hovedgrep i utvikling tjenestetilbudet

- De fleste kvinner velger å veksle mellom å gå til svangerskapskontroll hos fastlegen og til jordmor på helsestasjonen. Hvis det oppstår problemer i svangerskapet, henvises den gravide til kontroll i spesialisthelsetjenesten.
- Fødselsomsorg ligger til spesialisthelsetjenesten
- I Norge er det som i andre land, vanlig å definere barseltiden som de første seks til åtte uker etter fødsel. De siste tiårene har man sett en reduksjon av varigheten av barseltiden i sykehus mot 1-3 dager for kvinner som har født ukomplisert. Dette henger først og fremst sammen med at synet på normal fødsel som en naturlig prosess er blitt fremtredende.
- Arbeidet med kvalitetskravene til omsorgen er i sin spede begynnelse.

Oppsummert de mest sentrale endringene tiltak fremover i forhold til å tilpasse funksjonsfordelingen til prinsippene

- Samling av Fostermedisin på Gaustad
- Større grad av funksjonsfordeling mellom Kirkeveien og Gaustad
- Volumutvikling på Gaustad
- Utvikle samarbeid med Oslo kommune ang. barselomsorg
- Elektronisk kommunikasjon og rapportering

Oppsummert aktuelle grep på disse områdene framover for å opprettholde og styrke disse feltene som støtte mot pasientrettet virksomhet

- Fagutvikling skjer i samspill med pasientrettet virksomhet for å forbedre tilbud og resultat av behandlingen
- Fødselshjelp er som annen helsehjelp i stor grad basert på antagelser og erfaringer. Det forutsettes forskning for å kunne lage gode pasientforløp som er kunnskapsbaserte. Vi legger til rette for forskning innenfor området og stimulerer leger og jordmødre til å skaffe seg forskningskompetanse ved å delta i mastergrad og doktorgradsprosjekter
- Studentundervisningen er viktig for å rekruttere jordmødre og leger til fremtiden. Stor vaktbelastning på ubekvem tid er en felles utfordring for begge grupper.
- Ved store sykehus som OUS vil de ferdigutdannede gynekologene måtte velge hvilken del av gynekologien de i hovedsak vil arbeide med. Fremover blir det en betydelig utfordring å sikre at tilstrekkelig mange unge gynekologer velger fødselshjelp som sitt hovedområde. Det er nødvendig for på forsvarlig måte å ivareta den medisinske kvaliteten på svangerskaps- og fødselsomsorgen.

Presisering av prosesser med å følge opp dette framover

Samarbeid med Oslo kommune

Innføring av elektronisk fødejournal

Samarbeid med høyskole og universitet for å lage en god læringsarena

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS
AVDELING FOR NEVROHABILITERING
24. NOVEMBER 2011

OMRÅDEPLAN FOR VOKSENHABILITERING I OSLO SYKEHUSOMRÅDE

OMRÅDEPLAN

INNHALDSFORTEGNELSE

1. Bakgrunn for og formålet med områdeplan	3
2. faglige og politiske føringer	4
3. Beskrivelse pasientgrupper og behov for helsetjenester	6
4. Status og utvikling i tilbudet av helsetjenester innen området mot de aktuelle pasientgruppene	14
5. Prinsipper for funksjonsdeling mellom institusjoner og mellom nivåer innen sykehusområdet	17
6. Fagutvikling, forskning og utdanning innen området ...	20
7. Hovedpunkter i en områdeplan	21

1. BAKGRUNN FOR OG FORMÅLET MED OMRÅDEPLAN

Det regionale helseforetak har i RHF sak 108/08 vedtatt å etablere "sykehusområder" i HSØ. Det er blant annet angitt:

- Helseforetakene som utgjør et sykehusområde er pålagt å tilby spesialiserte tjenester for sitt område, herunder habilitering i spesialisthelsetjenesten. Normalt skal sykehusområdet dekke 80-90 % av befolkningens behov for tjenester.
- Spesialisthelsetjenesten innenfor et sykehusområde skal organiseres etter pasientenes behov. Sykehusene, i samarbeid med kommunene og fastlegene, skal organisere tilbudet for å sikre rett behandling på rett sted (laveste effektive omsorgsnivå - LEON).

Direktør Tove Strand oversendte på vegne av Stab medisin, helsefag, pasientsikkerhet og kvalitet til Klinikk for kirurgi og nevrofag oppdraget om utvikling av områdeplan for voksenhabilitering til Avdeling for nevrohabilitering i e-post datert 050411. Områdeplanen skal legges frem til beslutning i OUS sin ledergruppe, eventuelt styre, og hovedpunktene i planen bør være følgende:

1. Beskrive behovet for sykehustjenester i sykehusområdet framover og vise hvordan de skal dekkes innen det aktuelle område
2. Beskrive hvilket samspill og arbeidsdeling dette forutsetter mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste (involvere avtalespesialister)
3. Definere hva som er områdeoppgaver og prosessene rundt disse i sykehusområdet (herunder også samspillet mot region- og landsfunksjoner)
4. Skissere hvordan tjenestene innen dette området bør utvikles i åra framover innen vårt sykehusområde

Planen forutsettes å være en felles områdeplan for spesialisthelsetjenesten i sykehusområdet når det gjelder voksenhabilitering. Andre avdelinger eller sykehus er ikke trukket inn i arbeidet ettersom Avdeling for nevrohabilitering er den eneste avdelingen med spesielt ansvar for voksenhabilitering på spesialisthelsetjenestenivå innenfor sykehusområdet. Ettersom en grunnleggende føring er at spesialisthelsetjenesten skal organiseres etter pasientens behov, bør man i en Områdeplan fra begynnelsen av inkludere "pasientmedvirkning", samt inkludere samhandling med kommunen. Det er vanskelig å finne klart representative foreninger for et så stort og sammensatt felt som habilitering i spesialisthelsetjenesten. Avdeling for nevrohabilitering tok kontakt med SAFO og FFO som representerer flere ulike foreninger. SAFO oppnevnte Grete Müller som også representerer NFU. FFO ba oss ta kontakt med særforbundene. CP-foreningen oppnevnte Randi Væhle og Norsk Epilepsiforbund ble representert ved Eva H. Johnsen. Autismeforeningen har vært høringsinstans, de har bemerket i høringsuttalelse at de burde vært invitert direkte. Deres kommentarer er vedlagt planen.

Kommunenes bydeler ved vedtaksansvarlige for tjenester til personer med utviklingshemming er storforbrukere av avdelingens tjenester og representanter fra kommunen har vært invitert til å medvirke i prosessen rundt arbeidet med områdeplanen. Oslo kommune oppnevnte en representant fra Helse- og velferdsetaten som dessverre ikke hadde anledning til å delta på møtene, men som underveis har videreformidlet kommunens kommentarer utkastene til områdeplan. Kommentarer fra kommunen i forbindelse med høring, er vedlagt planen, herunder også et omfattende notat om ernæring.

For å ivareta fastlegenes perspektiv på voksenhabilitering i spesialisthelsetjenesten ble fastlege Alf Kimsås benyttet som høringsinstans. Han har tidligere vært tilknyttet OUS som praksiskonsulent og har over flere år arbeidet med problemstillinger relatert til voksenhabilitering.

Områdeplanen skal gi en beskrivelse av nåværende tjenester og forventet tjenesteutvikling innenfor sykehusområdet. Planen vil være gjenstand for årlige revisjoner og inngå som en del av informasjonsgrunnlaget i sykehusets langsiktige strategiarbeid innenfor fagområdet voksenhabilitering i sykehusområdet.

Hovedmålgruppen for habilitering omfatter pasienter med medfødte eller tidlig ervervede funksjonshemninger med kognitiv svikt.

Denne områdeplanen omfatter bare *habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten*. Altså ikke barn, barnehabiliteringen leverer egen områdeplan.

2. FAGLIGE OG POLITISKE FØRINGER

Habilitering er en politisk prioritert oppgave og et regionalt satsningsområde.

Habilitering i spesialisthelsetjenesten har i en årrekke offisielt vært en prioritert virksomhet. Nedenstående er hentet kun fra de aller seneste års førende dokumenter og vedtak for Oslo universitetssykehus. Listen er med hensikt kortfattet og summarisk.

Stortingsvedtak

Stortingsproposisjon Nr 1, 2007- 8, kap 9 "Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008- 2011" Helse og omsorgsdepartementet slår fast at feltet må styrkes.

Styrevedtak i Regionalt helseforetak

Det regionale helseforetaket, Helse Sør- Øst har i flere enstemmige vedtak forpliktet seg til å følge opp målsetning å styrke habilitering. Det er slått fast at RHF/ HF skal bidra til at dette feltet får den posisjon som Stortingets overordnede helse- og velferdspolitiske mål tilsier.

Det regionale helseforetaket, RHF har forpliktet seg til å følge dette opp bla. i følgende protokollerte vedtak:

2008: HSØ styreprotokoll, sak 108- 2008: punkt 5 a: "Habilitering og rehabilitering er et av regionens prioriterte satsningsområder og det skal sikres tilstrekkelige, likeverdig og god tjeneste i Helse Sør- Øst".

2009; vedtak 82- 2009: "Habiliteringstilbudet skal styrkes, jfr tidligere vedtak."

2010: sak 045- 2010: "Fagområdet habilitering er et prioritert satsningsområde for Helse Sør-Øst i tråd med Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering" .

OUS styrevedtak og meldinger

OUS styrevedtak og årlige meldinger har forpliktet sykehuset til å følge RHF vedtakene. Årsmelding 2009 slår eksempelvis fast at habilitering skal styrkes og skriver at det er viktig at det settes inn tilstrekkelige ressurser på feltet.

Andre dokumenter og vedtak

For øvrig foreligger en rekke andre dokumenter og styrevedtak som gir føringer for en områdeplan for habilitering i spesialisthelsetjenesten sitt innhold. I arbeidet med områdeplanen er blant annet følgende styrende dokumenter lagt til grunn:

- Stortingsmelding "Ansvar og meistring" (St.meld. nr. 21, 1998-1999)
- Forskrift om habilitering og rehabilitering - 2001
- St.prp. nr. 1 (2007-2008) kapittel 9 Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011
- Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009, Det kongelige helse og omsorgsdepartement)
- **Prioriteringsveileder - Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten. IS- 1821,** Helsedirektoratet, 2010. Denne er ment å skulle definere ca 80% av behovet for tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Dette er det i øyeblikket viktigste dokument blant faglige og politiske føringer.
- Strategisk utviklingsplan 2009 – 2020 Helse Sør-Øst
- Nasjonal helse og omsorgsplan (2011- 2015), Stortingsmelding 16, Det kgl. Helse og omsorgsdepartement.
- Lov om pasient- og brukermedvirkning
- Ny Helse og omsorgstjenestelov (Lov om sosiale tjenester tas inn i denne)
- Forskrift om individuell plan
- Kvalitetsforskriften

Forskriften til ny folkehelselov og ny lov for kommunale helse- og omsorgstjenester er under utarbeidelse og vil trolig få stor betydning for vårt arbeide. Disse signaliserer en sterkere

rolle for kommunene i den samlede helse- og omsorgstjenesten, inkludert voksenhabilitering innenfor primærhelsetjenesten (primærhabilitering).

I tillegg til det som fremkommer av "Prioriteringsveilederen" har avdelingen også omfattende lovpålagte oppgaver som ikke er knyttet til Spesialisthelsetjenesteloven eller Pasientrettighetsloven m.m., men til Lov om sosiale tjenester kap. 4 A (fremtidig Lov om helse og omsorgstjenester, kap 9).

3. BESKRIVELSE PASIENTGRUPPER OG BEHOV FOR HELSETJENESTER

Avdeling for nevrohabilitering har områdefunksjon for habilitering i spesialisthelsetjenesten for voksne i Oslo universitetssykehus- HF sykehusområde. Målgrupper er pasienter over 18 år med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse av komplisert og sammensatt karakter som har behov for habilitering i spesialisthelsetjenesten. Pasientene har ofte flere diagnoser eller funksjonsnedsettelse. For ordens skyld skal det nevnes at disse personene vanligvis har individuelt tilpassede kommunale tjenestetilbud med hensyn til bolig, fritid og sysselsetting. Det er forhold som det ikke kan forventes at kommunen kan ha kompetanse på som henvises til habilitering i spesialisthelsetjenesten. I nedenstående ramme er Helsedirektoratets prioriterte tilstandsgrupper for habilitering i spesialisthelsetjenesten angitt, jfr Prioriteringsveileder for habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten, Helsedirektoratet 2010.

1. Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse (autismespekterforstyrrelse)
2. Omfattede språk/kommunikasjonsvansker i målgruppen
3. Demens i målgruppen
4. Psykisk utviklingshemning og/ eller kognitiv svikt
5. Følgetilstander av skader/sykdommer i nervesystemet og muskelsykdommer i målgruppen
6. Atferdsvansker i målgruppen
7. Vansker knyttet til seksualitet i målgruppen
8. Psykisk lidelse i målgruppen med særlig oppmerksomhet på de som har moderat og dyp utviklingshemning

Siden avslutningen av HVPU og frem til i dag har det vært en beskjeden endring i hvilke pasientgrupper som faktisk er inkludert som kjernemålgruppene for voksenhabilitering. Dette inntrykket underbygges av å sammenligne dagens Prioriteringsveileder med offisielle rundskriv for habilitering i spesialisthelsetjenesten som kom etter at HVPU reformen/ Ansvarsreformen var vedtatt¹. Det antas fra vår side at det også i overskuelig fremtid grovt

¹ –personer med større behandlingsbehov av sammensatte karakter,

sett vil være de samme gruppene som utgjør de viktigste målgruppene for habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten.

Personene som henvises til avdelingen har i all hovedsak en eller annen form for utviklingshemming med kognitiv svikt og tilleggslidelser som for eksempel epilepsi, demensiell utvikling, adferdsproblemer m.v. Hvor mange som vil være i behov av et tilbud fra *spesialisthelsetjenesten*, vil avhenge av flere forhold, blant annet bistand fra familien, kvaliteten av det kommunale tilbud, demografiske forhold m.m. Det kan også være at problematikk kan overses av ufaglærte tjenesteytere i kommunen og derfor ikke blir henvist. Motsatt vil høy kompetanse blant tjenesteyterne kunne føre til identifikasjon av behov for helsehjelp som gir ytterligere behov for spesialisthelsetjeneste.

Etter avgivelsen av bydelene 10, 11, 12 i 2011 har avdelingen nå 12 bydeler og et populasjonsområde svarende til noe over 400000 personer over 18 år.

Det er sparsomt med vitenskapelige undersøkelser over hvor stort antallet mennesker med behov for habilitering i spesialisthelsetjenesten er i en befolkning. Hvis vi legger tall basert på befolkningsundersøkelser av forekomst av psykisk utviklingshemming (eksklusive høytfungerende autisme) i områder som er sammenlignbare med Oslo, kan det dreie seg om ca 1,2 % av befolkningen (Stockholm med forsteder). I så fall er det ca 4800 personer med psykisk utviklingshemming i vårt opptaksområde. Med støtte i internasjonal psykologisk forskning kan man anta at 2,5 - 3% av befolkningen har utviklingsforstyrrelse som gjør at de oppfyller kriterier for psykisk utviklingshemming. Av en befolkning over 18 år på ca 400000 vil det altså kunne være inntil 12000 personer som vil kunne være i behov av tjenester fra habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten på ett eller annet tidspunkt i livet.

Antall personer som får en diagnose innen autismespekterforstyrrelsene er økt betydelig de senere år, muligens er reell forekomst 1% av befolkningen. Noe under halvparten av disse er psykisk utviklingshemmet (og vil være inkludert i tallet over), mens minst halvparten av autismegruppen vil komme i tillegg, muligens kan så mange som ca 2000 personer i vårt opptaksområde høre til gruppen med høytfungerende autisme og Aspergers syndrom.

Grovt skjønnsmessig kan det anslås å være et sted mellom ca. 5000 og 12000 voksne personer i Oslo universitetssykehus opptaksområde som vil kunne ha behov for tjenester fra spesialisert habilitering i større eller mindre grad på ett eller annet tidspunkt.

–sterkt funksjonshemmede personer hvor særskilt opplæring er nødvendig for å kunne gi den daglige omsorg,

–personer med vanskelig kontrollerbar adferd,

–psykisk utviklingshemmede med psykoser

–personer med store kommunikasjonsvansker herunder autister

–personer med store/eller komplekse medisinske lidelser,

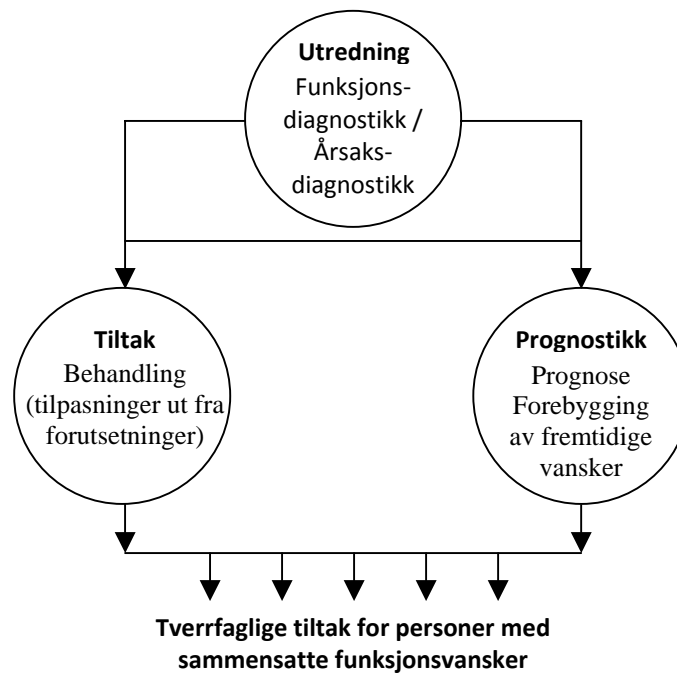
–inklusive de med hyppige epileptiske anfall,

–

–(fra Rundskriv 1989 om Habilitering, I-61/89)

Målgruppens behov for helsetjenester

Når det gjelder beskrivelse av hvilke kjernetjenester spesialistdelen av voksenhabilitering skal tilby vises det til "Prioriteringsveileder – Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten". Det er slik vi ser det naturlig at OUS tar utgangspunkt i Prioriteringsveilederen og lovpålagte oppgaver når målgruppens behov for tjenester fra habilitering i spesialisthelsetjenesten skal beskrives. Et fellestrekk ved helsetjenestene som ytes er at de i stor grad baseres på tverrfaglig funksjons- og årsaksdiagnostikk, tilpasning av behandling med utgangspunkt i pasientens forutsetninger og miljømessige forhold, samt utforming av forebyggende tiltak ut fra kunnskap om tilstandenes forventede utviklingsforløp (se figur 1).



Figur 1.

Typiske behov som fører til henvisning er

- Årsaksutredning, syndromdiagnostikk ved psykisk utviklingshemning og autisme
- Kartlegging av forhold ved pasientenes omgivelser og miljø som har konsekvenser for mestring, livskvalitet og helseutvikling samt sekundærvansker
- Evneutredning og funksjonsvurdering av psykisk utviklingshemmede, personer med svak språkforståelse, flerkulturelle innvandrere uten grunnleggende norskkunnskaper m.m.
- Behandling av kompleks epilepsi, medfødte muskellidelser, progredierende hjernelidelser, CP m.m.
- Sammensatte funksjonsvansker og psykisk utviklingshemning
- Diagnostikk av psykisk lidelse hos personer med kommunikasjonsvansker

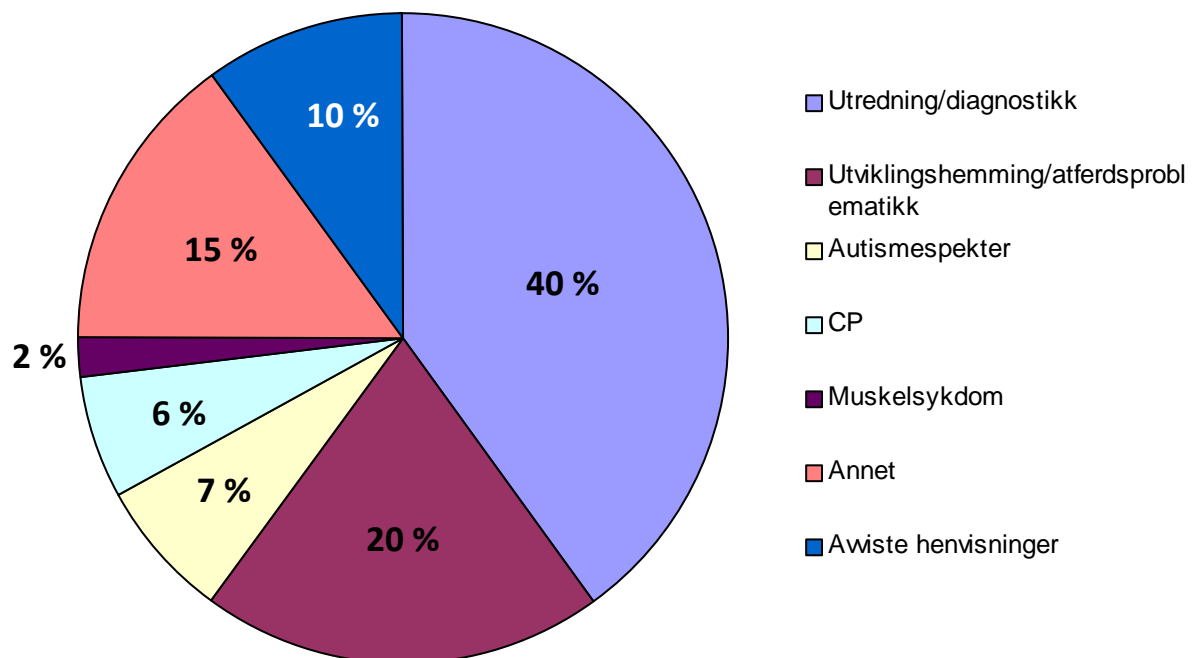
- Applisering av medisinske, psykologiske og miljøterapeutiske metoder overfor en brukergruppe hvor standard tilnærming ikke kan anvendes. Tilpasning av metoder forutsetter spesialistkompetanse som er spesifikk for habilitering.
- Adferdsproblemer og selvskading

Figur 2 nedenfor gir en grov oversikt over henvist problematikk siste år (eksklusive pasienter primært henvist for epilepsi).

I tillegg til Prioriteringsveilederens målgrupper og ovennevnte kulepunkter vil ofte andre sjeldne tilstander naturlig falle inn under voksenhabiliteringens virksomhetsområde. Dette gjelder mange sjeldne genetiske syndromer og progredierende hjerneorganiske tilstander assosiert til kognitiv svikt. Det gjelder imidlertid ikke de hyppig forekommende og mer medisinsk pregede tidlig ervervede kroniske lidelser som ungdomsdiabetes, medfødte hjertelidelser, rheumatisme, lungelidelser osv. Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten har ikke noe eget tilbud til disse gruppene, de har

oftest andre akser som for eksempel fastlege- hjemmesykepleier- medisinske avdelinger osv. Hvis de imidlertid er psykisk utviklingshemmede, vil de få et oppfølgingstilbud fra habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten.

Habilitering i spesialisthelsetjenesten skal normalt bistå generalistvirksomheten i kommunene med spesialisert utredning, veiledning og behandling av pasienter innenfor målgruppen. Forebyggende helsearbeid og ivaretagelse av grunnleggende behov anses primært å være en generalistoppgave og et kommunalt ansvar, men spesialisthelsetjenesten kan gi bistand i forhold til konkrete problemstillinger. I kommunens bydeler vil det være vernepleierfaglig utdannede, fastleger, ansatte i hjemmesykepleien og hjemmetjenester og regulært ansatt omsorgspersonell i boliger.



Figur 2.

Arbeidsdelingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste må sees i lys av hvilke problemstillinger det kan forventes at en kommune ikke kan spisskompetanse i forhold til, for eksempel spesialisert epilepsibehandling av psykisk utviklingshemmede, nevropsykologisk utredning, syndromdiagnostikk og behandling av alvorlig selvskading og atferdsproblemer. Slik spisskompetanse i habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten vil det være behov for i overskuelig fremtid.

Det er økt behov for helsehjelp i målgruppene for habilitering sammenlignet med det som forventes i populasjonen mer generelt. Hos voksne vil både nevrologiske og psykiatriske lidelser være særlig økt. Epilepsi er eksempelvis økt med en faktor på mer enn 20 blant personer med psykisk utviklingshemning og autisme. Psykiske lidelser rammer 40 % av personer med psykisk utviklingshemning og blant personer med autisme er denne prosenten enda høyere. Medfødte misdannelser kan medføre livslangt behov for assistert ernæring, fysioterapi, kommunikasjons hjelpemidler, adferdsveiledning og tilrettelegging. Det er også økt forekomst av alminnelige helsevansker, eksempelvis infeksjoner hos personer med Downs syndrom.

Fremtidig behov for spesialisert habilitering i sykehusområdet

Det er vanskelig å anslå entydig hvilke fremtidige behov voksne personer vil ha når det gjelder habilitering i spesialisthelsetjenesten. Som det fremgår under kan det i høyden bli snakk om et grovt skjønnsmessig anslag. Det vil være en rekke forhold som kan være bestemmende for behovet for og muligheter for å tilby tjenester fra spesialisert habilitering i en befolkning, herunder

- befolkningsstørrelse/demografi,
- forekomst av vansker/problemer i målgruppen,
- endring av diagnosekriterier, nye utrednings - og behandlingsalternativer.
- Underdekning av behov fra eksisterende pasientgrupper (for eksempel personer med CP uten betydelig nedsatt kognitiv funksjon)
- aldersutvikling i målgruppen,
- migrasjon/innvandring, og
- lovendringer og politiske føringer fra politikere og helsemyndigheter.

Områdeplanen kommer i liten grad til å berøre noe som nesten er like viktig for behovet for spesialisert habilitering, nemlig kommunens/ bydelenes ressurser og prioriteringer av primærhabilitering. Dette er utenfor avdelingens rekkevidde, men vil ha avgjørende betydning for pasientenes helse, mestring, livskvalitet og ivaretagelse av grunnleggende behov. Oslo kommune legger i sine kommentarer vekt på at kommunen bør gjennomgå egne tjenester og beskrive hvordan habilitering innenfor primærhelsetjenesten er bygget opp, samt gjøre en vurdering av hvilke behov det er for spesialistkompetanse innenfor dette fagfeltet. Først når denne beskrivelsen foreligger vil det være mulig å gjøre en faglig vurdering av et helhetlig behandlings- og tjenestetilbud for målgruppen. Dette vil også innebære en tydeligere avklaring av ønsket funksjonsfordeling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Avdeling for nevrohabilitering er svært positive til og støtter Oslo kommune sitt forslag om å igangsette et arbeid med å beskrive voksenhabilitering innenfor primærhelsetjenesten. Siden Oslo kommune nødvendigvis må bruke tid på å ferdigstille en beskrivelse av egne habiliteringstjenester foreslår Avdeling for nevrohabilitering at resultatene av dette arbeidet inngår som en del av bakgrunns materialet i forbindelse med neste års revisjon av områdeplanen. Avdeling for nevrohabilitering har et tett samarbeid med de ulike bydelene og vil gjerne delta i arbeidet dersom kommunen ønsker det (se ellers vedlagte kommentarer fra Oslo kommune).

Befolkningsendring/demografi

Ettersom befolkningsgrunnlaget i Oslo stiger raskt og faktisk raskest i hele landet, blant annet på grunn av intern nettotilflytning og betydelig innvandring, kan man anslå en forventet økning på nærmere 2 % pr år. Hvis dette er riktig vil man om ti år kunne ha en voksen befolkning på ca 500000 i sykehusområdet. Det er spesielt innvandrerdelen av befolkningen som øker kraftig, dette medfører spesielle utfordringer (se nedenfor).

Offentlig statistikk slår fast at vel halvparten av all befolkningsvekst i Norge finner sted innen 10 mil fra Oslo sentrum. I lys av erfaring vi allerede sitter på, vil trolig mange som formelt hører til i naboområder til Oslo, velge OUS ved å benytte rett til fritt sykehusvalg. Avd. for nevrohabilitering, OUS har de første månedene av 2011 hatt en betydelig søkning hvor nettopp dette er gjort gjeldende. I realiteten vil derfor befolkningsgrunnlaget for avdelingen kunne bli høyere enn befolkningsgrunnlaget i Oslo alene skulle tilsi.

Endringer av diagnosekriterier

Diagnoser relevant for spesialisert habilitering og bruken av kriteriene for disse er gjenstand for betydelig forandring og revisjon med års mellomrom, for eksempel nye utgaver av "The International Classification of Diseases", (WHO). Dette kan øke søkning til spesialisert habilitering radikalt. Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse eller autismspekterforstyrrelsene er et nærliggende og godt eksempel på dette sett fra spesialisert habilitering. Her er forekomst økt med en faktor på 20 de siste 15-20 år!

En av de nye og store utfordringene for spesialisert habilitering ligger i forventninger fra andre spesialiteter, pasientorganisasjoner og enkeltindivider som faller inn under de utvidete autismekriteriene (spesielt "Aspergers syndrom"). Disse personene tilfredsstiller ikke kravene for diagnosen "Psykisk utviklingshemming", men har svært stor opphopning av psykiske lidelser og vansker relatert til grunnleggende sosial samhandling. De kan ofte ha nesten like omfattende behov for bistand som personer med psykisk utviklingshemning og autisme. Til forskjell fra de fleste utviklingshemmede og autister har de ingen eller svært liten forankring i kommunenes hjelpeapparat og de faller ofte helt utenfor i arbeidslivet. Denne gruppen kan være så stor som mellom 0,5 til 1 % av befolkningen.

Underdekning av behov

Flere pasientgrupper beskriver behov for mer omfattende tjenester fra spesialisert habilitering enn de kan få i dag. Dette skyldes dels manglende ressurser, dels at kompetanse er spredd på ulike aktører og at man ikke ønsker å bygge opp dobbeltkompetanse innen flere deler av spesialisthelsetjenesten. Det er likevel slik vi ser det, grunn til å vente at behovet fra slike grupper vil bli mer artikulert med tiden og vil nedfelle seg i lovverk og forskrifter som pålegger oppfølging og behandling i voksenhabiliteringen. Man bør derfor trolig ta høyde for at slike oppgaver blir integrert.

Grupper med tidlig ervervede sentralnervøse skader som for eksempel cerebral paresegruppen, ryggmargsbrokk (myelomeningocelegruppen), medfødte muskellidelser (muskeldystrofikere m.m.), epilepsi angir at de kan oppleve å "falle mellom flere stoler" når de blir voksne. Noe av problematikken knyttet til disse gruppene spenner over flere spesialistområder fra fysioterapikunnskaper, nyremedisinske kunnskaper til hjertemedisin,

noe som ikke dekkes opp på ett sted i helsetjenesten. Det har i flere år vært et stigende ønske fra denne til dels uensartede gruppen om et mer helhetlig tilbud og ivaretagelse fra spesialisthelsetjenesten. Det kan videre med "Samhandlingsreformen" ventes at man i habilitering i spesialisthelsetjenesten må sørge for en form for koordinasjon innad i spesialisthelsetjenesten for slike grupper. Det er ikke realistisk at habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten vil kunne utvikle medisinsk eller annen spesialistkompetanse selv på disse områdene.

CPOP (cerebral parese oppfølgingsprogram) er et eksempel forebyggende tiltak av primært fysisk medisinsk karakter for CP gruppen. Denne type oppfølging forebygger mye tilleggsproblematikk, for eksempel forsinker kontrakturutvikling over ledd m.m. Et fortsatt tilbud på dette området kan føre til at flere kan være selvhjulpne lenger og ha en bedre livskvalitet. Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten kan få oppgaver knyttet til å bidra til utviklingen av kontinuering av et slikt tilbud. Dette må i så fall skje i samarbeid med for eksempel Fysisk medisin og rehabilitering, Barnehabilitering eller andre relevante fagmiljøer.

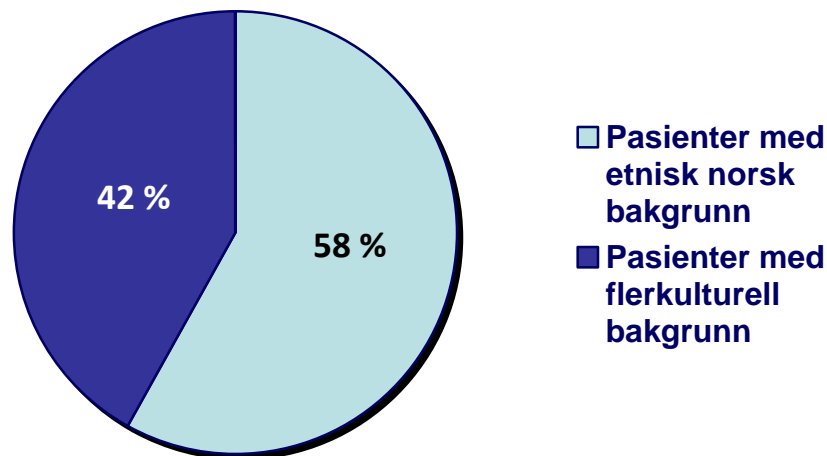
Aldring i pasientpopulasjonen

Personer med medfødte eller tidlig ervervede hjerneskader lever i likhet med den ordinære befolkningen lenger enn tidligere. Man vil derfor i fremtiden få en større gruppe av eldre tjenestemottakere som har behov for habiliteringstjenester. Sett i sammenheng med færre yrkesaktive i befolkningen må man regne med at dette kan skape et press på å finne mer effektive måter å yte bistand på, samt et økt fokus på forebyggende arbeid for å sikre at personer i større grad opprettholder funksjonsevne og selvhjelpenhet i alderdommen. Øket levealder vil visualisere helseproblemer knyttet til selve aldringen og det naturlige forløpet av sykdommen som tidligere ikke var synlig fordi levealderen var redusert. Et eksempel kan være alderspsykiatri eller epilepsi i målgruppen.

Demens i målgruppen er ett av de prioriterte områdene i Helsedirektoratets veileder og avdelingen har en arbeidsgruppe som har ansvar for alle henvisninger vedrørende dette. Problematikk knyttet til dette vil ventes å øke ettersom større deler av den psykisk utviklingshemmede befolkningen blir eldre.

Migrasjon / innvandring

Andel flerkulturelle henvist til Avdeling for nevrohabilitering har over de siste fire år (ikke-europeiske) vært stabilt på ca 40 % (se figur 3). Økt internasjonal migrasjon stiller helsetjenestene overfor nye utfordringer. Ofte står man overfor pasienter med oppløste sosiale nettverk og betydelige psykiske traumer bak seg, andre ganger kan manglende kjennskap til norske samfunnsordninger, kultur og språk være utfordringer for tilpasning og godt funksjonsnivå. Denne delen av befolkningen kan ha større behov for tjenester fra spesialisert habilitering enn gjennomsnittet. Både i forhold til forebyggende helsearbeid, kompetanseoverføring og opplæring i regler og krav fra helsetjenestene, dessuten veiledning knyttet til gjennomføring av habiliteringstiltak i familien, osv. Språk- og kulturforståelse vil her også være en betydelig barriere for å kunne yte effektive helse- og sosialtjenester. Bruk av tolk gir både økt tidsbruk og mer usikker informasjon og behov for å verifisere informasjon. Det er dessuten store utfordringer i bruk av vestlige normgrunnlag for tester, når man skal tolke hva som er normalutvikling og hva som er forsinket utvikling.



Figur 3.

Spesielt andelen av befolkningen som utgjøres av innvandrere fra Asia og Afrika stiger sterkt i Oslo. Flerkulturelle fra Asia og Afrika har større risiko for å få barn med hjernefunksjonsforstyrrelse og andel psykisk utviklingshemmede er høyere enn i en skandinavisk normalbefolkning. Dette er en viktig grunn til at de etterspør en stor andel av tjenestene fra spesialisert habilitering. I tillegg vil de ofte ha andre kulturelle verdier og for eksempel velge å ha pasienten boende hjemme i familien og ikke ta i mot tilbud om omsorgsbolig i bydelen. Det er vår erfaring at det er langt vanskeligere for spesialisthelsetjensten (og kommunen) å komme i posisjon til å iverksette nødvendig veiledning og behandling hvis pasienten ikke har profesjonelle omsorgsyttere, men lever i sin egen familie.

Forekomst av vansker/problemer i målgruppen,

Forekomsten påvirkes i stor grad av miljømessige forhold. Store endringer i ressurser, ideologi, kunnskap/kompetanse og politiske prioriteringer kan få store konsekvenser for forekomsten av vansker i målgruppen. Kvaliteten på tjenestene i førstelinjen vil på sikt kunne ha store konsekvenser for eventuelt økt/reduert behov for spesialisert habilitering.

Lovendringer og politiske føringer fra politikere og helsemyndigheter

Endring av helse- og sosialtjenestelover har tidligere medført stor økning i behov for spesialisert habilitering uten at dette har vært fulgt av ressursøkning. Spesielt innføringen av Lov om sosiale tjenester kapittel 4A, som regulerer bruk av makt og tvang overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming, har tatt en meget stor del av ressursene. Loven pålegger habiliteringstjenesten en plikt til å bistå kommunene for å bidra til utvikling av forebyggende tiltak, andre løsninger og skadeavvergende tiltak som er faglig og etisk forsvarlige. Slike henvisninger medfører ofte omfattende tilstedeværelse i boliger og iverksettelse av miljøbaserte tiltak som må følges opp over relativt lang tid.

Det er et uttalt ønske i Samhandlingsreformen om å øke bruken av ambulante tjenester. Ambulante tjenester kan sikre pasientene et mer likeverdig tilbud. Ambulante tjenester antas å være mer kostnadskrevende enn polikliniske konsultasjoner. Samtidig har slik arbeidsform erfaringsmessig vist at det blir et sterkt redusert behov for innleggelse i

sykehus, både i somatikken og psykiatrien. Dette er samfunnsmessig god økonomi, det sparer pasienten for unødvendige sykehusinnleggelse, man oppnår dessuten en mer pålitelig observasjon og behandling. På den annen side medfører det mye ressurser fra habilitering i spesialisthelsetjenesten. OUS har et stort antall ambulante konsultasjoner som det ikke gis vederlag for. Kapasiteten for ambulant virksomhet kan bli redusert med generelle reduksjoner av ressurser til habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten.

4. STATUS OG UTVIKLING I TILBUDET AV HELSETJENESTER INNEN OMRÅDET MOT DE AKTUELLE PASIENTGRUPPENE

Beskrivelse av hvordan behovene dekkes i dag

Avdelingen har ingen fast pasientportefølje. Det ville være umulig for en avdeling med 36 fagpersoner å "følge opp" alle personer i nevnte tilstandsgrupper i Oslo med regelmessige kontroller eller ambulante besøk.

Avdelingen mottar i dag i likhet med spesialisthelsetjenesten i andre virksomheter spesifiserte henvisninger fra fastleger eller bydelsansvarlige med definerte problemstillinger knyttet til enkeltindivider. Omlag 600 slike nyhenvisninger mottas pr år, avdelingen registrerer vel 3000 polikliniske konsultasjoner og nesten like mange ambulante konsultasjoner årlig (som det ikke ytes takster, honorarer eller annet direkte vederlag for). Tallene er eksklusive telefonhenvendelser (mange habiliteringstjenester inkluderer telefonhenvendelser i konsultasjonsantall).

Arbeidsformen er basert på konsultasjoner, møter, felles ambulant virksomhet med pasienter, samtaler med pårørende, hjelpeverge, opplæring og veiledning av kommunens omsorgsytere, møter med ledelsen i kommunen, og samarbeid med andre deler av spesialisthelsetjenesten og Fylkesmannen. All bistand er basert på samtykke fra pasient eller pårørende/ hjelpeverge, evt. uavhengig av samtykke i overensstemmelse med gjeldende lovregulering for bruk av tvang og makt.

Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten er oppfordret til å yte ambulante tjenester der hvor forholdene ligger til rette for dette, og gjør dette i stor skala. Med tilrettelagte turnuser for vernepleiere og psykologer som inkluderer kveldsarbeid. Spesielt når det gjelder veiledning til boligpersonal vil dette være helt nødvendig. Veiledning bør gjøres der hvor pasienten er, eller i de situasjoner hvor de henviste problemstillinger forekommer. For eksempel vil bistand til håndtering av problematferd ofte innebære at det gjøres en funksjonell analyse av adferd hvor man leter etter sammenhenger mellom problematferden og miljøbaserte "utløser". Dette må nødvendigvis skje på den arena hvor problemadferden utspiller seg. Ved Avdeling for nevrohabilitering benyttes ambulante tverrfaglige team for dette formål. Dette er en ressurskrevende bistandsform og per i dag har Avdeling for nevrohabilitering kun 13 personer i ambulant team som har veiledningskompetanse. Disse skal, sammen med en håndfull psykologer og leger, dekke hele sykehusområdet.

Avdelingen tilbyr poliklinisk utredning og behandling hos lege- og psykologspesialister. Dette innebærer oftest nødvendig tilgang til testrom, supplerende undersøkelser som blodprøver, genetiske analyser, radiologiske undersøkelser m.m. Tilgjengelighet av et tverrfaglig miljø med et tilstrekkelig antall legespesialister og psykologspesialister er nødvendig for denne delen av virksomheten.

Avdelingen tilbyr veiledning av pasienter, pårørende og ansatte i det kommunale hjelpeapparatet i konkrete saker. Veiledningen kan innebære å bistå pasienten overfor kommune, arbeidsplass, dagsenter, bolig eller andre instanser som for eksempel NAV. En viktig arena for samspill er møter med Fylkesmannen, blant annet i forbindelse med deltakelse på tilsyn med kommunale tjenester. Avdeling for nevrohabilitering har et lovpålagt ansvar som sakkyndig instans for Fylkesmannen i forhold til vurdering av faglig og etisk forsvarlighet når bydeler i sykehusområdet fatter vedtak om bruk av tvang og makt overfor enkeltpersoner med utviklingshemming (sosialtjenestelovens kapittel 4A).

Avdeling for nevrohabilitering har i dag et samarbeid med Seksjon for nevrohabilitering, barn ved overgang fra barn til voksne. Dette er et velfungerende system for kvalitetssikring og informasjon til pasienter som antas å ha fortsatte behov for tjenester fra habilitering i spesialisthelsetjenesten etter fylte 18 år.

Utfordringer i forhold til å dekke fremtidige behov for tjenester

Avdelingen er inne i en tid hvor det skjer mange store endringer på en gang som alle kan få store konsekvenser for våre tjenester. Både økte krav og forventninger fra myndigheter og brukere og på den annen side uteblitte økonomiske ressurser til satsning og økonomiske omprioriteringer i sykehuset som vil ramme avdelingens tilbud. Det er viktig ikke å glemme at voksenhabiliteringstjenesten er en liten spesialisthelsetjeneste. Det setter grenser for hvilke oppgaver som kan legges på en liten tjeneste, samt for hvilket fokus tjenesten skal klare å ha, og for hvor mye man kan kutte før fagmiljøet slutter å eksistere som et seriøst fagmiljø. Målgruppen har ingen alternativer i det private, det er ingen privatpraktiserende spesialistvirksomheter, private aktører eller institusjoner.

Samhandlingsreformen plasserer en stor del av ansvaret for tjenester som i dag gis i spesialisthelsetjenesten på kommunen. Det skal ifølge reformen bygges opp lokalbaserte kompetansemiljøer, også for habilitering. Det er imidlertid lite sannsynlig at bydelene i den nærmeste fremtid vil kunne bygge opp nødvendig spesialistkompetanse og kapasitet til å følge opp alle brukergruppene som omfattes av denne områdeplanen i Oslo.

Dersom det blir bestemt at nye store pasientgrupper med relativt omfattende bistandsbehov skal høre inn under voksenhabiliteringen sitt arbeidsområde, uten at dette fører til tilstrekkelig endring i ressurstilgangen, vil dette kunne fremtvinge omprioritering av ressurser og arbeidsmåte i andre deler av helsevesenet. På landsbasis er det i dag ca 20 leger, vesentlig nevrologer, som arbeider innenfor voksenhabilitering, mens det er over 2000 godkjente psykiatere i Legeforeningen. For en gruppe som for eksempel autismspekterforstyrrelse, som har stor komorbiditet av psykiske lidelser, vil det kunne fremtvinge at myndighetene må pålegge psykisk helsevern å ta hovedansvar for oppfølging og behandling av gruppen. Muligens vil det bli behov for samarbeide mellom habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten og psykisk helsevern for denne gruppen.

Personer med CP, som også er utviklingshemmet og har sammensatte vansker, får i dag behandling og konsultativ bistand fra voksenhabiliteringen. Per i dag har ikke voksenhabiliteringen tilstrekkelig kompetanse eller kapasitet på oppfølging av personer med CP uten psykisk utviklingshemning.

Samarbeidet med klinisk ernæringsfysiologi (KEF) internt i sykehusområdet fungerer ikke tilfredsstillende i dag. Barnehabiliteringen har denne kompetansen og muligheter for samarbeid bør vurderes. Den store andel av KEF skjer imidlertid i preventiv kardiologi og medisin. Sykehusets ledelse bør legge forholdene til rette for et bedre samarbeide innad i helseforetaket for å bedre tjenestetilbudet til denne pasientgruppen.

Hvordan det best mulig kan legges til rette for veiledning og oppfølging av pasienter, foreldre og tjenesteytere med ulike kulturell bakgrunn er et område med behov for kompetansehevende tiltak.

Bruk av kommunikasjonshjelpemidler/ny teknologi/ sensorer i habiliteringsarbeidet. I dag har voksenhabiliteringstjenesten få slike henvisninger, men dette er et felt som antas å kunne øke.

Organisatoriske og faglige endringer som kan påvirke hvordan behov blir dekket

Hvordan Samhandlingsreformen vil påvirke voksenhabilitering i spesialisthelsetjenesten i Oslo sykehusområde er uklart. Ifølge reformen forventes det at kommunene skal bygge opp lokale kompetansesentra, og man må anta at dette også vil gjelde for voksenhabilitering. En sannsynlig konsekvens kan derfor være at Samhandlingsreformen fører til aksentuert spesialisering innenfor voksenhabilitering i spesialisthelsetjenesten. Samtidig vil det bli betydelig økt krav til generalistkompetanse i kommunens habiliteringstjeneste.

Arbeidsgruppen er enig om at habiliteringstjenesten for voksne må være forankret i klinisk virksomhet og at tjenesten ikke må få et generelt ansvar for koordinering av tjenester. Man må ivareta den utredende og behandlende virksomhet og sikre at kompetansen om målgruppen vedlikeholdes og utvikles.

Innsparingstiltak i Oslo universitetssykehus

I den pågående Osloprosessen med sammenslåing av sykehus, er Avdeling for nevrohabilitering ved OUS truet av til dels meget store reduksjoner. Det vil medføre høy risiko for at avdelingen ikke kan gi forsvarlige tjenester for alle målgrupper. Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten kan komme under grensen for hva avdelingen må ha for å kunne gi forsvarlige tjenester.

Det er ingen andre avdelinger eller spesialiteter som vil overta der hvor eventuelt habilitering i spesialisthelsetjenesten vil måtte redusere sitt tilbud. Dette vil gå entydig ut over pasientgruppen.

OUS har i dag et betydelig underskudd, sammenholdt med økonomiske innskrenkninger knyttet til sammenslåing av sykehus i Oslo, er det angitt at man vil få reduksjoner i

avdelingens budsjett. Dette kan skade avdelingen idet det fører til at man kommer under kritisk masse for å oppfylle forsvarlige tverrfaglige spesialisthelsetjenester. Spesielt ambulante tjenester vil være utsatt. Det gjør også at eksisterende planer om fagutvikling og forskning innen feltet langt på vei må skrinlegges.

5. PRINSIPPER FOR FUNKSJONSDDELING MELLOM INSTITUSJONER OG MELLOM NIVÅER INNEN SYKEHUSOMRÅDET

Hovedprinsipper for funksjonsdeling

Habilitering i spesialisthelsetjenesten følger vanlige prinsipper for funksjonsdeling med primærhelsetjenesten. Dette innebærer at det er akse fastlege – organspesialist som er den primære henvisningsrute ved behov for helsetjenester fra spesialisthelsetjenesten. Henvisninger kan også sendes fra annen lege enn fastlegen eller fra vedtaksansvarlig i bydel.

Det er ikke andre institusjoner eller sykehus som har spesialistfunksjoner innen habilitering i spesialisthelsetjenesten i Oslo universitetssykehus opptaksområde.

Dette at fastlege henviser til rette spesialitet vil sikre at pasientene får den beste og mest oppdaterte utredning og behandling av sine helserelaterte vansker. På samme måte som pasienter som ikke er psykisk utviklingshemmet, har autisme eller tidlig ervervede hjerneskader blir henvist til rette organspesialitet for sin tilstand, bør psykisk utviklingshemmede henvises til rette kompetansenivå.

Tjenestene som Avdeling for voksenhabilitering gir vil være basert på konkrete problemstillinger som vi har kompetanse på, for eksempel adferdsproblematikk eller epilepsi hos psykisk utviklingshemmede. Oppfølging vil også kunne inkludere koordinering innad i spesialisthelsetjenesten av tjenester til personer med muskellidelser, CP, progredierende hjernesykdommer med tidlig debut m.m.

Fastleger i Oslo står i dag for den aller største andelen av henvisninger. Det er alt fra et ønske om utredning av årsaksdiagnose til en utviklingshemning, til utforming av konkrete opplæringstiltak eller behandling av problemadferd (for eksempel selvskading). En stor andel er også henvisninger til epilepsibehandling, fordi dette er den hyppigste og alvorligste samtidige sykdom (komorbiditet) ved utviklingshemning, CP og infantil autisme. Årlig mottar vi nærmere 300 henviste personer med slike diagnosekombinasjoner. Når disse kan anses for ferdig utredet og er satt på vedlikeholdsbehandling, vil de ofte kunne tas over av fastleger. Av og til vil det være behov for at fastlege og lege eller psykologspesialist fra avdelingen møtes, evt. foretar felles ambulant konsultasjon i hjemmet til pasienten.

Henviste pasienter med lett/moderat grad av utviklingshemming eller Asperger syndrom, hvor *hovedproblemet* er psykiske vansker, vil som hovedregel bli henvist til behandling innenfor psykisk helsevern (som har nødvendig spesialistkompetanse). Ved sammensatte

vansker, som også omfatter psykisk lidelse, kan pasienten behandles i samarbeid med psykisk helsevern, eller unntaksvis av voksenhabiliteringen (avhengig av problematikk). Rehabilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten yter for øvrig ambulante konsultasjoner og forebygging innleggelse i psykisk helsevern og andre deler av spesialisthelsetjenesten.

Nivåer innen sykehusområdet

Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten er en områdefunksjon. Det er ikke vanlig å definere lokal/ område/ regionsnivå for denne nisjen av spesialisthelsetjenester. Det er altså normalt ikke noen regionale instanser som det henvises til for å få tilstander nevnt i prioriteringsveiledere behandlet på et høyere spesialistnivå². Det finnes imidlertid klare gråsoner her og noen instanser ønsker å etablere en slik funksjon i de prosessene som nå pågår.

Realkompetanse innen svært sjeldne muskelsykdommer eller for eksempel bevegelsesforstyrrelser og dystonier, vil også ved samtidig utviklingshemming kunne gjøre at man henvises til nevrologisk avdeling for spesiell behandling (for eksempel botulinuminjeksjoner); til nevrokirurgisk avdeling (for eksempel for innleggelse av pumper som avleverer legemidler mot spastisitet) eller også til samarbeidsmøter med barnehabiliteringen ved Ullevål. På grunn av sjeldenheten av mange av disse tilstandene vil man de facto kunne inneha en regionsfunksjon for noen slike lidelser.

Avdeling for psykisk lidelser hos psykisk utviklingshemmede og autister ved Dikemark (OUS) har regionale og nasjonale oppgaver. Avdelingen har 10 senger og mottar pasienter fra hele Norge (i 2010 hadde de 21 pasienter totalt, gjennomsnittlig liggetid var 7 måneder). De tar ikke henvisninger fra fastlege, men fra spesialisthelsetjenesten, og det er lange ventetider. Dette er imidlertid slik vi ser det en *psykiatrisk* avdeling og ikke en regionsfunksjon i habilitering i spesialisthelsetjenesten. Vår avdeling har meget sjeldent henvist pasienter dit. De fleste i Oslo med psykisk lidelser og som tilhører målgruppen, vil bli behandlet dels poliklinisk og dels ambulant i sitt habitualmiljø, i hovedsak av lege/psykolog herfra eller av ambulant DPS- psykiatri.

Statens senter for epilepsi, nå Avdeling for kompleks epilepsi (AKE) har tilbud om innleggelse av spesielt vanskelige tilfeller av epilepsi i målgruppen. De tar imot pasienter fra hele landet, men har under ti senger og flere av disse brukes av barn/ unge. Slik vi har sett det ved Avdeling for nevrohabilitering, er det bare behov for innleggelse av psykisk utviklingshemmede med epilepsi fra Oslo i svært sjeldne tilfeller. Epilepsivurderinger av behandlingsrefraktære pasienter kan oftest gjøres ambulant av legespesialister fra Avd for nevrohabilitering i samarbeide med boligpersonal. Dette tilbudet bør trolig økes for å kvalitetssikre slik behandling.

² Pasienter med psykisk utviklingshemming, autisme med mer henvises naturligvis til andre spesialister når det er indikasjon for det. For eksempel utviklingshemmede pasienter med scoliose til kirurger for korrigerende av skjeve rygger, eller for eksempel til mave- tarmspesialister for innleggelse av permanente ernæringssonder etc. når det er aktuelt. Dette er imidlertid ikke regionsfunksjoner innen habilitering.

Sunnaas sykehus har spesialkompetanse bl.a. på ryggmargsbrokk og cerebral parese med motorisk problematikk, smerter, spasmer og kontrakturer. Personer i Osloområdet med denne problematikken må i prinsippet henvises dit til primær vurdering og behandling. Videre fysioterapeutisk oppfølging må skje i bydel.

Det er også flere kompetansesentra i Oslo og Osloregionen som har regionale og nasjonale oppgaver. Enkelte av disse har stor realkompetanse (for eksempel Autismeknutepunktet for konfliktmegling). Ettersom de fleste slike kompetansesentra vanligvis ikke har kliniske oppgaver og man ikke kan henvise pasienter til behandling der, har vi sjeldent eller aldri henvist noen til disse. Dette er også begrunnet i at Avdeling for nevrohabilitering tar meget alvorlig ansvaret for å utvikle nødvendig kompetanseutvikling for å håndtere det man til enhver tid behandler i avdelingen. Dels er det også slik at man etter vanlig klinisk oppfatning, ikke kan etablere reell kompetanse og langt mindre gi behandlingsråd til klinikere hvis man ikke selv har løpende erfaring fra klinisk virksomhet. Hvis man fra Helse Sør og Øst valgte å omdefinere slike sentras oppgaver kunne man kanskje i fremtiden etablere et slags samspill mellom Avdeling for nevrohabilitering og en form for regionsfunksjoner knyttet til regionale kompetansesentra. En annen sak er at man kan oppfordre pasienter eller pårørende til å ta kontakt med slike for å få generell informasjon.

Forventede/planlagte endringer for å tilpasse funksjonsdelingen til prinsippene

Slik vi ser det bør man følge dagens opplegg i grove trekk, men være åpen for eventuelle endringer hvis det meldes behov for det. Hvem avdelingen har samspill og arbeidsdeling med, vil også avhenge av den individuelle pasients problematikk og ønsker.

Utfordringer for fremtiden:

1. Samhandlingsreformen kan medføre en reduksjon i antall ansatte i spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at en fra før av liten tjeneste, med sårbare fagmiljø, kan bli enda mindre. Det er et spørsmål om hvor liten tjenesten kan være før ambisjoner om å bygge robuste tverrfaglige fagmiljøer er mulig å opprettholde.
2. Rekruttering av leger og psykologer som ønsker å spesialisere seg innenfor voksenhabilitering er vanskelig over hele landet. I OUS kan dette bli spesielt vanskelig hvis den planlagte nedskalering av virksomheten gjennomføres.
3. Generalistkompetansen må rustes opp i kommunen. Kommunen må bygge opp fagenheter som har generalistkompetanse. Spesialisthelsetjenesten må ikke overta kommunens oppgaver, men kan ventes å få betydelige veiledningsoppgaver.

Fagutvikling

Avdelingen for nevrohabilitering har et løpende fokus på fagutvikling.

- Avdelingen lager Faghefter som beskriver beste praksis innenfor ulike habiliteringsfaglige områder. Fagheftene lages i samarbeid med andre voksenhabiliteringstjenester i gamle Helse Øst.
- Ansatte ved avdelingen oppfordres stadig til å forelese og presentere eget arbeid på kurs og konferanser.
- Avdelingen gjennomfører evaluering av egen praksis i tett samarbeid med bydeler og pasienter.
- Avdelingen fokuserer på forbedring av prosedyrer, dokumentasjon, åpenhet, informert samtykke som et ledd i kvalitetsforbedring av egne tjenester.
- Det legges til rette for kompetanseheving blant de ansatte slik at man tilstreber evidensbasering der det er mulig.
- Det lages veiledningsmateriell som benyttes til kompetansehevende tiltak overfor kommunens tjenesteytere.
- Ansatte ved avdelingen deltar jevnlig i offentlige utvalg i forbindelse med utarbeidelse av nye lover, forskrifter, veiledere og rundskriv innenfor fagfeltet voksenhabilitering.

Forskning

Avdelingen ønsker å drive vitenskapelig forskning på sin egen tjenesteleveranse og er i en oppbygningsfase for å etablere dette.

- Avdelingen har fått bevilget penger til deltakelse i et prosjekt fra Norges forskningsråd – "CHARM" prosjektet (Research Centre for Habilitation and Rehabilitation Models and Services, Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus).
- HelseDirektoratet har gitt støtte til to prosjekter: Ett som skal fokusere på opplæring av tjenesteytere i førstelinjen og ett som skal utarbeide retningslinjer i forbindelse med håndtering av seksuelle overgrep overfor utviklingshemmede.

Utfordringer

- Bygge opp et tilstrekkelig robust vitenskapelig miljø med fokus på tjeneste- og klinisk forskning innenfor habilitering.

Utdanning

- Flere ansatte ved avdelingen underviser jevnlig ved Høgskolen i Oslo og Akershus og andre høgskoler. Programmene det i hovedsak undervises på er bachelorprogrammer i vernepleie og læringspsykologi, samt masterprogrammet Læring i komplekse systemer.
- Avdelingen driver en utstrakt kursvirksomhet med tilbud til kommunale og private tjenesteleverandører. Kursene omfatter både generelle og skreddersydde kurs

innenfor sentrale tema som blant annet sosialtjenestelovens kapittel 4A, målrettet miljøarbeid, epilepsi, ernæring og brukermedvirkning.

- I forbindelse med arbeidet i henviste enkeltsaker bidrar også avdelingen til betydelig opplæring og trening av ansatte i kommunale og private tjenester overfor målgruppen.

Utfordringer

- Opprettholde et attraktivt kurstilbud
- Finne frem til kostnadseffektive metoder for kompetanseoverføring til kommunale tjenesteytere.
- Iverksette forskning/fagutvikling på metoder for opplæring av/kompetanseoverføring til lokale tjenester.
- Tilpasse kursvirksomhet til behov i samarbeid med kommune/lokale tjenestetilbud.

7. HOVEDPUNKTER I EN OMRÅDEPLAN

Hovedmålsetning for Avdeling for nevrohabilitering, OUS er å opprettholde et levende tverrfaglig miljø som kan yte polikliniske og ambulante likeverdige tjenester i Oslo av høy kvalitet etter de overordnede retningslinjer som fremgår av prioriteringsveiledere, overordnede strategier og andre føringer fra helsemyndighetene. Det er imidlertid avgjørende at avdelingen får tilstrekkelig ressurser til dette. Det må også være tilstrekkelige ressurser til å utvikle et akademisk fagmiljø og opprettholde god rekruttering av kompetente medarbeidere til et tverrfaglig miljø av tilstrekkelig størrelse.

Avdeling for nevrohabilitering må gis muligheter til å kunne drive fagutvikling og helsetjenesteforskning, tilpasse kursvirksomhet i samarbeid med kommunen og det lokale tjenestetilbud, samt øke fokus mot overføring av kompetanse til kommunen der hvor Samhandlingsreformen gjør dette nødvendig.

Det må legges til rette for å opprettholde og videreutvikle tjenestetilbudet til personer med utviklingshemning og autisme.

Det er nødvendig med økt fokus mot mer spesialiserte tjenester fra habilitering i spesialisthelsetjenesten og mot ambulante tjenester i tråd med gjennomføringen av Samhandlingsreformen. Oslo kommune og fastlege Kimsås påpeker i sin kommentar (e-post 231111, se under) at den foreliggende områdeplanen ikke er konkret nok på dette feltet med tanke på fremtidige ressurser og samhandling med bydelene. Kommunen foreslår at de utarbeider en beskrivelse av egne tjenester innenfor voksenhabilitering som et utgangspunkt for en videre avklaring av fremtidig samhandling og funksjonsfordeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Avdeling for nevrohabilitering er positive til dette og foreslår at resultatene av dette arbeidet inngår som en del av bakgrunns materialet i forbindelse med neste års revisjon av områdeplanen. Se for øvrig vedleggene.

Epilepsitilbudet til våre målgrupper bør varetas og kvalitetssikres. Spesielt bør psykisk utviklingshemmede pasienter med epilepsi i større grad tilbys ambulante tverrfaglige konsultasjoner fra avdelingen.

Personer med CP, uten psykisk utviklingshemning, bør få et utvidet tilbud i samarbeid med relevante avdelinger i spesialisthelsetjenesten og bydelen.

Det bør legges til rette for samarbeid med ernæringsfysiologer internt i sykehusområdet. Pasienter med alvorlig ernæringsproblematikk i målgruppen får et mangelfullt tilbud.

Avdelingen må øke kompetanse og gjennomgå rutiner for hvordan man tilrettelegger for flerkulturelle i målgruppen. Arbeidet med flerkulturelle vil kreve økt ambulant innsats spesielt ved problemadferd.

Det må avsettes tid og ressurser til forskning, helsetjenesteforskning og fagutvikling på metoder for opplæring av/kompetanseoverføring til lokale tjenesteytere.

Planen er ikke konkret på dette feltet, hverken når et gjelder framtidig ressurs og samhandling med bydelene.

Inntil ressurs -situasjonen er mer avklart, leser jeg dette mer som en situasjonsbeskrivelse og forslag til videreutvikling, enn som en plan.

Oslo, 241111

Grete Müller
NFU

Randi Væhle
CP foreningen

Eva H. Johnsen
Epilepsiforbundet

Erik Sætre
verneombud

Nils Olav Aanonsen
Avdelingsleder

Lise Eriksen
Seksjonsleder

Nils- Øyvind Offernes
psykologspesialist

Kommentarer limt inn under fra

- 1) e-post Alf Kimsås, fastlege, tidl praksiskoordinator
- 2) Kommentar spesialrådgiver Ellen Kobro, Oslo kommune
- 3) Kommentar sendt vis fra Bente Ingrid Arnesen, Helse og velferdsetaten, Oslo kommune vedrørende ernæring

Vedlegg (Pdf) Kommentar Autismeforeningen.

1) E-post 231111 fastlege Alf Kimsås, tidligere Praksiskoordinator, OUS

Hei!

*Jeg har hatt begrenset med tid og anledning til å vurdere planen og som kjent ikke deltatt i noen form for løpende drøfting underveis i planarbeidet.
Min korte kommentar må sees i lys av dette.*

Jeg har jobbet endel med aktuelle problemstillinger over flere år, og planen synes å dekke de innsatsområder jeg ser på som mest aktuelle.

Fra mitt ståsted som primærlege oppleves dagens tilbud som godt.

Henvisninger blir tatt på alvor og besvart innen akseptabel tid.

Videreutvikling av tjenesten basert på den søknadsmassen dere arbeider med og samfunnsrelaterte endringer, kan jeg vanskelig kommentere.

Det jeg imidlertid ser på som en stor utfordring, er vår stilling som primærleger.

Vi har som kjent et svært omfattende arbeidsfelt hvor det er utfordrende å forsøke å holde en rimelig oversikt.

Som følge av stadig nye og endrede behandlingstilbud, blir denne utfordringen stadig mer krevende.

I lys av dette vil en svekkelse av habiliteringstilbudet kunne bidra til å forvanske vår arbeidssituasjon.

Planen er ikke konkret på dette feltet, hverken når et gjelder framtidig ressurs og samhandling med bydelene.

Inntil ressurs -situasjonen er mer avklart, leser jeg dette mer som en situasjonsbeskrivelse og forslag til videreutvikling, enn som en plan.

mvh Alf Kimsås

2) Kommentar fra Oslo kommune ved Helse og velferdsetaten Ellen Kobro
Spesialrådgiver, 15.11.2011 (noe forkortet)

Målgruppens behov for tjenester

I ovennevnte oppdrag og mandat er det tydelig at Områdeplanen skal kunne gi svar på et helhetlig og koordinert behov hos disse målgruppene, både med hensyn til hvordan tjenestene skal organiseres og med hensyn til hvordan tjenestene bør utvikles i årene fremover.

Under beskrivelsen av målgruppens behov for tjenester uttrykkes det følgende ;

Områdeplanen kommer i liten grad til å berøre noe som nesten er like viktig for behovet for spesialisert habilitering, nemlig kommunens/ bydelenes ressurser og prioriteringer av primærhabilitering. Dette er utenfor avdelingens rekkevidde, men vil ha avgjørende

betydning for pasientenes helse, mestring, livskvalitet og ivaretagelse av grunnleggende behov.

Det er her denne områdeplanen blir mangelfull og haltende, da det helt klart kommer frem hva som nå ligger i samhandlingsreformen med nye oppgaver til kommunen, uten at disse blir beskrevet vil det være fare for at det både kan oppstå hull i behandlinglinjene og det kan i verste fall bygges opp dobbelkompetanse på tiltakssiden.

Vi ser av planen at både organisasjonene og kommunens tjenesteapparat har vært deltagere i utarbeidelse av planen så langt. Men det burde ha vært et parallelloppdrag for kommunen å beskrive hvordan kommunen vil bygge opp sine tjenester og hvilke behov det er for spesialistkompetanse på dette utfordrende fagfeltet. Først da vil vi kunne se et helhetlig behandlings og tjenestetilbud under ett og dermed få til en faglig vurdering av om det samlede tilbudet for målgruppen er på plass.

Områdeplanen er tydelig på fremtidens utfordringer med hensyn til befolkningsutviklingen og nye behov, dette vil også gjelde for kommunen og er et godt grunnlag for å trekke inne i kommunes vurderinger av fremtidige behov.

Vi noterer oss at det er grupper som det må bygges opp ny kompetanse på.

- 1. de som faller inn under de utvidede autismekriteriene (spesielt "Asbergers syndrom")
Her uttrykkes det at dette er en gruppe hvor det er svært liten forankring i kommunens hjelpeapparat og de faller ofte helt utenfor i arbeidslivet. Denne saken bør følges opp fra kommunens side.*
- 2. Aldring i pasientpopulasjonen
Forberedelser med hensyn til at det er en økende gruppe av eldre tjenestemottakere som har behov av habiliteringstjenester må gjennomgås.*
- 3. Migrasjon/ innvandring
Det uttrykkes at denne delen av befolkningen kan ha større behov for tjenester fra spesialisert habilitering enn gjennomsnittet. Dette vil med all sannsynlighet også gjelde for de kommunale tjenestene.*

Samhandlingsreformen plasserer en stor del av ansvaret for tjenester som i dag gis i spesialisthelsetjenesten på kommunen. Det skal ifølge reformen bygges opp lokalbaserte kompetansemiljøer, også for habilitering. Det er imidlertid lite sannsynlig at bydelene i den nærmeste fremtid vil kunne bygge opp nødvendig spesialistkompetanse og kapasitet til å følge opp alle brukergruppene som omfattes av denne områdeplanen i Oslo.

Å legge til rette for en Områdeplan som regner med at kommunen ikke klarer å bygge opp nødvendig kompetanse og spesialistkompetanse viser behovet for i mye større grad ta hensyn til organisering av bydelenes tjenester. Det bør være av interesse og et ansvar ,også for områdesykehusene at pasientforløpene glir så smertefullt som mulig .

Dette er en problemstilling som Oslo kommune snarest må ta opp i de sentrale fora hvor det tas beslutninger om samhandlingsreformen.

Hva blir kommunes ansvar og hva ligger til spesialisthelsetjenesten.

Det er videre viktig at man blir enig om hva som faktisk ligger til spesialisering innenfor voksenhabilitering i spesialisthelsetjenesten og hvilke krav og forventninger som ligger i de økte kravene til generalistkompetanse i kommunens habiliteringstjeneste.

Spesielt her er område fagutvikling/forskning/utdanning og det som er beskrevet som fremtidige utfordringer.

Eks her er at Helsedirektoratet har gitt midler til avdelingen for å fokusere på opplæring av tjenesteytere i førstelinjen og det som er beskrevet som kurstilbud til kommunale og private tjenesteytere om Kap. 4A, målrettet miljøarbeid, ernæring og brukermedvirkning. (dette er kurstilbud som også kommunen tilbyr sine ansatte)

Det beskrives hovedprinsippene for funksjonsdeling med primærhelsetjenesten. Denne er beskrevet meget tynt og her kommer ikke frem andre instanser enn fastlegen i bydelene.

Helse og velferdsetaten 15.11.2011

*Ellen Kobro
Spesialrådgiver”*

Vedlegg tilsendt fra Bente Ingrid Arnesen, Helse og velferdsetaten, e-post av 201011

Fra: Vigdís Brit Skulberg
Sendt: 18. oktober 2011 16:06
Til: Bente Ingrid Arnesen
Emne: Områdeplan for voksenhabilitering og ernæring

Hei
Fint om følgende kan tas opp i forbindelse med utarbeidelse av områdeplan for voksenhabilitering i Oslo universitetssykehus:

I Helsedirektoratets veileder for habiliteringstjenesten for voksne i spesialisthelsetjenesten (2009) framkommer det at spesialisthelsetjenesten skal sørge for utredning og ulike oppfølgingstiltak for pasienter med komplekse problemstillinger der krav til kompetanse overstiger det kommunene innehar. Under punkt om samarbeid mellom fastlegen og annen spesialisthelsetjeneste omtales

ernæringsproblematikk med over- og undervekt som eksempel på samarbeidsområde. Det vises til ambulant virksomhet som innebærer at spesialisthelsetjenesten bidrar med rådgiving, veiledning, undervisning og klinisk arbeid. Under temaet veiledning til kommunehelsetjenesten omtales nødvendigheten av råd og veiledning i saker der kommunehelsetjenesten mangler kompetanse eller etterspør kompetanse. Eksempelet som gis her er "kompliserte forhold knyttet til spisefunksjoner og ernæring". Det er behov for å avklare ansvarsforhold her, hva kan Oslo kommune forvente at spesialisthelsetjenesten bidrar med innen området ernæring - og omvendt.

Se vedlagte notat om ernæring og voksne med utviklingshemming.

Til orientering har Helse- og velferdsetaten bidratt med folkehelsemidler for å dekke kursavgift for ansatte i boliger for utviklingshemmede i Oslo kommune til dagskurs om kosthold og fysisk aktivitet i regi av Oslo universitetssykehus, Ullevål sykehus, Avdeling for nevrohabilitering.

Vennlig hilsen
Vigdís Brit Skulberg
faglig leder ernæring
Helse- og velferdsetaten

Ernæring og voksne med utviklingshemming

Bakgrunn

God ernæringsstatus er en grunnforutsetning for optimal vekst, utvikling og for kroppens generelle yteevne. Så vel overernæring som feil- og underernæring er forbundet med økt sykkelighet, dødelighet og redusert livskvalitet. Ernæring og fysisk aktivitet har stor betydning både i forebygging og behandling av sykdommer som hjerte og karsykdom, mange typer kreft, diabetes type 2 og fedme (1,2).

Voksne med utviklingshemming

Pasienter med medfødte eller tidlige ervervede funksjonshemninger er en mangeartet gruppe. Diagnosegrupper som nevrologiske – og nevromuskulære sykdommer, autismspekterforstyrrelser, ulike syndromer og kromosomavvik er eksempler på grupper som er vanlig forekommende i voksenhabiliteringstjenesten. Mange av diagnosene vil innvirke på spisefunksjonen (munn- og svelgmotorikk) og/eller motorikk og bevegelse, og gjennom dette innvirke på næringsinntak og/eller behov. Flere vil ha tilstander som innebærer lærervansker, atferdsproblemer eller kognitiv svikt, som også er faktorer som påvirker næringsinntak og måltider.

Ved mental funksjonsnedsettelse kan personen ha begrenset kunnskap om hva som er sunne matvarevalg. Organisering av innkjøp, matlaging og måltider påvirkes av forståelse og kognitiv funksjon. Det er høyere forekomst av både under- og overvekt blant personer med psykisk utviklingshemming. Personer med sterk utviklingshemming er ofte undervektige, mens mild utviklingshemming er forbundet med overvekt og fedme (3). Så vel under- og overvekt betyr at utviklingshemmede får en tilleggsbelastning. Personer med psykisk utviklingshemming har også stor risiko for å utvikle feilernæring. En rekke undersøkelser viser at inntaket av vitaminer og mineraler kan være for lavt. I Storbritannia og USA har man funnet lave verdier av vitamin D, jern og B-vitaminer hos psykisk utviklingshemmede i boliger (4). Kostholdsundersøkelser kan tyde på at personer med psykisk utviklingshemming har for høyt inntak av fett, salt og sukker og for lavt inntak av frukt og grønnsaker (5,6).

Studier av personer med utviklingshemmede som bor i tilrettelagte boliger i kommunal regi har vist høyere forekomst av hjerte- og karsykdom, overvekt og fedme (7,8,9) og forekomsten av denne type helseplager er høyere for de som bor i kommunale boliger sammenlignet med personer som bor i større institusjoner (10). For denne gruppen har det i motsetning til befolkningen for øvrig skjedd en økning i dødelighet fra hjerte- og karsykdom (11). Intervensjonsstudier med økning i mengden fysisk aktivitet, omlegging og tilrettelegging med et sunnere kosthold har vist samme effekt ved disse gruppene som i befolkningen generelt (12,13).

I en norsk studie utført i noen kommuner på vestlandet viste en økt forekomst av overvekt og fedme hos personer med mild grad av utviklingshemning som bodde i tilrettelagte boliger i kommunal regi. Alvorlig grad av utviklingshemning var forbundet med økt risiko for både overvekt og undervekt. Kun 38 prosent hadde en vekt innenfor det anbefalte området definert som KMI mellom 18,5 – 25 (14)

Matarbeidet i boliger for utviklingshemmede

Målsetninger for voksenhabilitering er å optimalisere det enkelte menneskets livskvalitet, mestring og deltakelse sosialt og i samfunnet. Spesielt kan overgangen til voksenlivet i egen bolig by på nye utfordringer for pasienten og pårørende i forhold til kostholdet. Personalet i boligen har stor innvirkning på beboernes kosthold når det gjelder planlegging, innkjøp, matlaging og inntak. Dette betyr at personalet har behov for støtte og kompetansetilbud for å ivareta oppgavene knyttet til mat og måltider, samt verktøy i ernæringsarbeidet (15,16). Samtidig er det etiske spørsmål å diskutere i forhold til matarbeidet.

Referanser

Bakgrunnsinformasjonen er hentet fra et notat utarbeidet i Helsedirektoratet i 2009 i forbindelse med veilederen for voksenhabilitering i spesialisthelsetjenesten. Notatet er basert på innspill fra fagpersoner innen ernæring, Marianne Lindmark, Frambu senter for sjeldne funksjonshemninger, Vigdis Brit Skulberg, Helse- og velferdsetaten, Kjersti Birketvedt, Rikshospitalet, og Svein Olav Kolset, Universitetet i Oslo.

- 1. World Health Organization, Joint WHO/FAO Expert consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases (2002:Geneva, Switzerland), 2003, 160s, WHO technical report series: 916*
- 2. World Cancer Research Fund/ American Institute for Cancer Research 2007. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: A global perspective.*
- 3. Hove O, Weight survey on adult persons with mental retardation living in the community, Res Dev Disabil 2004 Jan-Feb; 25(1):9-17.*
- 4. Elvebakken og Thommessen, Det er vårt bord, Kommuneforlaget, 1994.*
- 5. Skrudland, Kosthold hos menneske med psykisk utviklingshemming i eigen bustad, Stabekk høgskole, 1993*
- 6. Draheim CC, Stanis HI, Williams DP, McCubbin JA, Dietary intake of adults with mental retardation who reside in community settings, Am J Mental Ret, 2007, 112(5): 392-400.*
- 7. Draheim CC, Cardiovascular disease prevalence and risk factors of persons with mental retardation, Mental Ret Dev Dis Res Rev, 2006, 12:3-12*
- 8. Hove O, Weight survey on adult persons with mental retardation living in the community, Res Dev Dis, 2004, 25:9-17*
- 9. Bertoli S, Battezzati A, Merati G, Margonato M, Testolin G, Veicsteinas A. Nutritional status and dietary patterns in disabled people Nutr Metab Cardiovasc. Dis 2006 Mar; 16(2):100-12*

10. Rimmer JH, Yamaki K, Obesity and intellectual disability, *Mental Ret Dev Dis Res Rev*, 2006, 12(1); 22-27.
11. Patja K, Molsa P, Livanainen M, Cause-specific mortality of people with intellectual disability in a population-based 35-year follow-up study, *J Intel Dis Res*, 2001, 45(pt1); 30-40
12. Ozmen T, Un Yildirim N, Yuktain B, Beets MW, Effects of school-Based Cardiovascular-Fitness Training in Children with Mental Retardation, *Ped Exercise Sci*, 2007, 19 (2): 171-178.
13. Brandley S, Tackling obesity in people with learning disability, *Learning Dis Prac*, 2005, 8(7); 10-14.
14. Hove O, Weight survey on adult persons with mental retardation living in the community, *Res Dev Disabil* 2004 Jan-Feb; 25(1):9-17.
15. Matson JL, Kuhn DE. Identifying feeding problems in mentally retarded persons: development and reliability of screening tool of feeding problems (STEP). *Res. Dev Disabil* 2001 Mar-Apr; 22(2):165-72.
16. Bertoli S, Spadafranca A, Merati G, Testolin G, Veicsteinas A, Battezzati A. Nutritional counselling in disabled people on dietary patterns, body composition and cardiovascular risk factors. *Eur J Phys rehabil med* 2008 Jun; 44(2): 149-58.

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF
LOVISENBERG DIAKONALE SYKEHUS AS
DIAKONHJEMMET SYKEHUS AS

OMRÅDEPLAN FOR TVERRFAGLIG SPESIALISERT BEHANDLING I OSLO SYKEHUSOMRÅDE

REVIDERT VERSJON APRIL 2012

OMRÅDEPLAN

INNHALDSFORTEGNELSE

Innholdsfortegnelse	2
1. Bakgrunn for og formålet med områdeplan.....	2
2. Faglige og politiske føringer.....	3
3. Beskrivelse pasientgrupper og behov for helsetjenester	5
4. Status og utvikling i tilbudet i helsetjenester innen området mot de aktuelle pasientgruppene.....	6
5. Prinsipper for funksjonsdeling mellom institusjoner og mellom nivåer innen sykehusområdet	8
6. Fagutvikling, forskning og utdanning innen området	11
7. Hovedpunkter i en områdeplan oppsumert	13
Evt Vedlegg	15

1. BAKGRUNN FOR OG FORMÅLET MED OMRÅDEPLAN

Helse Sør-Øst vedtok i styresak 108/2008 at det, i samarbeid med kommunene, innenfor hvert sykehusområde må etableres en strategi for videre funksjons- og oppgavefordeling internt i spesialisthelsetjenesten. Denne strategien skal nedfelles i en områdeplan.

Planen skal være en del av den fremtidige styringsdialogen mellom Helse Sør-Øst og helseforetakene, og være en viktig ramme for samarbeidet mellom Oslo universitetssykehus, de private aktørene og Oslo kommune. Områdeplanen vil følges opp med regelmessige dialogmøter for hovedaktørene som arbeider lokalbasert med pasienter med rus- og avhengighetsproblematikk i Oslo sykehusområde. Samarbeidet skal konkretiseres videre i samhandlingsavtaler.

Områdeplanene er et virkemiddel for å styrke samhandlingen om og tilbudet til pasienter med rus/avhengighetsproblematikk både internt i spesialisthelsetjenesten og med Oslo kommune. Det bør legges opp til årlige revisjonen for å følge utviklingen i feltet.

Tverrfaglig spesialisert behandling i Oslo sykehusområde har i 2012 en særskilt økonomisk utfordring knyttet til overføring av pasienter til Akershus universitetssykehus som realiseres ett år etter resten av sykehuset og er gjeldende fra 01.01.12. I tillegg vil ny inntektsmodell over en treårsperiode innebære en

betydelig økonomisk reduksjon og derav nedbygging av eksisterende behandlingstilbud i sykehusområdet. Ny inntektsmodell beskriver innføring av en form for avregning for bruk av private avtaleplasser. Det planlegges i tillegg et gjestepasientoppgjør mellom helseforetakene.

HSØ har varslet at de vil inngå nye langsiktige driftsavtaler med de private tjenesteleverandørene. Rammen for kjøpet vil øke med om lag 10 %. Plassene er regionale og majoriteten er lokalisert utenfor sykehusområdet. Disse representerer en vesentlig del av det totale behandlingstilbudet til Oslo pasienter.

Områdeplanen er blitt utarbeidet av prosjektgruppe som besto av følgende personer:
Kari Bussesund, fungerende senterleder SRA, Leder prosjektgruppen
Hilde Harwiss, SRA prosjektleder områdeplan
Guri Spilhaug, medisinsk faglig rådgiver SRA
Hege Thomassen, Bydel Grunerløkka
Kari Nådland, Trasoppklinikken
Lars Lian, Rusmiddelletaten
Ragne Gjengedal, Ruspoliklinikken Diakonhjemmet sykehus
Oddfrid Vada, Ruspoliklinikken Lovisenberg Diakonale sykehus
Rune Aaen Jørgensen, Norsk psykologforening
Eric Johanssen, Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon
Anne-Beate Sætrang, Avdeling Rusakuttmottak
Aino Lundberg, A-senteret
Stine Giskehaug, Felles organisasjonen for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere
Lise Aasmundstad, Brukerforum
Tom Vøyvik, Incognito klinikk
Unni Aker, Avdeling koordinering pasientstrøm
Espen Arnevik, Avdeling avhengighetsbehandling unge
Gry Aleksandersen, Klinikk psykisk helse og avhengighet, prosjektleder områdeplan psykisk helsevern
Oslo legeförening var invitert til å delta, men har ikke møtt.

2. FAGLIGE OG POLITISKE FØRINGER

Rus- og /avhengighetsbehandling ble som følge av rusreformen i 2004 etablert som et eget tjenesteområde innenfor spesialisthelsetjenesten. Stortingets overordnede mål med rusreformen var at rusmiddelmisbrukere med sammensatte problemer skulle få bedre og mer samordnede tjenester, kapasiteten skulle økes og kvaliteten i behandlingen skulle forbedres.

Spesialisthelsetjenesten består av tre gjensidig overlappende tjenesteområder: somatikk, psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Det er forutsatt at TSB skal inneha av medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse på spesialistnivå. Det er slått fast at både sosialtjenesten og fastlegen har henvisningsrett til TSB. Dette skiller TSB fra annen spesialisthelsetjeneste.

Rusreformen er fulgt opp av en egen opptrappingsplan (2008-2012). Planen har fem hovedmål: 1. Tydelig folkehelseperspektiv 2. Bedre kvalitet og økt kompetanse 3. Mer tilgjengelige tjenester 4. Mer forpliktende samhandling 5. Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende. Det er utarbeidet en egen ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år.

Regjeringen forutsetter i oppdragsdokumentet til Helse Sør-Øst at veksten innenfor TSB og PHV skal være større enn i somatikk.

Helse Sør-Øst vedtok i sak 046/2010 en strategi for utvikling av tverrfaglig spesialisert behandling. I vedtaket heter det bl.a. at

- TSB er et prioritert regionalt satsingsområde.
- Behandlingskapasiteten skal økes med særlig fokus på utbygging av den polikliniske og ambulante kapasiteten og økt kapasitet på akuttbehandling og avrusning.
- Forankring for spesialistbehandling av rus og avhengighetslidelser skal være poliklinisk behandling i samarbeid med de kommunale tjenestene der pasienten bor, for å gi mulighet for tidlig intervensjon og tilbud til pasienter med risikobruk av rusmidler før de utvikler en alvorlig avhengighet. Poliklinisk behandling representerer også den langsiktige oppfølging av spesialisthelsetjenesten av pasienter med kronisk lidelse og risiko for tilbakefall.
- Alle sykehusområder må etablere tilbud om spesialisthelsetjeneste til pasienter med risikobruk- og/eller avhengighet av alle typer rusmidler (legale, illegale og legemidler) samt spilleavhengighet.
- Utvikle behandlingslinjer og forløpsbeskrivelser innen TSB som omfatter hele behandlingsforløpet og alle relevante aktører.
- Sikre samhandlingen med de kommunale helse- og velferdstjenester gjennom samarbeidsavtaler, kommunal deltakelse i sykehusområdenes utarbeidelse av områdeplaner og ved bruk av individuell plan.
- HSØ 13 prinsipper for brukermedvirkning må tas aktivt i bruk gjennom innvolvering av både brukere og pårørende i utvikling av fagfeltet samt utformingen av tjenestene.

Gjennom Samhandlingsreformen vil Regjeringen søke å sikre en framtidig helse- og omsorgstjeneste som både imøtekommer pasientens behov for koordinerte tjenester og de store samfunnsøkonomiske utfordringene. Arbeidsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene må tydeliggjøres. Det er varslet at finansieringsordningen vil innebære overføringer fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Dette gjelder i denne omgang bare somatiske lidelser og ikke PHV og TSB. Det er likevel forventet at TSB allerede nå tar et aktivt grep for å styrke samhandlingen med kommunen/bydelene.

Helsedirektoratet vil innen 2015 utarbeide flere nasjonale retningslinjer innenfor fagfeltet TSB. Disse vil sette standard for behandlingen. Regjeringen vil i løpet av 2012 legge frem en ny stortingsmelding om rusfeltet som ventelig konkretiserer den politiske føringen fra rusreformen og opptrappingsplanen. Det er også varslet at forslaget om etablering av rusmedisin som egen spesialitet for leger vil bli avgjort.

Oppsummering

- TSB skiller seg fra øvrig spesialisthelsetjeneste ved krav om tverrfaglighet dvs. medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse og at både sosialtjeneste og fastlegene har henvisningsrett.
- TSB er under opptrapping.
- Samhandling både internt mellom de ulike aktørene i spesialisthelsetjenesten og med kommunen har et stadig større fokus.

3. BESKRIVELSE PASIENTGRUPPER OG BEHOV FOR HELSETJENESTER

Befolkningsutviklingen i sykehusområde fremskrives slik.

Alle	0-17	18-69	70+	18+	<70	Alle
2025	156274	523927	66212	590139	680201	746413
2011	119845	430050	49335	479385	549895	599230
Prosent	30 %	22 %	34 %	23 %	24 %	25 %

Tabell 1 Befolkning 2011 og –framskrivning 2022 i Oslo Område

TSB i Oslo sykehusområde må dimensjoneres slik at det tar høyde for fremtidig befolkningsvekst. Dette betyr at dersom man forholder seg til befolkningsutviklingen alene, kan vi forvente at antall pasienter vil øke med om lag 25 % fram til 2025.

Alkohol er det dominerende rusmidlet blant Oslos befolkning og i flg WHO den tredje største årsak til sykdom og død i den vestlige verden.

Unge i risikozonen

Ungdommens forbruk av alkohol viste en klar økning fra midten av 90-tallet.

I Oslo drikker de unge voksne mer enn i landet sett under ett. Menn drikker omtrent dobbelt så mye som kvinner i samme aldersgruppe. Kvinnelige studenter mellom 25 og 29 år økte alkoholforbruket med 42 % fra 1997 til 2006. Mannlige studenter har økt sitt alkoholforbruk med 23 % i den samme perioden.

I følge internasjonal standard har 4 % av kvinnene og 32 % av mennene et drikkemønster som, hvis det blir opprettholdt over tid, kan innebære en høy eller alvorlig risiko for alkoholrelaterte helseskader.

Andelen som har brukt hasj siste seks måneder har økt fra 7 % til 10 % i Norge og fra 12 % til 15 % i Oslo. Andelen som har brukt kokain er tredoblet fra 3 % i 1998 til 9 % i 2006. Andelen som har brukt amfetamin har økt fra 5 % til 10 % i samme periode. I Oslo har økningen i kokainbruken vært fra 7 % til 14 %. 8 % av menn i Oslo mellom 21 og 30 år har brukt kokain fem ganger eller mer i 2006. I likhet med utviklingen av alkoholbruk økte omfanget av illegal rusmiddelbruk fra 1997 til 2006. Fire av ti studenter har prøvd hasj . Det er det mest utbredte illegale rusmidlet blant studenter.

Internasjonale trender

Ungdoms risikofylte bruk av alkohol er økende. Europeiske ungdom utvikler et nytt drikkemønster som medfører overstadig drikking i helger - i tillegg til et regelmessig forbruk av mer moderate mengder alkohol i hverdagene. Legevakten i Oslo har et prosjekt med fokus på ungdom og rusbruk. De har funnet et oppsiktsvekkende høyt antall unge pasienter med et betydelig risikoforbruk av alkohol og diverse andre rusmidler. I tillegg til risiko for utvikling av avhengighet medfører det episoder med alvorlige intoksikasjoner, ulykker, skader (trafikkale og andre), risiko for overgrepssituasjoner med mer.

Overdoser

Norge er blant de landene i Europa med flest dødelige overdoser i forhold til folketallet. Antallet overdosedødsfall i Norge økte jevnt fra begynnelsen av 1990-årene og var høyest i 2001-2002. Siden da har den årlige dødeligheten sunket, men

den er fortsatt høy. Omtrent 1/3 av de dødelige overdosedødsfallene i Norge skjer i Oslo.

Antallet kronisk opiatavhengige pasienter er relativt stabilt. Antall pasienter som mottar legemiddelassistert behandling (LAR) i Oslo sykdomsområde har i løpet av en femårsperiode mer enn fordoblet seg. I 2004 var det 453 pasienter Oslo-pasienter som fikk LAR, mens det i dag er i overkant av 1100 pasienter.

Innvandrerbefolkningen

Andelen innvandrere i Oslo er stort. Disse befolkningsgruppene har et svært varierende forbruk av rusmidler. De kliniske miljøene bekrefter en økende tendens til at stadig flere med innvandrerbakgrunn søker behandling. Det uttrykkes særlig bekymring for ungdom/unge voksne innvandrere. Dette gjelder for eksempel menn med svak tilknytning til skole- og arbeidsliv, kvinner fra enkelte innvandremiljøer og europeiske arbeidsinnvandrere med svært høy alkoholforbruk.

Samtidighet av somatiske og psykiske tilleggslidelser

Bruk og misbruk av rusmidler medfører økt risiko for ulike somatiske og psykiske sykdommer eller forverring av sykdommer. Komorbiditet dvs. at pasientene har flere diagnoser både somatiske og psykiatriske i tillegg til rus- og avhengighet, er et sentralt kjennetegn ved rusmiddelavhengighet.

Alkohol er direkte relatert til 60 somatiske sykdommer som hjerte/karlidelser, mage/tarm-sykdommer, infeksjonssykdommer og kreft. Ca 20 % av alle pasienter i indremedisinske avdelinger har en somatisk lidelse som er forårsaket av eller forverret ved deres alkoholforbruk. Man kan i fremtiden forvente en økning av pasientgruppen som følger av at totalkonsumet av alkohol stadig øker.

Ca 30 % av pasientene (Samdata 2011) som mottar behandling i TSB fikk også behandling innefor psykisk helsevern for voksne, blant døgnpasientene fikk 40 % behandlingstilbud fra begge sektorene. Depresjoner og angst er særlig utbredt. Pasienter med atferdsproblemer utgjør en stadig større gruppe. Mange av disse er unge. Pasienter med alvorlige rus- og avhengighetsproblemer har en overhyppighet av sosiale problemer som manglende utdanning og bolig, arbeidsledighet og kriminalitet.

Oppsummering :

- Alkohol er det dominerende rusmiddelet og den 3 største årsak til sykdom og død.
- Økende andel unge har et bekymringsfullt høyt forbruk av rusmidler.
- Det er et høyt antall overdosedødsfall i Oslo.
- Innvandrerbefolkningens rusbruk er økende.
- Mange ruspasienter har også somatisk eller psykisk sykdom

4. STATUS OG UTVIKLING I TILBUDET I HELSETJENESTER INNEN OMRÅDET MOT DE AKTUELLE PASIENTGRUPPENE

Rus- og avhengighetslidelser er fortsatt stigmatisert og tabubelagt. Dette medfører at mange pasienter venter med å oppsøke helsetjenesten for sine rusproblemer. Forskning viser at rus- og avhengighetsproblematikken i snitt har vart mer enn 10 år før pasienten kommer i behandling. Det er for liten oppmerksomhet på rus og avhengighetsproblemer i alle deler av helsetjenesten. Disse pasientene blir derfor ikke oppdaget.

Forskning viser at mange personer som har alkohol eller narkotika problem kommer seg ut av dette uten hjelp av profesjonelle (Heymann 2009). Oslo kommune har et helhetlig ansvar for oppfølging av mennesker med rus- og avhengighetsproblemer og tilbyr et omfattende velferdstilbud for disse. Det omfatter bl.a tilrettelagt skole, arbeid, bolig, helsetilbud og fritidstilbud. I bydelene er det aktiv oppfølging av NAV/fastlegene og Rusmiddeletaten (fra 1.1.2012 Velferdsetaten) i overkant av 700 døgnplasser. Det er også etablert et eget tilbud på Oslo kommunale legevakt (Ruslegevakten). En rekke frivillige ideelle aktører har tiltak som selvhjelpsgrupper, likemannsarbeid og lignende.

TSB skal supplere de kommunale tjenestene, ikke erstatte dem. Det er i dag et aktivt samarbeid mellom TSB og Oslo kommune. Dette arbeidet vil styrkes i forbindelse med Samhandlingsreformen.

I Oslo sykehusområde har Senter for rus og avhengighetsbehandling (SRA) etablert et byomfattende differensiert tilbud til alle pasienter i opptaksområdet. Dette består av utredning, rettighetsvurdering og behandling i akutt- og avgiftningstilbud, poliklinikk (herunder LAR-behandling) dag- og døgnbehandling for henholdsvis unge og voksne pasienter, innleggelse etter Helse og omsorgsloven (tvang), pasienter med bruk av anabole androgene steroider, samt lærings- og mestringstilbud for pasienter og pårørende. HSØ har besluttet at gravide pasienter med behov for døgnbehandling inkl. tvang skal behandles på regionalt nivå. Senteret koordinerer henvisninger for Oslo-tilhørende pasienter til de private institusjonene i regionen med HSØ avtale unntagen A-senteret, Trasoppklinikken, Incognitoklinikk og Blå kors poliklinikk som rettighetsvurderer i hovedsak til egne tilbud. SRA har funksjon som nasjonalt kompetansesenter for LAR og et aktivt forskningsmiljø og sammen med SERAF utgjør avdelingene i senteret et aktivt klinisk forskningsmiljø. SRA har et aktivt samarbeid med Rusmiddeletat og legevakten samt bydelene.

Det er 4 RUPOer i sykehusområdet Oslo som hver betjener 3 bydeler. Disse er organisert i distriktpsykiatriske sentra (DPS). RUPOene har ansvar for pasienter i eget opptaksområde, sin sektor. RUPOene gir tilbud om polikliniske tjenester, som utredning og behandling for pasienter med rus/avhengighetsproblematikk i sitt opptaksområde. De har spesiell kompetanse på pasienter med samtidig psykisk lidelse. De mottar pasienthenvisninger fra NAV /fastlege i sine bydeler og gjør rettighetsvurderinger til eget tilbud og til behandling i døgninstitusjon i andre HF / hos private ideelle organisasjoner. RUPOene har et aktivt samarbeid med bydelene.

Sykehusene i Oslo har *ikke* tilstrekkelig kapasitet til å gi alle med rus- og avhengighetsproblemer i eget opptaksområde nødvendig spesialistbehandling. Oslo-pasienter kan benytte seg av følgende behandlingstilbud:

- Alle kliniske avdelinger i Senter for rus og avhengighetsbehandling
- Poliklinisk behandling i RUPOene (ikke innleggelse i døgnavdeling)
- A-senteret, Trasoppklinikken og Incogito klinikk er lokalisert i Oslo og tilbyr poliklinisk behandling med mulighet for innleggelse i sengepost. Blåkors har en poliklinikk. Disse utgjør en vesentlig andel av det *lokalbaserte* tilbudet til Oslo-pasienter.
- Øvrige private tjenesteytere utenfor Oslo som HSØ har avtale med (ca 16). Majoriteten tilbyr langtids døgnbehandling. Disse representerer ikke et lokalbasert tilbud, men utgjør likevel en vesentlig del av det totale behandlingstilbudet for Oslo-pasientene.

Det er et overordnet mål for all spesialisthelsetjeneste at alle henviste pasienter blir godt utredet for å avklare behandlingsbehov, at pasienten får et behandlingstilbud som matcher behovet og at behandlingen igangsettes innen frist. Dette er et felles faglig forbedringsområde. Henvisningene er ofte ikke tilstrekkelig begrunnet og pasientens behov ikke tilstrekkelig utredet før rett til nødvendig helsehjelp gis. Det er ikke en enhetlig praksis mht rettighetsvurderinger i Oslo sykehusområde.

Alle rettighetspasienter i Oslo får per i dag tilbud om behandling innen fastsatt frist. Mange pasienter velger likevel å stå på venteliste til ulike private institusjoner med lange ventetider og utsetter behandlingsstart langt utover fristfastsettelsen (pasientutsatt behandlingsstart). Mange av pasientene følges ikke aktivt opp i denne i ventetiden – dette til tross for at fristen tilsier at de bør i gang med behandling raskere. Dersom det er fare for fristbrudd har SRA gitt pasienter fra Oslo sykehusområde tilbud om behandling i senterets egne avdelinger.

Et velkjent problem for pasientene er manglende kontinuitet i overgangen mellom behandling i spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester. Dette er særlig tydelig for pasienter som mottar TSB i døgninstitusjoner beliggende langt fra Oslo. Det er nødvendig å styrke kontakten mellom disse institusjonene, de kommunale tiltakene, RUPOene og SRA. Det er de lokalbaserte tiltakene i Oslo innenfor TSB og kommunen som skal følge opp pasienten på lang sikt.

Mange rusavhengige har psykiske lidelser og somatiske sykdommer. Utgangspunktet er at pasienter skal tilbys behandlingsopplegg som integrerer disse områdene. Det er derfor viktig at samhandlingen mellom TSB og avdelinger innen somatikk/PHV forsterkes. Samhandlingen med PHV for barn og unge bør ha et særskilt fokus.

TSB er fortsatt et ungt fagfelt som har mye fokus på hensiktsmessig organisering og faglige forbedringsområder. Dette gjelder i samhandlingen internt i TSB, mellom TSB og resten av spesialisthelsetjenesten og mellom TSB og kommunale tjenester.

Oppsummering:

- Rus- og avhengighetslidelser er fortsatt tabubelagt. Mange søker behandling sent i sykdomsforløpet.
- Oslo universitetssykehus, Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg sykehus har ikke kapasitet til å behandle alle med rus- og avhengighetsproblemer i sykehusområdet.
- A-senteret, Trasoppklinikken, Incognitoklinikk og Blå kors poliklinikk utgjør en viktig del av det lokalbaserte tilbudet for Oslo-pasientene
- Det er ikke en enhetlig praksis for rettighetsvurderinger i Oslo sykehusområde og ikke alle pasienter er tilstrekkelig utredet.
- Mange pasienter velger å stå på venteliste til private institusjoner også utover fastsatt frist. Mange følges ikke tilstrekkelig opp i denne ventetiden.

5. PRINSIPPER FOR FUNKSJONSDELING MELLOM INSTITUSJONER OG MELLOM NIVÅER INNEN SYKEHUSOMRÅDET

Det er et overordnet mål å sikre den enkelte pasient med rus- og avhengighetsproblemer i Oslo sykehusområde rett behandling til rett tid på rett sted. Det er avgjørende at samarbeidet mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten i området fungerer godt. Likedan at samarbeidet mellom

RUPOene ved DPS, A-senteret, Trasoppklinikken, Incognitoklinikk og Blå Kors poliklinikk og SRA fungerer slik at den enkelte pasient får et helhetlig tilbud om behandling. Pasientflyten må være forutsigbar og fleksibel i opptaksområdet. Eksempelvis må pasienter fra Rusakuttmottaket kunne få poliklinisk time raskt på RUPOene/A-klinikkene.

Samhandlingsreformen innebærer et forsterket samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Dette samarbeidet må sikres i forbindelse med innleggelse og utskrivning av spesialisthelsetjenesten særlig ved behov for øyeblikkelig hjelp.

Det må sikres god samhandling både med de 12 bydelene som er i sykehusområdet samt de byomfattende tiltakene i velferdsetaten og helseetaten.

Det er av stor betydning å ha en samlet oversikt over pasientpopulasjonen: utviklingstrender mht. bruk av rusmidler, sykdomsutvikling og behandlingsbehov. Det må etableres et system for rapportering og analyse innenfor sykehusområdet. Alle aktører som tilbyr lokalt baserte tjenester - både TSB og Oslo kommune – må bidra i dette arbeidet.

Det bør etableres felles møteplasser for ledere for alle aktørene innenfor det lokalt baserte tjenestetilbudet for strategisk diskusjon om utviklingen av TSB i sykehusområdet.

Finansieringsordningen må sikre en rettferdig fordeling og hensiktsmessig bruk av helsetjenester. Inntektsmodellen tar ikke i tilstrekkelig grad høyde for storbyens særlige utfordringer. Det er derfor viktig å synliggjøre og dokumentere de forhold i Oslo som forklarer hvorfor storbykomponenten må være i samme størrelsesorden som for PHV. Implementeringen av ny inntektsmodell vil innebære at helseforetakenes rusbehandlingstilbud må reduseres med om lag 25 % de neste tre årene. Dette er bekymringsfullt og må problematiseres i den videre styringsdialogen med HSØ.

Innføring av ny inntektsmodell innebærer innføring av gjestepasientoppgjør mellom helseforetakene og innføring av en form for avregning av forbruket av private avtaleplasser. Det er pasientens helseforetak som forutsettes å betale kostnadene når gjestepasientoppgjøret innføres. Dette må hensyntas i oppgave- og funksjonsfordeling mellom de ulike aktørene i TSB.

I Oslo sykehusområde er det ikke sammenfallende plassering av myndighet til rettighetsvurdering og økonomisk ansvar ved fristbrudd. SRA har hatt det økonomiske ansvaret ved kjøp av tjenester ved fristbrudd for alle Oslo-pasienter, men hovedtyngden av rettighetsvurderingene foregår på de 4 RUPOene. A-senteret, Trasoppklinikken, Incognitoklinikk og Blå kors klinikk rettighetsvurderer i hovedsak til eget tilbud. For å sikre optimal utnyttelse av tilgjengelige ressurser må den myndighet som rettighetsvurderer til behandling også ha det økonomiske ansvaret ved fristbrudd. Dette er praktisk krevende å få til med dagens organisering av TSB.

Rettighetsvurderinger og pasientflyt i opptaksområdet må kvalitetssikres. SRA har etablert et utredningstilbud med tilgjengelig sengestøtte. Pasienter som trenger innleggelse for å gjennomføre utredning/intervensjon kan få dette i SRA, hvis hensiktsmessig i aktivt samarbeid med den lokale RUPOen. Pasienter hvor henviser ikke foreslår behandling i RUPO eller A-klinikk skal henvises til SRA. Pasienter i

pågående poliklinisk behandling som vurderes å ha behov for døgninnleggelse skal viderehenvises til og koordineres av SRA.

Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus har levert følgende dissen:

- Alle pasienter skal i henhold til sektoransvar henvises direkte til ruspoliklinikkene ved de lokale DPS
- Ruspoliklinikkene har ansvaret for rettighetsvurdering, utredning og behandling av pasienter i TSB

Oppfølging av pasienter som venter på behandling må sikres. Vurderingsinstansen som har satt frist har ansvar for å påse at pasienten får adekvat oppfølging i ventetiden. I de tilfeller der pasienter velger å vente utover frist for å komme i behandling må vurderingsinstansen forsikre seg om at dette er forsvarlig og sørge for at pasienten får oppfølging i den forlengede ventetiden.

Oslo sykehusområde vil også i fremtiden være avhengig av TSB-tjenester fra private aktører med HSØ avtale lokalisert utenfor Oslo for å kunne gi tilbud til alle Oslo-pasientene. Det må utvikles et nært samarbeid med disse både i forhold til den enkelte pasient, men også på systemisk nivå for å sikre smidige pasientforløp, sømløse overganger mellom tjenestenivåene og god oversikt over pasientstrøm i sykehusområdet. Det er særlig viktig å samarbeide tett dersom pasienten avbryter behandlingen. Samarbeidet bør primært forsterkes med de private institusjonene som behandler mange Oslo pasienter.

Det er viktig at pasienter innlagt i somatiske avdelinger kartlegges for et eventuelt rusproblem. SRA vil forsterke tilstedeværelse av konsultasjonstjenester i somatiske avdelinger i OUS. Lovisenberg og Diakonhjemmets sykehus må sikre den samme liaisontjenesten i sine somatiske avdelinger. Det må etableres gode pasientforløp for å sikre disse pasientene TSB i Oslo. Avdelinger i OUS, RUPOene og de private A-klinikkene må ha rutiner for å oppdage og viderehenvise disse pasientene. Målet er at pasienten får en timeavtale senest innen en uke.

Mange pasienter med rus og avhengighetsproblematikk har også psykiske lidelser. Den nye nasjonale retningslinjen beskriver at pasienter med lettere komorbid psykisk lidelse skal ha behandling for disse innenfor TSB. Pasienten med alvorlig komorbid psykisk lidelse skal ha samtidig behandling innenfor PHV. PHV, både for voksne og barn, må systematisk kartlegge pasientenes rusbruk. RUPOene ved DPSene har et nært samarbeid med PHV. Det er nødvendig å forsterke samarbeidet mellom SRA og akuttilbudet i PHV og PHV for barn og unge.

Oppsummering:

- Det er et mål å sikre den enkelte Oslo pasient rett behandling til rett tid på rett sted.
- Samhandlingsreformen forsterker behovet for et forpliktende samarbeid mellom de ulike aktørene i Oslo kommune og TSB spesielt knyttet til innleggelse og utskrivning av pasienter.
- Det lokalbaserte tjenestetilbudet for Oslo-pasientene gis av det kommunale tjenesteapparatet, ved RUPOene på DPS, og A-senteret, Trasoppklinikken, Incognito og Blå kors poliklinikk. Samhandlingen må forsterkes slik at pasientforløpene blir fleksible og tilpasset den enkelte pasients behov. Møteplasser for ledere og fagfolk må etableres både internt i TSB og mellom TSB og Oslo kommune.

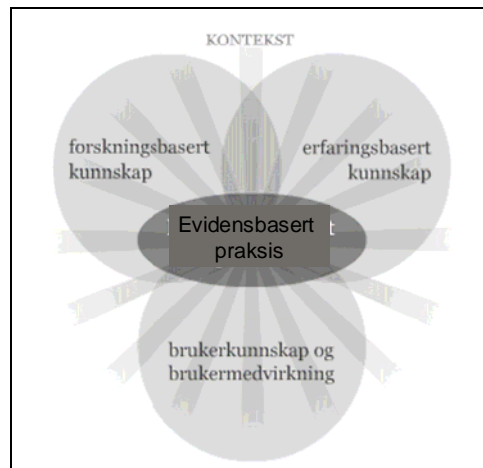
- Det må etableres et system for analyse innenfor sykehusområdet hvor alle aktører som tilbyr lokalbaserte tjenester - både TSB og Oslo kommune – bidrar. Storbyens særskilte utfordringer må synliggjøres.
- Rettighetsvurderinger må kvalitetssikres og fristfastsettingen harmoniseres i sykehusområdet
- RUPOene har ansvar for at pasienter i sine sektorer får utredning og poliklinisk behandling og rettighetsvurderer til det.
- A-klinikkene har ansvar for at pasienter i sin definerte målgruppe får utredning og behandling og rettighetsvurderer til det.
- SRA har ansvar for utredning og behandling ved egne avdelinger i senteret og rettighetsvurderer til det, bl.a til LAR, avgiftning og behandling ved døgnavdelingene.
- SRA har ansvar for å utrede behandlingsbehovet for og rettighetsvurdere pasienter som trenger innleggelse i forbindelse med utredningen.
- SRA koordinerer pasienter med rett til døgnbehandling.
- Vurderingsinstans må påse at pasienten får forsvarlig oppfølging i ventetiden. Pasienter som sier fra seg rettigheter i påvente av plass på en spesiell behandlingsinstitusjon må ha et særskilt fokus.
- Samarbeid med de private institusjonene som er lokalisert utenfor Oslo som mange Oslo pasienter benytter seg av må forsterkes.
- Det må utvikles et sikkert samarbeid for å ivareta pasienter slik at de følges opp ved avbrudd i behandlingen og etter endt døgnopphold ved private instusjoner lokalisert utenfor Oslo.
- Somatiske avdelinger må ha et økt fokus på rus- og avhengighetslidelser. Konsultasjonstjenester må forsterkes.
- Samarbeidet mellom TSB og PHV må forsterkes spesielt iforhold til akuttjenester og psykisk helsevern barn- og unge.

Lovisenberg sykehus og Diakonhjemmet sykehus har levert følgende dissesens:

- Alle pasienter skal i henhold til sektoransvar henvises direkte til ruspoliklinikkene ved de lokale DPS
- Ruspoliklinikkene har ansvaret for rettighetsvurdering, utredning og behandling av pasienter i TSB.

6. FAGUTVIKLING, FORSKNING OG UTDANNING INNEN OMRÅDET

Rus- og avhengighetsbehandling skal baserer seg på evidensbaserte behandlingsmetoder. Dette innebærer både forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap.



Det betyr at all TSB i Oslo sykehusområde skal evalueres og at forskningsaktiviteten skal styrkes. Det bør etableres et felles forskningsutvalg i sykehusområdet under ledelse av SRA i samarbeid med SERAF. Et felles forskningsutvalg vil stimulere til økt forskningsaktivitet og koordinere videre forskningsinnsats i sykehusområdet.

SRA har i dag funksjon som nasjonalt kompetansesenter for LAR. Dette senteret bør også ha et tydelig regionalt oppdrag. Helsedirektoratet foreslår at det opprettes et nasjonalt kompetansesenter for gravide i LAR-behandling ved OUS. I tråd med fagrådets tilrådning til HSØ er det også aktuelt å etablere et kompetansemiljø for behandling av pasienter med alvorlig behandlingstrengende somatisk sykdom og samtidig ruslidelse,

Siden rusreformen har de ulike aktørene innenfor TSB arbeidet med å tilpasse seg kravene til en moderne spesialisthelsetjeneste. For å sikre en reell tverrfaglighet i tilbudet til pasientene har det særlig vært nødvendig å ha fokus på medisinsk forsvarlighet. I døgntilbudene både for avgiftning og annen behandling er sykepleier tilstede gjennom hele døgnet og det lege tilgjengelig hele døgnet gjennom lovlig vaktordning. Legevakten er en kommunal tjeneste og har ikke ansvar for pasienter inneliggende i spesialisthelsetjenestens avdelinger. Dette er ikke på plass alle steder i TSB i Oslo. Det er viktig å øke oppmerksomheten på oppfyllelse av sentrale myndighetskrav som kvalitetssikring, journalføring, individuell plan og epikriser. Både offentlige og private TSB tiltak må måles på de samme kvalitetsindikatorene.

Det er fortsatt nødvendig å tydeliggjøre at TSB er spesialisthelsetjeneste og skal inneha *spesialisert* kompetanse som er tilgjengelig i alle behandlingstilbud. For å sikre god fagutvikling i Oslo sykehusområde bør SRA, RUPOene og A-senteret, Trasoppklinikken, Incognitoklinikk og Blå kors i Oslo forsterke samarbeidet om god fagutvikling for spesialister fra alle yrkesgrupper. Felles undervisning, utveksling av veiledere og fagutviklingstiltak er eksempler på dette. Når rusmedisin etableres som egen spesialitet for leger vil utdanningsansvaret bli forsterket.

Brukermedvirkning bør være et felles satsingsområde spesielt med tanke på utvikling av lærings- og mestringstiltak hvor den enkelte pasient gjøres kompetent til å mestre eget liv. Pårørendearbeid er en viktig del av denne satsingen. Det bør vurderes å etablere et felles brukerforum for sykehusområdet.

Videreformidling til likemannsarbeid, selvhjelpsgrupper og brukerstyrte tiltak er en viktig forlengelse av disse tiltakene.

HSØ har gitt SRA i oppdrag å utarbeide en behandlingslinje for alkohol. Dette bør være begynnelsen på en økt satsing på og utvikling av behandlingslinjer for andre pasientgrupper. Beskrivelse av arbeidsdeling og samhandling mellom Oslo kommune og TSB er et sentralt tema i behandlingslinjene.

Samhandling med Oslo kommune må ivaretas ved å sikre dialog mellom aktørene innen TSB og bydelene/sentrale etater. Det er utviklet en overordnet samarbeidsavtale mellom HSØ og lokalsykehusene. Denne må følges opp med konkrete samarbeidsavtaler innenfor rusfeltet og regelmessige dialogmøter. Samhandlingsarena Aker er en mulighet til å forsterke samarbeidet mellom Oslo kommune og TSB for eksempel ved at det etableres et kommunalt vente- og motivasjonstilbud med liaisonfunksjoner fra SRA. Økt samhandling mellom LAR-poliklinikkene og Villa Mar kan være et annet eksempel på dette.

TSB må forsterke sin veiledningsinnsats overfor Oslo kommune og bidra til kompetanseheving blant personell i helse- og velferdstiltakene i kommunen, med fokus på fastleger og ansatte i NAV-.

Oppsummering

- Rus- og avhengighetsbehandling skal basere seg på evidensbaserte behandlingsmetoder og at forskningsaktiviteten skal styrkes gjennom et felles forskningsutvalg
- Reell tverrfaglig spesialistkompetanse må være tilstede i alle tjenestetilbud og alle tiltak må måles på kvalitet og faglighet. Individuell plan, journalføring og epikriser må vektlegges.
- SRA, RUPOene, A-senteret, Trasopp, Incognito og Blå kors må forsterke samarbeidet om forskning, fagutvikling og undervisning,
- Det bør vurderes å etablere et felles brukerforum for sykehusområdet. Lærings- og mestringstiltak hvor den enkelte pasient gjøres kompetent til å mestre eget liv prioriteres.
- Arbeidet med "Behandlingslinje alkohol" avsluttes og anbefalingene implementeres i sykehusområdet. Arbeidet med nye behandlingslinjer forsterkes.
- Samhandlingen med Oslo kommune konkretiseres gjennom samarbeidsavtaler og regelmessige dialogmøter. Samhandlingsarena Aker videreutvikles.

7. HOVEDPUNKTER I EN OMRÅDEPLAN OPPSUMMERT

Rus- og avhengighetslidelser er fortsatt tabubelagt. Mange søker behandling sent i sykdomsforløpet. Oslo universitetssykehus, Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg sykehus har ikke kapasitet til å behandle alle med rus- og avhengighetsproblemer i sykehusområdet. A-senteret, Trasoppklinikken, Incognitoklinikk og Blå kors poliklinikk utgjør en viktig del av det lokalbaserte tilbudet for Oslo-pasientene. Private tjenesteleverandører lokalisert utenfor

sykehusområdet utgjør også en vesentlig del av det totale behandlingstilbudet for Oslo-pasientene.

Samhandlingen mellom de ulike TSB-aktørene må styrkes. Analyse av pasientpopulasjonens behov må etableres for strategisk planlegging og dialog. Forskningsinnsats må økes og det etableres faglig kunnskapsutvikling og felles undervisningstiltak. Oslo kommune må inkluderes i denne samhandlingen. Storbyens særskilte utfordringer må synliggjøres.

Samhandlingen internt i TSB må forsterkes slik at pasientforløpene blir fleksible og tilpasset den enkelte pasients behov.

Rettighetsvurderinger må kvalitetssikres og fristfastsettingen harmoniseres i sykehusområdet

RUPOene har ansvar for at pasienter i sine sektorer får utredning og poliklinisk behandling og rettighetsvurderer til det.

Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus har levert følgende dissen:

- Alle pasienter skal i henhold til sektoransvar henvises direkte til ruspoliklinikkene ved de lokale DPS
- Ruspoliklinikkene har ansvaret for rettighetsvurdering, utredning og behandling av pasienter i TSB

A-klinikkene har ansvar for at pasienter i sin definerte målgruppe får utredning og behandling og rettighetsvurderer til det.

SRA har ansvar for utredning og behandling ved egne avdelinger i senteret og rettighetsvurderer til det, bl.a til LAR, avgiftning og behandling ved døgnavdelingene.

SRA har ansvar for å utrede behandlingsbehovet for og rettighetsvurdere pasienter som trenger innleggelse i forbindelse med utredningen.

SRA koordinerer pasienter med rett til døgnbehandling

Vurderingsinstans må påse at pasienten får forsvarlig oppfølging i ventetiden.

Somatiske avdelinger må ha et økt fokus på rus- og avhengighetslidelser. Konsultasjonstjenester må forsterkes.

Samarbeidet mellom TSB og PHV må forsterkes spesielt i forhold til akuttjenester og PHV for barn- og unge.

Det bør etableres et felles forskningsutvalg for TSB i sykehusområdet. Det bør også vurderes å etablere et felles brukerforum. Arbeidet med "behandlinglinje alkohol" implementeres og arbeidet med nye behandlinglinjer forsterkes. Samhandlingen med Oslo kommune konkretiseres gjennom samarbeidsavtaler og regelmessige dialogmøter.

Områdeplanen behandles i de styrende organene i helseforetakene. Planen vil ruleres årlig.

VEDLEGG

Oversikt over tjenestetilbudet i TSB i sykehusområdet og henvisningsvei

Oversikt over RMEs tilbud



Kommunaldirektørens sak

Kommunaldirektørens sak nr.: 8/2012

Vår ref. (saksnr.): 200804465-20

Vedtaksdato: 15.03.2012

Arkivkode: 200

OMRÅDEPLANER FOR OSLO SYKEHUSOMRÅDE - INNSPILL TIL BESLUTNINGSPROSESSEN

Saksfremstilling:

Oslo kommune er bedt om å gi innspill til Oslo universitetsitssykehus områdeplaner på følgende områder: Rusbehandling, psykisk helsevern, habilitering (barn/ungdom og voksne) rehabilitering og fødselsomsorg. Oslo kommune har bare i liten grad fått anledning til å delta i det arbeidet som er gjort, noe vi er kritiske til i høringen. Vi presiserer imidlertid at vi ønsker å onvolveres i den videre prosessen, og ber samtidig om at det er byrådsavdelingen som kontaktes for å sikre koordinering og oppfølging.

I høringen gis bl.a. merknader til opplysninger i dokumentet om en systematisk forskjellsbehandling av byens befolkning ut fra de ulike sektorene når det gjelder tilbud om rehabilitering i sykehus. Oslo kommune understreker at denne praksisen er uakseptabel.

Plan for svangerskaps- fødsels- og barselomsorgen er preget av manglende kommunal deltagelse, ved at verken svangerskaps- eller den kommunale delen av barselomsorgen er behandlet. Det anses som uheldig.

På områdene psykisk helse og rus har byrådsavdelingen fått innspill fra Helseetaten og Velferdsetaten, og disse innspillene legges ved saken.

Vedtakskompetanse:

Bystyret har delegert til byrådet å avgi høringsuttalelser på kommunens vegne, jf sak 218 av 30.05.2001. Byrådet har delegert til byråden å avgi høringsuttalelse dersom saken ikke er av prinsipiell betydning, jf sak 1360 av 03.07.2001. Byråden har delegert til kommunaldirektøren å avgi høringsuttalelse på samme vilkår, jf byrådets sak 4/2008.

Vedtak:

Oslo kommune avgir følgende høringsuttalelse:

Oslo kommune har mottatt forslag til områdeplaner for Oslo sykehusområde til høring. Høringen omfatter fem områder: Rusbehandling, psykisk helsevern, habilitering (hhv barn/ungdom og voksne) rehabilitering og fødselsomsorg. I oversendelsesbrevet bes det spesifikt om at følgende tre områder kommenteres:

- Beskrivelse av behov for spesialisthelsetjeneste med tilbud til Oslo-pasienter på disse feltene
- Beskrivelse av arbeidsdelingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
- utfordringer og aktuelle tiltak i grensesnittet mellom de to tjenestene

I oppdraget fra Helse Sør Øst til helseforetakene er det forutsatt at områdeplanene som utarbeides skal koordineres mot primærhelsetjenestens behov og planer. Det opplyses i høringsbrevet at Oslo kommune har vært invitert inn i arbeidet som observatør. Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester er imidlertid ikke kjent med at det har vært sendt ut invitasjon om slik deltagelse, med unntak for habiliteringsområdet. Det er uansett uheldig at det ikke har vært mulig å få på plass et nærmere samarbeid om planarbeidet, særlig på områdene hvor det kommunale tjenestetilbudet utgjør en vesentlig og nødvendig del av et helhetlig pasientforløp, som bl.a. innenfor fødselsomsorgen, rehabilitering og habilitering, og rus og psykisk helse.

Oslo kommune ønsker å involveres i de prosesser som er nødvendig for å få ferdigstilt planene. Kommunen og helseforetakene har en etablert og velfungerende samhandlingsstruktur, og tettere samarbeid om så viktige dokumenter. Det er ønskelig at det er byrådsavdelingen som er kontaktpunkt, noe som også vil gi kommunen en mulighet for koordinering og oppfølging av ulike samarbeidstiltak som pågår på ulike arenaer.

Oslo kommune har i brev av 10.11.2011 til Oslo universitetssykehus gitt innspill til områdeplan for barnehabilitering. Vi registrerer at de innspill som er gitt er tatt hensyn til, og har ingen merknader til planene slik de nå foreligger.

Områdeplan rehabilitering

Beskrivelse av behov for spesialisthelsetjeneste med tilbud til Oslo-pasienter

Det er Oslo kommunes vurdering at planutkastet gir en grundig og god beskrivelse av både pasientgruppen og av spesialisthelsetjenestetilbudet. Videre gis en oversikt over utfordringer knyttet til endringer i befolkningsgrunnet, og vi legger til grunn at planutkastet vil være nyttig for videre arbeid med områdeplan. Oslo kommune er opptatt av at det på rehabiliteringsområdet etableres helhetlige behandlingsskjeder som er uavhengig av pasientens bosted. Dette krever også at de tre sykehusene er omforente om behandlingsforløp og det tilbud som gis oslopatientene.

Planutkastet redegjør for store ulikheter når det gjelder deler av behandlingstilbudet innen rehabilitering for Oslo sin befolkning. Blant annet når det gjelder tilbud om hjerterehabilitering i sykehus, etter akuttbehandling. Det opplyses at halvparten av byens befolkning har ikke tilbud om rehabilitering i sykehus. *”Mye tyder på en ulikhet i rehabiliteringstilbudet til disse gruppene avhengig av hvilket sykehus man møter i akutfasen”*. Og videre at pasienter tilhørende Oslo universitetssykehus vil få *”et mer spesialisert rehabiliteringstilbud etter akutfasen enn pasienter tilhørende de andre bydelene”*. De samme konklusjoner foreligger både for gruppen eldre med brudd og når det gjelder multisyke eldre.

Det er Oslo kommunes vurdering at denne praksis ikke er akseptabel. Det er av stor betydning for Oslo kommune at byens borgere tilbys riktige og likeverdige helsetjenester. Et forsvarlig tilbud til pasientene må sikres avhengig av bosted og uavhengig av akutt sykehus. Vi oppfatter at ansvarlig helseforetak har det overordnede ansvar for oppgaver og funksjoner som er lagt til sykehusområdet også når det gjelder funksjonsfordelingen mellom helseforetakene og de private sykehusene. Videre er det vår vurdering at dette ansvaret gjelder selv om private sykehus har lokalsykehusfunksjoner innenfor området. Vi viser bl.a. her til Sak nr. 044-2010 av 9. juni 2010

om regionale utviklingsområder – rehabilitering, samt også til styrevedtak i Helse Sør-Øst 108-2008.

Utgangspunktet er med andre ord at også de to private sykehusene er forpliktet til å henvise sine pasienter til behandling innenfor det etablerte behandlingstilbudet i sykehusområdet, selv om de selv ikke yter disse tjenestene. Hvilke virkemidler som bør tas i bruk for å sikre at alle pasienter får et forsvarlig tilbud må helseforetaket vurdere, men vi minner om fritt sykehusvalg som et prioritert virkemiddel for å sikre lik tilgang til helsetjenester, og sykehusenes plikt til å informere om denne rettigheten.

I områdeplanen skisseres mulige løsninger for å sikre likeverdige tilbud til alle. Ett tiltak er å utvide kapasiteten, og det skal opprettes en felles døgnrehabiliteringspost for de tre sykehusene for primærrehabilitering av slagpasienter. Oslo kommune støtter disse forslagene, men vil presisere at det uavhengig av planer om fremtidig kapasitetsutbygging må sikres et forsvarlig og likeverdig tilbud til alle pasienter nå.

Arbeidsdelingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten

Rehabilitering er et fagfelt i utvikling. Ansvars- og oppgavefordelingen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten er ikke veldig tydelig avklart, og er dessuten i endring. Det er nødvendig at videre utvikling av tjenesteområdet gjøres i et mye tettere samarbeid mellom forvaltningsnivåene enn det foreliggende områdeplan bygger på.

Samhandlingsreformen forutsetter at kommunene og helseforetakene innen 1.7.2012 inngår tjenesteavtaler, også innen området rehabilitering. Det arbeidet sykehusene har gjort gjennom områdeplanarbeidet vil være et godt bidrag inn i arbeidet med avtalene på samme måte som det arbeidet vi i fellesskap har gjort i forberedelsene til etablering av kommunal døgnrehabilitering ved Aker.

Når det gjelder utfordringer i relasjonen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten kan vi for en stor del slutte oss til at de punkter som rehabiliteringsplanen skisserer er viktige. Det er behov for å komme fram til en felles forståelse av hva er problemene, og en felles tilnærming til å løse disse. Oslo kommune har helt klart også et ansvar når det gjelder både av tjenestene og samarbeidet, og ser fram til å bli trukket inn i det videre arbeid med områdeplanen.

Svangerskaps- fødsels- og barselomsorgen

Plan for en ”helhetlig svangerskaps- fødsels- og barselomsorg” betinger i enda større grad enn andre planer en helhetlig tilnærming, i og med at både svangerskaps- og barselomsorgen i hovedsak foregår i kommunen. Oslo kommune savner et samarbeid om planutkastet på dette området, og er ikke kjent med om det har vært gjort forsøk på å etablere dette. Det presiseres i oversendelsesbrevet at ”planer er koordinert mot primærhelsetjenestens behov og planer, og at de beskriver funksjonsdeling mot primærhelsetjenesten”. Oslo kommune er usikker på om det er tilfelle.

Behov for spesialisthelsetjeneste innen fødselsomsorgen - vekstmuligheter

Det forventes ca. 9500 fødsler ved OUS i 2012. Region- og landsfunksjonspasientene er beregnet til ca. 700. Det opplyses videre at forventet vekst vil gi ca 11500 fødsler i 2020. Det opplyses at tallene gjør funksjonsfordelingen internt i sykehuset viktig, og at tilveksten (ca. 250 pasienter i året) i all hovedsak planlegges på Gaustad.

Det er uklart om behov for økt kompetanse på området er vurdert. Det gjelder både jordmor- og legekompentanse. Behov for gynekologer drøftes, men vurderes ikke ift de data som foreligger om økning i antall fødsler. Det gjøres så vidt vi kan se ikke vurderinger når det gjelder dagens kompetanse/kapasitet. Det konkluderes imidlertid med at helseforetaket vil lage ”gode læringsarenaer”.

Innledningsvis vises til Helsedirektoratets rapport IS -1815 Utviklingsstrategi for jordmortjenesten fra 2010. Der foreslås tiltak for å styrke jordmortjenesten. Det opplyses videre at Helsedirektoratet uttrykker at de vil bort fra dagens ordning i kommunehelsetjenesten hvor majoriteten av jordmødrene jobber alene i små deltidstillinger. De ønsker å samle tjenestene i et geografisk område som jordmorsenter, sentralt plassert i helsestasjon, helsesenter, helseforetak, fødestue, lokal- eller distriktsmedisinsk senter. Spørsmål om helheten i tjenesten, og spørsmål knyttet til organiseringen av den kommunale tjenesten må imidlertid drøftes sammen med kommunen før dette kan inngå som del av planen.

Arbeidsdelingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten

Planen skal omfatte både svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorgen, men planutkastet omhandler i liten grad svangerskapsomsorg og barsel. I all hovedsak er det fødselsomsorgen som behandles. Det innebærer at spørsmål knyttet til seleksjon og henvisning til spesialisthelsetjenesten, og kommunikasjon med fastlege/jordmor under svangerskapet ikke omtales. Ifm omtale av ABC-fødeavdelingen, som er en jordmorstyrt fødestue, heter det at ”det skal være skriftlige seleksjonskrav for fødende til fødestuer”. Det gis ingen opplysninger om hvem som har ansvar for seleksjonskravene, og i hvilken grad slike foreligger i dag. Dette er uheldig, da det er et viktig område.

Planen berører i liten grad problemstillinger knyttet til utskrivning fra sykehus og ansvar og organisering under barsel. Problemene beskrives, men tiltak for å løse disse omfattes ikke av planen.

Utfordringer og aktuelle tiltak i grensesnittet mellom de to tjenestene

Oslo kommune slutter seg til at følgende områder pekes ut som sentrale og med behov for tiltak:

- Samarbeid med Oslo kommune
- Innføring av elektronisk fødejournal
- Samarbeid med høyskole og universitet for å lage en god læringsarena

OUS opplyser at statens helsetilsyn har gjennomført tilsyn med barselomsorgen i 2010. Funnene tyder på at barseloppfølgingen i kommunene foreløpig ikke er godt nok tilpasset tidligere utskrivning fra fødeinstitusjonene. Det er blant annet avdekket manglende informasjonsflyt fra sykehus til helsestasjon/helsepersonell i kommunen.

Oslo kommune deler vurderingen av at det største problemet er knyttet til at pasientene skrives ut stadig tidligere – og at det derfor er behov for særlige tiltak for å ivareta oppfølgingen. Det opplyses i planen at det er igangsatt ”barsel- og ammepoliklinikker” – for å kompensere at ”det er et gap fra mor og barn blir skrevet ut av fødselsinstitusjonen, til de får kontakt med helsestasjonen.” Det heter videre at ”Det er vanlig at familien blir bedt om selv å ta kontakt med helsestasjon ved utskrivning.” Det gis imidlertid ingen kommentar til hvilke utfordringer erkjennelsen om manglende informasjonsflyt innebærer for OUS, og hva de vil gjøre med dette.

Det vises til behov for oppdatering av IKT og elektronisk journal, men vi har vanskelig for å se at helseforetaket kan vente til dette er på plass. OUS bør ha en plan for hvordan de kan kompensere for mangler når det gjelder IKT. Når pasienten, i strid med klare retningslinjer fra Helse Sør-Øst sendes ut uten epikrise og uten den nødvendige informasjonsoverføring til kommunen, øker dette risikoen for manglende oppfølging og komplikasjoner både for mor og barn.

Tidlig utskrivning og problemer knyttet til amming søker OUS å løse med å opprette egne ammepoliklinikker. Oslo kommune støtter det arbeidet som er igangsatt når det gjelder ammehjelp/ammepoliklinikker og hjemmesykehus ved behov. Ansvar for igangsetting av ammingen har fram til i dag vært et ansvar for spesialisthelsetjenesten, og det bør det muligens fortsatt være. Vi vil likevel påpeke det potensialet som ligger i å utvikle tjenestetilbudet i fellesskap og gjennom dette skape bedre sammenheng og større trygghet for mor og barn. Det er behov for felles planer for hvordan dette arbeidet best kan og bør organiseres, og helsestasjonen og kommunens jordmorkompetanse bør involveres.

Oslo kommune vil avslutningsvis minne om at det innen 1. juli skal utarbeides en avtale om samhandling og samarbeid også på fødeselsområdet. Arbeidet med avtalene krever at det er enighet om problemstillinger og om tiltak, og det bør også være samsvar mellom avtalen og de overordnede plandokumentene.

Psykisk helse og Tverrfaglig Spesialisert Behandling

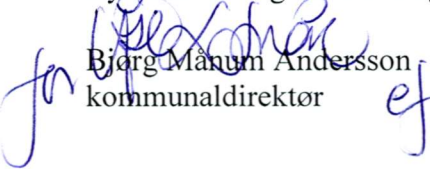
På områdene psykisk helse og rus har Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester innhentet innspill fra både Helseetaten og Velferdsetaten. Oslo kommune stiller seg bak de vurderinger og forslag som fremkommer her, og uttalelsene i brev av 06.03.1012 og 09.03.2012 vedlegges derfor.

I tillegg til hva som fremkommer i de to ovennevnte brevene, vil Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester be OUS om å ta med vår felles planlegging av institusjon/behandlingstilbud mellom barne- og ungdomspsykiatri og barnevern i Områdeplanen for psykisk helse.

Generelle utfordringer og aktuelle tiltak i grensesnittet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten i Oslo

OUS påpeker i høringsbrevet at den nylig innførte Samhandlingsreformen vil gi konsekvenser for det fremtidige planarbeidet. Det heter bl.a. i planen for rehabilitering at det "forutsettes at kommunene overtar ansvaret for disse pasientene på et tidligere tidspunkt enn tidligere". Oslo kommune finner grunn til å minne om at Helse- og omsorgsdepartementet i en rekke sammenhenger har presisert at ingen tilbud skal legges ned som følge av Samhandlingsreformen før kommunen har fått anledning til å bygge opp sitt tilbud. Oslo kommune vil igjen understreke at det er et skarpt skille mellom saldering og samhandling, og som et minimum må det kunne forventes at kommunen involveres i planene før de iverksettes.

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester

 Bjørg Månrum Andersson
kommunaldirektør

27.04.2012

Områdeplan for nevrohabilitering, i Oslo sykehusområde

Innholdsfortegnelse

1. Bakgrunn og formålet med områdeplan	4
1.1 Habilitering.....	4
2. Faglige og politiske føringer	5
2.1 Relevante dokumenter som skal ligge til grunn for arbeidet med områdeplanen.....	5
3.Pasientgruppers behov for helsetjenester	6
3.1 Demografisk framskriving	7
3.2 Befolkningsframskriving for aldersgruppen 0-17 år	7
4. Status og utvikling i tilbudet i helsetjenester innen området mot de aktuelle pasientgruppene... 8	8
4.1 Barneavdelingen for nevrofags visjon	8
4.2 Hvordan dekkes behovet for habiliteringstjenester for barn i dag.....	9
4.2.1 Program intensiv trening (PITH)	9
4.2.2 Kjøp av tjenester hos private institusjoner	9
4.2.3 Kapellveien habiliteringssenter.....	9
4.2.4 Nordre Aasen habiliteringssenter	10
4.2.5 Lærings og mestringssenteret, for barn unge og dere familier	10
4.3 Samarbeidsavtaler mellom nivåene og innenfor samarbeidende områder.....	10
4.3.2.Samarbeid med Seksjon for nevrohabilitering – voksen og barn vedrørende overgangen fra barn/ungdom til voksen.	10
4.3.3 Samarbeidsavtale med Senter for psykisk Helse Barn og Ungdom, OUS og BUP Oslo.	11
4.4 utfordringer og problemstillinger i forhold til dagens tilbud	11
4.4.1 utfordringene er knyttet til områder som	11
5. Organisering av funksjonsfordeling mellom institusjoner og nivåer i fremtiden	12
5.1 Seksjon for nevrohabilitering – barn, Oslo Universitetssykehus	12
5.2 Lærings og mestringssenteret for barn unge og deres familier (LMS – barn)	12
5.3 Program Intensiv trening og habilitering (PITH)	12
5.4 Fremtidige tjenester fra private Habiliteringssentre	13
5.5 Ansvar som ligger til bydelene i sykehusområdet	13
5.6 Fastlegens ansvar for oppfølging	13

27.04.2012

5.7 Statlige pedagogiske kompetansesentere.....	13
5.8 Plan for samarbeidsområder og tiltak	13
6. Fagutvikling, forskning og utdanning innen området	14
6.1 Alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK)	14
6.2 Regionalt ressurscenter for barnehabilitering (RHABU).....	14
7. Hovedpunkter i en områdeplan oppsummert	15
7.1 Hvordan dekkes behovet for habiliteringstjenester for barn i dag.....	15
8. Vedlegg.....	16

1. Bakgrunn og formålet med områdeplan

Områdeplanen for habilitering av barn og unge er en del av en felles områdeplan for tjenestene i sykehusområdet i Oslo.

Områdeplanen er utarbeidet i samarbeid med:

Trude Aas	koordinator habilitering og psykisk helse, barn og unge. Bydel Østensjø
Vivian Dåseth	brukerrådet i Helse SørØst
Bjørn Sletvold	tillitsvalgt for fastlegene i Oslo
Morten Sundby	administrativ leder Stiftelsen Nordre Aasen (Nordre Aasen og Kapellveien habiliteringssenter)
Truus Greuter Bøe	spesialrådgiver byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester. Oslo kommune
Solfrid Anette K. Iversen	spesialkonsulent for fysioterapeuter i Helse og velferdsetaten i Oslo kommune
Tone Hee Åker	Stedlig koordinator LMS, og rådgiver i Seksjon for nevrohabilitering,OUS
Ragnhild Storvik Leite	Seksjonsleder, Seksjon for nevrohabilitering,OUS

I oppdraget fra Stab Samhandling og internasjonalt samarbeid ved OUS bes det om en områdeplan som skal beskrive behovet for habiliteringstjenester i sykehusområdet fremover og vise hvordan de skal dekkes. Den skal videre beskrive samspillet og arbeidsdelingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Planen skal gi en definisjon av områdeoppgaver og skissere hvordan tjenestene innen dette området bør utvikles i årene fremover.

I strategisk plan for Helse SørØst 2009 – 2020, heter det at habilitering og rehabilitering ikke har den prestisje i helse- og omsorgstjenesten som de overordnede helse- og velferdspolitiske målene tilsier. Det overordnede målet for den nasjonale rehabiliteringsstrategien er å endre dette.

Planen skal bidra til å videreutvikle habiliteringsfeltet i sykehusområde og skal følges opp med rapportering i årlig melding til Helse SørØst.

1.1 Habilitering

Begrepet habilitering brukes på et kunnskapsområde som er utpreget tverrvitenskaplig og som befinner seg i grenseområdet mellom medisin, sosialvitenskap, psykologi og pedagogikk. Sist, men ikke minst, brukes det på den bistands- og samhandlingsprosessen, hvor en person med en funksjonsnedsettelse mottar bistand fra flere tjenesteytere ut fra sine forutsetninger, ønsker og behov. Habilitering særpreges av å være en kompleks og tverrfaglig innsats. Innsatsen er mer helsefremmende enn sykdoms- og behandlingsinnrettet. Mange barn og ungdom har funksjonsnedsettelser som gjør at de vil ha behov for habiliteringsbistand hele livet. (1)

Det kan være mange ulike årsaker til funksjonsnedsettelsen: Medfødte misdannelser, sykdommer eller utviklingsavvik, skader i mors liv eller rundt fødselen, alvorlige ulykker i løpet av oppveksten. Alvorlige nevropsykiatriske utviklingsforstyrrelser eller psykiske lidelser som medfører varige funksjonsnedsettelser. Kreftformer som gir

hjernesvulster og krever nevrokirurgisk behandling og ofte etterfølgende strålebehandling og cellegiftkur. Enkelte av disse barna og unge vil få varig hjerneskader og vil ha behov for ulike habiliteringstiltak.

Medisinsk eller psykiatrisk behandling retter seg mot sykdommen eller den psykiske lidelsen, mens **habiliteringstiltakene retter seg mot barn og ungdom og deres familiers fungering og deltakelse, samt mot omgivelsesfaktorene**. Habilitering skal omfatte alle de livsområdene og livsarenaene hvor barn og ungdom trenger ekstra bistand for å mestre de utfordringer de stilles overfor.

2. Faglige og politiske føringer

I styresak 045/2010 legger Helse Sørøst føringer for regionale utviklingsområder for habiliteringstjenestene. Områder som skal legges til grunn for videreutviklingen av habiliteringsfeltet er:

- Brukermedvirkning
- Videreutvikling av Individuell plan som arbeidsverktøy
- Styrke pasient og pårørende opplæring i de kliniske avdelingene og ved Lærings- og mestringseenhetene
- Ambulante tjenester skal være det førende behandlingstilbudet
- Intensiv trening og behandling for pasientgrupper hvor dette er aktuelt
- Medisinsk tverrfaglig diagnostikk og funksjonsutredning
- Tverrfaglig oppfølging og behandling av vansker knyttet til funksjonsnedsettelse
- Utvikle tjenestetilbudet i nært samarbeid med bydelene i opptaksområdet og brukerorganisasjoner
- Ha gode rutiner for samarbeid med barneavdelingene, BUP og voksenhabiliteringen

2.1 Relevante dokumenter som skal ligge til grunn for arbeidet med områdeplanen

- Handlingsplan for habilitering av barn og unge 2009
- Habilitering av barn, Helsetjenestetilbud til barn med nedsatt funksjonsevne og kronisk syke barn, og deres foreldre – organisering og utvikling, Helsedepartementet 2004
- Stortingsmelding "Ansvar og meistring" (St.meld. nr. 21, 1998-1999)
- Forskrift om habilitering og rehabilitering – 2001
- St.prp. nr. 1 (2007-2008) kapittel 9 Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011
- Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009)
- Prinsipper for brukermedvirkning på systemnivå i Helse Sør-Øst (13 prinsipper)
- Mobilisering av medarbeidere og ledere – 12 prinsipper for medvirkning i omstilling
- Styrevedtak 108-2008 Helse SørØst RHF: Omstillingsprogrammet. Innsatsområde i hovedstasprosessen.
- Styrevedtak 044-2010 Helse Sør-Øst RHF: Regionale utviklingsområder - rehabilitering
- Styrevedtak 045-2010 Helse SørØst RHF: Regionale utviklingsområder - habilitering
- Strategisk utviklingsplan 2009 – 2020 Helse SørØst

I tillegg er to nye lover under høring, som kan få innvirkning på habiliteringsfeltet:

- Ny folkehelselov,
- Ny lov for kommunale helse- og omsorgstjenester

Lovene, som er under utarbeidelse og høring, signaliserer en sterkere rolle for kommunene i den samlede helse- og omsorgstjenesten.

3.Pasientgruppers behov for helsetjenester

Et overordnet mål i den nasjonale rehabiliterings- og habiliterings strategi er å gi fagfeltet den posisjon og prestisje de overordnede helse- og velfredspolitiske målene tilsier. Helse SørØst påpeker i sin plan for strategisk utvikling 2009 – 2020 at det må jobbes videre med å sette inn tilstrekkelige ressurser på dette området slik at det etableres riktig kapasitet for tjenesten.

Sett i lys av de demografiske fremskrivningene og dagens allerede avvikende kapasitet knyttet til antall fagstillinger i forhold til barnepopulasjonen er det behov for økt kapasitet.

Dette er helt nødvendig å øke antall fagstillinger for å møte barnas og familienes behov for spesialiserte habiliteringstjenester. Det er et særlig behov for å styrke kapasiteten på den ambulante innsatsen i form av veiledning, opplæring og kompetansespredning til det lokale hjelpeapparatet. Habiliteringsvirksomheten omfatter den gruppen barn med den aller mest komplekse og sammensatte sykdom/funksjonshemming og hvor et godt resultat er helt avhengig av et kontinuerlig og nært samarbeid med et bredt fagfelt som omfatter alle typer subspecialister.

Seksjon for nevrohabilitering-barn, OUS skal yte medisinsk begrunnede spesialisthelsetjenester for diagnostisering og utredning i en tverrfaglig sammenheng til personer med funksjonshemming der dette er forårsaket av sykdom og skade i nervesystemet, eller medfødte avvik med vesentlig nevrologiske konsekvenser.

De mest aktuelle tilstandene er:

multifunksjonshemming, cerebral parese, muskelsykdommer, tidlig kontaktavvik/autisme, og psykisk utviklingshemming uten noen årsaksdiagnose. Barn med uavklarte syndromer, og følgetilstander etter betydelig prematuritet/dysmaturitet, hodeskader eller infeksjoner i nervesystemet og språkforstyrrelser.

Spesialisthelsetjenesten skal yte tjenester som krever en slik grad av spesialisering at det ikke er faglig eller samfunnsmessig hensiktsmessig og legge dem under det kommunale ansvaret. Disse tjenestene har rimelig geografisk nærhet til brukerne og har kontakt med bydelene. Ut fra et habiliteringsperspektiv kan en forenklet si at Oslo universitetssykehus har område oppgaver knyttet til et spesialisert tjenesteansvar og et supplement til kommunal habilitering i forhold til fem store brukergrupper:

- Barn og unge med kroniske sykdommer som gir funksjonsnedsettelse
- Barn og unge med funksjonsnedsettelse grunnet sansetap
- Barn og unge med medfødte eller nevrologiske skader eller tilstander
- Barn og unge med ervervede hjerneskader
- Barn og unge med nevropsykiatriske utviklingsforstyrrelser og lignende(1)

3.1 Demografisk framskrivning

For å beregne aktivitetsvolumet innen barnehabilitering i 2025, tar vi utgangspunkt i befolkningstallene og framskrivning av disse mot 2025. Vi har her brukt Statistisk sentralbyrå sin framskrivning med middels vekst (MMMM - middels nasjonal vekst med forutsetninger om middels fruktbarhet, middels levealder, middels innenlands mobilitet og middels netto innvandring.)

For aldersgruppen 0-17 år, er det beregnet en økning på 11 prosent fram mot 2025. Det er her viktig å merke seg at for Oslo kommune er økningen større enn for resten av landet, og det er ventet en økning på 29 prosent for aktuell aldersgruppe. Oslo har den høyeste andelen av minoritetsspråklige.

0-17 ÅR	SUM 2009	SUM 2020	SUM 2025	% 2009-2020	% 2009-2025
Norge	1109156	1173556	1228225	6	11
Helse SØ	599676	645898	674376	8	12
Oslo	114777	138448	147543	21	29

3.2 Befolkningsframskrivning for aldersgruppen 0-17 år

Helsedirektoratet påpeker i Handlingsplan for habilitering av barn og unge at man i dag ikke har noen nasjonal oversikt over forekomsten av alle diagnoser som medfører funksjonsnedsettelse. For de diagnoser man har forekomsttall, mangler man oversikt over hvor mange som trenger habiliteringsbistand på de ulike tjenestenivåene og hva disse barna, ungdommene og familiene faktisk har behov for.

Ved gjennomgang av statistikk over barn og unge som mottar ulike offentlige bistandstjenester og rapporter som illustrerer andel barn og unge som lever med kronisk sykdom og funksjonsnedsettelse, mener Helsedirektoratet at det ikke er urimelig å anta at rundt 10 % av befolkningen i alder 0-17 år på et eller annet tidspunkt vil ha behov for habiliteringsbistand fra det kommunale hjelpeapparatet, mens andelen som også har behov for bistand fra spesialisthelsetjenesten antas å ligge en del lavere.

I Helsedepartementets strategiplan *Habilitering av barn* (2004) ble det anslått at rundt 2-2,5 % av barn og unge har behov for habilitering på spesialisthelsetjenestenivå. Med en befolkning 0-17 år i 2009 på 1 109 156, skulle dette tilsi at mellom 22 000 og 28 000 barn og unge på landsbasis skulle trenge et tilbud fra barnehabiliteringstjenestene. Framskrevet til 2025 forventes en befolkning i aldersgruppen 0-17 år på 1 228 225 som tilsier at mellom 24 500 og 31 000 barn og unge på landsbasis skulle trenge et habiliteringstilbud. I de norske virksomhetstallene for 2008, finner man at i overkant av 12 000 barn og unge (1,1 % av barnebefolkningen) fikk et tilbud i barnehabiliteringstjenesten på landsbasis men med store variasjoner bl.a. knyttet til hvilke diagnosegrupper som var inkludert.

Etter fusjoneringen mellom OUS, Rikshospitalet – Barnenevrologisk seksjon (tverrfaglige del) og Seksjon for nevrohabilitering-barn OUS, Ullevål har vi i dag 43,8 årsverk som ivaretar nasjonal-, regional- og områdefunksjon. Program intensiv trening kommer i tillegg. De er bemannet med 6 stillinger. Dette innebærer fagstillinger 1/ 2523 i forhold til barnepopulasjon, inklusiv autisme-

spekterforstyrrelser.

I normtallene som er gitt i Strategiplanen anbefales det 1 fagstilling pr. 1260 barn og unge uten autismespekterforstyrrelse, og 1 fagstilling per 4000 barn med autismespekterforstyrrelser. Dette gjelder områdehabilitering (2).

Tallene som er gjengitt i dette kapitlet viser etter vår vurdering at behovet for økt kapasitet er betydelig at det per i dag er et gap mellom dagens bemanning og hva som anses nødvendig av fagstillinger til områdehabilitering.

4. Status og utvikling i tilbudet i helsetjenester innen området mot de aktuelle pasientgruppene

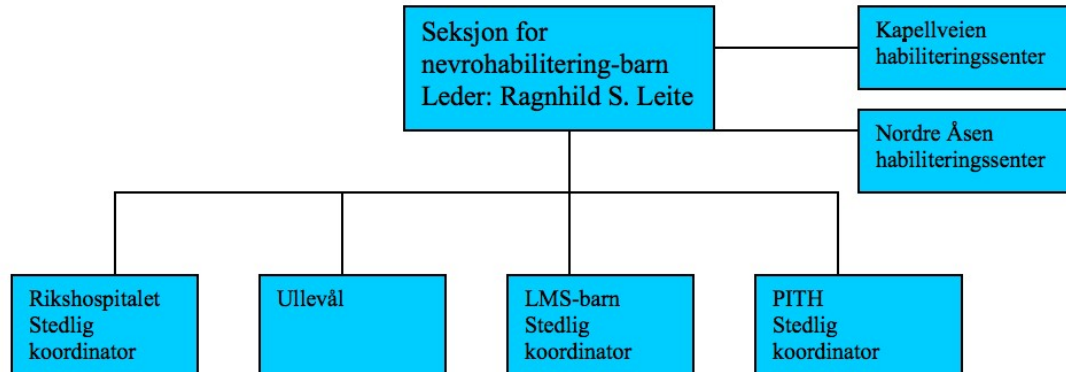
4.1 Barneavdelingen for nevrofags visjon

Barneavdeling for nevrofag vil møte barn og deres familiers behov med den beste faglige og menneskelige kvalitet i et utfordrende og trygt arbeidsmiljø, og vektlegge pasientbehandling, læring og mestring, forskning og undervisning.

Vi ønsker å være den ledende Seksjon for nevrohabilitering – barn i Norge og bygge opp høy tverrfaglig kompetanse innen habiliteringsområdet.

Seksjon for nevrohabilitering-barn skal være en spesialisthelsetjeneste med høy kvalitet for barn/unge (0 til 18 år) med kronisk sykdom/funksjonshemming og deres familier, samt være ledende innen fagutvikling på nasjonalt nivå.

Organisasjonskart, Seksjon for nevrohabilitering- barn:



Habiliteringsvirksomheten ved Oslo Universitetssykehus HF omfatter område, regionfunksjoner og landsfunksjoner.

Rundt 2500 enkeltfamilier mottar tjenester fra Seksjon for nevrohabilitering - barn ved Oslo universitetssykehus, Ullevål. Seksjonen har et helt nødvendig samarbeid med Seksjon for barnenevrologi og psykosomatikk-CL og med de øvrige seksjoner i Barneklubben.

Seksjonen arbeider med å:

- Bidra til at barn/unge med funksjonshemming eller kronisk sykdom (relatert til nevrologiske problemstillinger) kan få en meningsfull tilværelse på egne premisser i samhandling med sine omgivelser.
- Sikre at pasienter/foreldre med fortløpende oppfølgingsbehov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten får den oppfølging de trenger. Gi adekvat informasjon til

nærmiljøet

- Drive forskning – utdanning og veiledning
- Bidra til kompetanseheving innen habilitering på alle nivå
- Har en stor andel pasienter hvor den medisinske grunntilstanden er ikke kjent og hvor hver fagperson bidrar til diagnosesetting.

4.2 Hvordan dekkes behovet for habiliteringstjenester for barn i dag

Virksomheten i Seksjon for nevrohabilitering - barn foregår i dag ved 5 ulike enheter, Ullevål, Rikshospitalet, Program intensiv trening og habilitering, (lokaler utenfor sykehuset), Nordre Aasen habiliteringssenter og Kapellveien habiliteringssenter.

Seksjon for nevrohabilitering - barn på Ullevål ivaretar områdefunksjoner og der foregår det ca. 5000 konsultasjoner årlig av barn og deres pårørende.

Ved Rikshospitalet, Barneklubben foregår aktivitet knyttet til nevrohabilitering spredt på ulike steder i ulike seksjoner, poliklinikk, dag og døgn behandling og har nasjonale og regionale oppgaver.

Seksjon for nevrohabilitering har egne pasienter (Backlofenpumpe, cystometri, bevegelse, Botox)men jobber også i høy grad tverrfaglig med andre seksjoner og spesialiteter.

Til sammen har disse to enhetene 43,8 årsverk.

4.2.1 Program intensiv trening (PITH)

Program intensiv trening (PITH) for pasienter med nedsatt funksjonsevne er et regionstilbud. Lokaler til virksomheten leies ved stiftelsen Nordre Aasen habiliteringssenter. Dette tilbudet bør utvides for å kunne gi et intensivt treningstilbud til barn isteden for at foreldre søker sine barn til utenlandske treningsopphold. Ved PITH er det 6 årsverk. PITH tar i mot små barn med nedsatt funksjonsevne, som kan ha nytte av et tverrfaglig intensivt tilbud. PITH skal møte foreldres ønske om selv å være aktive i stimulering av deres barn. PITH skal være et tillegg til den innsatsen som ellers gjøres rundt barnet og familien. Målsetting innenfor PITH foregår i stor grad brukerstyrt.

4.2.2 Kjøp av tjenester hos private institusjoner

Seksjon for nevrohabilitering må i tillegg kjøpe tjenester til Oslo område fra en privat stiftelse, Nordre Aasen. Stiftelsen er en ideell, ikke kommersiell stiftelse som har to habiliteringssentre. Kapellveien og Nordre Aasen habiliteringssenter.

4.2.3 Kapellveien habiliteringssenter

Kapellveien habiliteringssenter har lang erfaring med og høy kompetanse på gruppen barn og unge innenfor autismespekteret, spesifikke språkproblemer og psykisk utviklingshemmede med alvorlig atferdsproblematikk. Senteret ivaretar habiliteringstjenestens lovpålagte ansvar når det gjelder Sosialtjenestelovens Kap. 4A om bruk av tvang og makt, og utprøving av alternative tiltak. Arbeidet ved Kapellveien habiliteringssenter er atferdsvitenskapelig basert med hovedforankring i lærings-, utviklings- og nevropsykologi.

Senteret representerer Oslo universitetssykehus i tidlig intervensjonsnettverket for barn med autisme (TIOBA), som er initiert av Helse SørØst.

Behandlingsområder: Kapellveien habiliteringssenter foretar pedagogisk og diagnostisk utredning og testing. Det drives også utstrakt ambulans veiledning til barnas arenaer.

27.04.2012

Foreldre får veiledning i opplæring av barnet i hjemmesituasjonen. Det er løpende samarbeid med aktuelle tjenesteytere og PP tjenesten. Det gis også opplæring til fagpersoner i bydelene og foreldre gjennom en kursrekke.
Antall barn per 31.12.10 = 227.

4.2.4 Nordre Aasen habiliteringssenter

Nordre Aasen gir tilbud til barn og unge med sammensatte funksjonsvansker og deres familier. Senteret fungerer som en «mellomstasjon» mellom OUS og bydelene. Senteret gir også rehabiliteringstilbud på dagtid, til barn etter multilevill operasjoner og til barn med ervervede hjerneskader.

Behandlingsområder: Senteret har følgende spesialiserte tilbud/team; spise-ernæring, alternativ-supplerende kommunikasjon, motorisk trening, tilpasning av tekniske hjelpemidler, og sitteteam. Behandlingstilbud tilrettelegges som utredning, opplæring og veiledning, trening og utprøving, intensiv trening, ekstern veiledning-oppfølging i hjemmet, og kurstilbud i nærmiljø. Antall tilbud til barn i 2010; 151 barn.

4.2.5 Lærings og mestringssenteret, OUS for barn unge og dere familier

Læring og mestringssenteret – barn er organisert som en egen seksjon i Barneavdeling for nevrofag, ledes av seksjonsleder ved Seksjon for nevrohabilitering.

Medisinsk behandling kan ikke avhjelpe alle helseproblemer. Ved kronisk eller langvarig sykdom er opplæring og mestring av sykdommen minst like viktig.

LMS- barn skal organisere tilbud direkte rettet til familier med barn som har funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom.

4.3 Samarbeidsavtaler mellom nivåene og innenfor samarbeidende områder.

4.3.1 Samarbeidsavtaler med bydelene i sykehusområdet

Seksjon for nevrohabilitering har i dag etablert samarbeidsavtaler både på system og individnivå med to bydeler i Oslo. Dette er planlagt videreført til de andre bydelene i Oslo. Samarbeidsavtalen mellom Seksjon for nevrohabilitering – barn og de to bydelene er ment å være et hjelpemiddel for ansatte i disse tjenestene. Dette skal bidra i arbeidet med å gi barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier et faglig forsvarlig tjenestetilbud. Ved å komme til enighet om ansvarsforholdet mellom spesialisthelsetjenesten og bydelene, legges det til rette for at samarbeidet mellom de to tjenestenivåene sikres på best mulig måte. Individuell plan er et sentralt område i denne avtalen.

Se vedlegg.

4.3.2. Samarbeid med Seksjon for nevrohabilitering – voksen og barn vedrørende overgangen fra barn/ungdom til voksen.

Seksjon for nevrohabilitering har de siste tre årene hatt et tett samarbeid med voksenhabiliteringen for å sikre overgangen fra fylte 18 år.

Se vedlegg

4.3.3 Samarbeidsavtale med Senter for psykisk Helse Barn og Ungdom, OUS og BUP Oslo.

Seksjon for nevrohabilitering tok initiativ i 2009 til et samarbeid med Senter for psykisk Helse Barn og Unge for å starte et samarbeid for disse pasientgruppene. Dette har nå resultert i en samarbeidsavtale som går ut på at pasienten skal få et mer helhetlig tilbud.

Barn og ungdom med lett PU og autismespekterforstyrrelser har ofte behov for tjenester både fra habiliteringen og fra psykiatrien. Disse pasientene har ofte blitt henvist av fastlege til psykiatrien og habiliteringen uten at det har vært organisert et samarbeid mellom disse to tjenesteyterne.

Se vedlegg

4.4 Utfordringer, problemstillinger og utvikling i dagens tilbud

Målet er at den enkelte bruker og familie skal oppleve sammenheng, helhet, kontinuitet, god koordinering og langsiktig planlegging av utredninger og i gjennomføring av tiltak. Det er viktig å sikre gode prosesser i samhandlingen ved blant annet å videreutvikle samhandlingsverktøy som individuell plan og samarbeidsavtaler. Koordinerende enhet i helseforetaket og i de enkelte bydelene vil bli en sentral aktør i det videre arbeidet på dette området.

Brukermedvirkning er et sentralt prinsipp både på individ, tjeneste og systemnivå for å utvikle tjenester med kvalitet og treffsikkerhet. Dette vil få en økt betydning og rolle fremover, *jf. ny lov om helse- og omsorgstjenesteloven.*

4.4.1 Utfordringene er knyttet til områder som

- Samlokalisering av habiliteringsvirksomheten i OUS
- Uklar ansvarsfordeling mellom nivåene, rolleavklaringer
- Høyt antall minoritetsspråklige som krever en kultursensitiv tjeneste
- Manglende beskrivelser av behandlingslinjer for de store pasientgruppene
- Bemanningsnorm
- Økende antall barn, ervervede hjerneskader, sammensatte problemstillinger knyttet til psykiske lidelser hos barn og unge med nedsatt funksjonsevne. Flere barn overlever grunnet forbedret nyfødt medisin, men noen får nevrologiske funksjonshemminger.
- Utvikle IP som et funksjonelt samhandlingsverktøy
- Tidlig intervensjon og intensive treningsopplegg
- Lærings- og mestringstilbud
- Behov for tilbud til pasientgrupper i overgangen fra spesialisthelsetjenesten til bydel
- Samarbeid med fastlegene, tydeligere forventninger til hverandre
- Kompetansespredning

Det forventes lavere vekst i spesialisthelsetjenesten og kommunenes rolle innenfor habilitering vil forsterkes. *Jf. Samhandlingsreformen.*

5. Organisering av funksjonsfordeling mellom institusjoner og nivåer i fremtiden

5.1 Seksjon for nevrohabilitering – barn, Oslo Universitetssykehus

I sykehusområdet til OUS er ansvaret for habiliteringstjenester til barn og unge fordelt mellom spesialisthelsetjenesten, bydelene og private habiliteringssentre. Seksjon for nevrohabilitering – barn ønsker å jobbe videre med å tydeliggjøre denne ansvars- og oppgavefordelingen ved å inngå forpliktende samarbeidsavtaler, øke kompetansen om fagfeltet og sikre etablerte tilbud om spesialiserte habiliteringstjenester.

I dette kapittelet beskrives de ulike aktørenes ansvar og oppgaver, deretter skisseres det mål for samarbeid i fremtiden og tiltak for å nå disse målene.

Seksjonen har ansvar for koordinering av alle henvisninger til Seksjon for nevrohabilitering – barn. Alle henvisninger kommer til inntaksteamet ved Seksjonen og blir behandlet tverrfaglig. Dette gjelder også henvisninger til de private institusjonene og program intensiv trening (PITH).

Seksjonen har behandlings og oppfølgingsansvar for pasienter knyttet i hovedsak til følgende diagnoser:

- Barn med nevrologiske avvik
- Multifunksjonshemming
- Cerebral parese
- Muskelsykdommer
- Psykisk utviklingshemming
- Barn med uavklarte syndromer og følgetilstander etter betydelig prematuritet\ dysmaturitet hodeskader eller infeksjoner i nervesystemet
- Autismespekterforstyrrelser
- Språkforstyrrelser
- Barn med sjeldne syndromer som gir utviklingsforstyrrelser

Behandlingen og oppfølgingen foregår som tverrfaglige konsultasjoner og i ulike tverrfaglige klinikker. Pasientene blir behandlet, utredet og diagnostisert poliklinisk og som dagpasienter. Per i dag er det ikke tilbud om innleggelse i forbindelse med utredning.

Ved Seksjon for nevrohabilitering - barn ved Rikshospitalet har vi to kompetansesenter innenfor spise/ernæring og bevegelse. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å henvise videre til kompetansesentere ved behov.

5.2 Lærings og mestringssenteret for barn unge og deres familier (LMS – barn)

Har ansvar for kurs og opplæring av pasienter og foresatte. Samarbeider med de ulike kliniske fagmiljøene i utarbeidelsen av opplæringstilbud.

5.3 Program Intensiv trening og habilitering (PITH)

PITH har et tilbud om intensiv trening og gruppetilbud. Tilbudet gis fortrinnsvis til familier tidlig i habiliteringsforløpet. Tilbudet gis til familier med barn som har behov for tverrfaglig tilnærming, der det er en forutsetning at foreldrene deltar i trening av barnet. Barnet må være medisinsk stabilt og tåle fysisk trening. Barnet kan ikke ha

autisme eller lignende tilstander som hoveddiagnose. PITH har ansvar for behandling, oppfølging og veiledning til familier og ressurspersoner rundt barnet.

5.4 Fremtidige tjenester fra private habiliteringssentre

Kapellveien habiliteringssenter:

Senteret har ansvar for utredning, behandling og oppfølging av barn innen for følgende diagnosegrupper: Autismespekterforstyrrelser, uspesifiserte eller sammensatte utviklingsforstyrrelser, spesifikke språkvansker/afasi, psykisk utviklingshemming med omfattende lærevansker og/eller problematferd.

Nordre Aasen habiliteringssenter:

Senteret har ansvar for utredning, behandling og oppfølging av barn med sammensatte funksjonsvansker, som trenger spesifikk trening av funksjoner som har betydning for barn – og foreldres hverdagsliv. Tilbudet omfatter også barn med ervervet hodeskade.

(Se side 6 – Kjøp av tjenester fra private institusjoner)

5.5 Ansvar som ligger til bydelene i sykehusområdet

Bydelene skal sørge for at alle som har behov for habilitering skal tilbys nødvendig utredning og oppfølging og ved behov henvises til spesialisthelsetjenesten. Seksjonen for nevrohabilitering har ansvar for utredning, diagnostisering, oppfølging og veiledning av pasienter etter henvisning fra fastlege/helsestasjonslege. Seksjonen for nevrohabilitering har også ansvar for å gi råd og veiledning til bydelen rundt enkeltbrukere.

5.6 Fastlegens ansvar for oppfølging

Fastlegene har ansvar for den allmenn medisinske oppfølgingen og skal holde seg orientert om pasientens tilstand og eventuelt be om veiledning, bistand av spesialisthelsetjenesten ved behov. Samarbeidet med fastlegene er særlig viktig i overgangen fra barn\ungdom til voksen. Seksjon for nevrohabilitering - barn har ansvar for å informere fastlegene om de funn og resultater som gjøres her etter utredning og oppfølging.

5.7 Statlige pedagogiske kompetansesentre

Det er i hovedsak kommuner og fylkeskommuner som kan henvise til de statlige pedagogiske kompetansentrene. Spesialisthelsetjenesten har et ansvar for å samarbeide med disse senterne i saker der dette er aktuelt. Hvis et barn er henvist til et Statlig pedagogisk kompetansesenter og til Seksjon for nevrohabilitering – barn samtidig er det ønskelig for habiliteringen å motta informasjon om dette slik at vi kan inngå et samarbeid med det aktuelle kompetansenteret.

5.8 Plan for samarbeidsområder og tiltak

Plan for samarbeidsområder og tiltak har tre hovedmål. De tre hovedmålene er knyttet til samarbeid med bydelene i Oslo, samarbeidet med fastleger og samarbeid med private habiliteringssentre. I planen skisseres det aktuelle mål og tiltak knyttet til de ulike hovedmålsettingene.

(Se vedlegg)

6. Fagutvikling, forskning og utdanning innen området

Forskning innen habiliteringsfeltet i Norge er sparsom og foregår spredt i kliniske og akademiske miljøer. Det er store kunnskapshull og mangelfull dokumentasjon av effekt av habiliteringstiltak.

Det er utarbeidet en behandlingslinje for barn med spastisk hemiplegi, denne er nå implementert i seksjonen fra jan. 2010.

I 2010 startet utarbeidelse av en ny behandlingslinje: Tidlig rehabilitering av barn med ervervede hjerneskade. Et samarbeidsprosjekt mellom Oslo universitetssykehus, Sunnås sykehus, Nordre Åsen habiliteringssenter og Sørlandet sykehus.

I 2010 ble CPOP (cerebral parese oppfølgingsprogram) implementert i seksjonen og ut i bydelen og ellers i de fleste kommunene i landet. Det har da vært et prosjekt fra 2005.

6.1 Alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK)

Alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK) er den kommunikasjonsformen som benyttes ved manglende eller svært utydelig tale. Barna trenger et tverrfaglig utredningstilbud der somatiske variabler, motorikk, utgangsstilling, kognitive forutsetninger og miljøfaktorer sees i sammenheng. Det er vesentlig å komme tidlig i gang med ASK, samt å gi oppfølging over tid. Et fagutviklingsarbeid med mål om å lage en intern behandlingssløyfe har derfor blitt igangsatt. Dette arbeidet koordineres med vår deltagelse i et prosjekt i Helse Sør-Øst der målet er å utvikle metoder for identifisering og oppfølging av barn med behov for ASK. Når det gjelder kompetanseheving har det vært lagt vekt på å gi et bredt kurstilbud både til fagpersoner og foreldre, og over 400 fagfolk og foreldre har vært på kurs i løpet av de siste to årene. Det er behov for mer forskning på ulike aspekter knyttet til ASK, og det er søkt om midler til å utvikle bedre metoder for å utrede kognisjon hos ASK-brukere med omfattende motoriske vansker.

6.2 Regionalt ressurscenter for barnehabilitering (RHABU)

Barneavdeling for nevrofag har fått i oppdrag av Helse Sør – Øst å etablere et ressurscenter innen habilitering av barn.

Ressurssenteret skal ha følgende arbeidsoppgaver:

- Drive forskning og fagutvikling.
- Bidra til å løfte fagfeltet i fellesskap.
- Stimulere til effektive og kompetente nettverk på tvers i helseregion.
- Bidra til systematikk og bedre kvalitet i det faglige og organisatoriske utviklingsarbeid som foregår ute i habiliteringsfeltet, både når det gjelder modeller for koordinering og samhandling.
- Samarbeide med universitet og høgskoler for å tilrettelegge for etter- og videreutdanning.
- Bidra i arbeid med å utvikle kvalitets- og resultatsindikatorer – slik at habiliteringstjenesten kan gjøres synlig og målbar.

Avdelingen avventer vedtak i lederteamet i Helse SørØst når oppstart kan skje.

Seksjon for nevrohabilitering-barn må styrkes for å kunne ivareta de kravene som stilles for at Oslo Universitetssykehus skal være ledende innenfor habilitering og kunne ivareta

nasjonale planer, kvalitetsstrategi og den kommende samhandlingsreformen på best mulig måte.

7. Hovedpunkter i en områdeplan oppsummert

Vi ønsker å være den ledende Seksjon for nevrohabilitering – barn i Norge og bygge opp høy tverrfaglig kompetanse innen habiliteringsområdet.

Seksjon for nevrohabilitering-barn skal være en spesialisthelsetjeneste med høy kvalitet for barn/unge (0 til 18 år) med kronisk sykdom/funksjonshemming og deres familier, samt være ledende innen fagutvikling på nasjonalt nivå.

Habiliteringsvirksomheten ved Oslo Universitetssykehus HF omfatter område, regionfunksjoner og landsfunksjoner.

Rundt 2500 enkeltfamilier mottar tjenester fra Seksjon for nevrohabilitering - barn ved Oslo universitetssykehus, Ullevål. Seksjonen har et helt nødvendig samarbeid med Seksjon for barnenevrologi og psykosomatikk-CL og med de øvrige seksjoner i Barneklubben.

Seksjonen arbeider med å:

- Bidra til at barn/unge med funksjonshemming eller kronisk sykdom (relatert til nevrologiske problemstillinger) kan få en meningsfull tilværelse på egne premisser i samhandling med sine omgivelser.
- Sikre at pasienter/foreldre med fortløpende oppfølgingsbehov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten får den oppfølging de trenger. Gi adekvat informasjon til nærmiljøet
- Drive forskning – utdanning og veiledning
- Bidra til kompetanseheving innen habilitering på alle nivå
- Diagnostisering av medisinske tilstander som ligger bak funksjonshemming som igjen utløser målrettede habiliteringstiltak

7.1 Hvordan dekkes behovet for habiliteringstjenester for barn i dag

Virksomheten i Seksjon for nevrohabilitering - barn foregår i dag ved 5 ulike enheter, Ullevål, Rikshospitalet, Program intensiv trening og habilitering,(lokaler utenfor sykehuset), Nordre Aasen habiliteringssenter og Kapellveien habiliteringssenter.

Ved Nevrohabiliteringen på Ullevål som ivaretar områdefunksjon foregår det ca. 5000 konsultasjoner årlig av barn og deres pårørende.,

Seksjonen har behandlings og oppfølgingsansvar for pasienter knyttet i hovedsak til følgende diagnoser: Barn med nevrologiske avvik, multifunksjonshemming, cerebral parese, muskelsykdommer, psykisk utviklingshemming, barn med uavklarte syndromer og følgestilstander etter betydelig prematuritet\dysmaturitet hodeskader eller infeksjoner i nervesystemet, språkforstyrrelser, barn med sjeldne syndromer som gir utviklingsforstyrrelse.

Behandlingen og oppfølgingen foregår som tverrfaglige konsultasjoner og i ulike tverrfaglige klinikker. Pasientene blir behandlet, utredet og diagnostisert poliklinisk og som dagpasienter. Per i dag er det ikke tilbud om innleggelse i forbindelse med utredning.

Seksjonen har ansvar for utredning, diagnostisering, oppfølging og veiledning av pasienter etter henvisning fra fastlege/helsestasjonslege. Seksjonen har også ansvar for å gi råd og veiledning til bydelen rundt enkeltbrukere.

Bydelene skal sørge for at alle som har behov for habilitering skal tilbys nødvendig

utredning og oppfølging og ved behov henvises til spesialisthelsetjenesten. Seksjon for nevrohabilitering - barn har ansvar for å informere fastlegene om de funn og resultater som gjøres her etter utredning og oppfølging. Fastlegene har ansvar for den allmenn medisinske oppfølgingen og skal holde seg orientert om pasientens tilstand og eventuelt be om veiledning, bistand av spesialisthelsetjenesten ved behov. Samarbeidet med fastlegene er særlig viktig i overgangen fra barn\ungdom til voksen.

Ved Seksjon for nevrohabilitering - barn ved Rikshospitalet har vi to kompetansesenter innenfor spise/ernæring og bevegelse. Mange av områdepasientene behandles også der.

Forskning innen habiliteringsfeltet i Norge er sparsom og foregår spredt i kliniske og akademiske miljøer. Det er store kunnskapshull og mangelfull dokumentasjon av effekt av habiliteringstiltak.

Seksjon for nevrohabilitering-barn må styrkes for å kunne ivareta de kravene som stilles for at Oslo Universitetssykehus skal være ledende innenfor habilitering og kunne ivareta nasjonale planer, kvalitetsstrategi og den kommende samhandlingsreformen på best mulig måte.

7.2 Utfordringer i habiliteringsfeltet for barn og unge

Det eksisterer i dag en ansvars – og oppgavefordeling som er skissert mellom de ulike aktørene i habiliteringsfeltet. Denne fordelingen må tydeliggjøres og styrkes i fremtiden og Seksjon for nevrohabilitering vil ha en sentral rolle i arbeidet med å skape gode samhandlingsarenaer for fagfeltet.

Det er vist til en rekke utfordringer knyttet til å gi familie med barn med nedsatt funksjonsevne et helhetlig og koordinert habiliteringstilbud. I sykehusområdet i dag er mange av utfordringene knyttet til uklare behandlingslinjer for en rekke pasientgrupper, manglende kapasitet, et høyt antall minoritetsspråklige pasienter og et økende antall barn med sammensatte problemstillinger.

Seksjon for nevrohabilitering – barn mener det bør legges til rette ved OUS for at vi kan møte disse utfordringene ved å etablere gode strategier for samhandling, tydeliggjøre ansvars- og oppgavefordeling og øke satsningen på fagutvikling og forskning i samarbeid med ledende fagmiljøer og RHABU som er under etablering

8. Vedlegg

1. Samarbeidsavtale med Bydel Østensjø og Bydel bjerke
2. Retningslinjer for informasjons og kvalitetssikring i overgangen fra barn til voksen
3. Samarbeidsavtalen med Barne- og ungdomspsykiatrisk
4. Planer for samarbeidsområder og tiltak

Referanser

- (1) Helsedirektoratet. Handlingsplan for habilitering av barn og unge. Helsedirektoratet Trykksaksekspedisjoene; 2009.
- (2) Helsedepartementet. Habilitering av barn, strategiplan. 2004 Mar 31.

OMRÅDEPLAN REHABILITERING

OSLO SYKEHUSOMRÅDE

JANUAR 2012

INNHOLDSFORTEGNELSE

1. Innledning	3
2. Definisjon av rehabilitering	4
3. Rehabilitering prioriterte områder	5
3.1. Rehabilitering av hjerneslagrammede	5
3.2. Rehabilitering av eldre med brudd	10
3.3. Rehabilitering av ervervede traumatiske hjerneskader	13
4. Status rehabilitering øvrige områder	16
5. Samhandling i tilknytning til rehabilitering	16
5.1. utfordringer i relasjonen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten	18
6. Forskning, fagutvikling og utdanning innen rehabilitering	19
6.1 Bruk av rehabiliteringsinstitusjoner utenfor sykehusene	20

1. INNLEDNING

I foretaksmøter i juni 2010 ble helseforetakene gitt i oppdrag å utarbeide områdeplaner innen habilitering, rehabilitering, psykisk helsevern og TSB for sykehusområdene i henhold til vedtak i RHF-styresak 108-2008. I styresak 108-2008 står blant annet at habilitering og rehabilitering er et av regionens prioriterte satsingsområder og det skal sikres tilstrekkelig, likeverdig og god tjeneste i hele HSØ. Områdeplanene er viktige verktøy for å nå disse målene.

Områdeplan for rehabilitering er en del av en felles områdeplan for rehabiliteringstjenestene i Oslo sykehusområde. Planen har tatt utgangspunkt i Helse Sør-Øst RHF generelle plan for områdeplanen. Oslo sykehusområde er i en særstilling med hensyn på tyngden av oppgaver på regionalt og til dels på nasjonalt nivå. Rehabilitering spenner også over mange pasientgrupper med ulike behov. Organisering og utvikling av rehabiliteringstjenestene krever en oversikt over tjenestetilbudet på alle nivåer til de ulike pasientgruppene i dag, samt en god kartlegging av behov og analyse av utviklingen på feltet. Arbeidsgruppen har derfor lagt opp til en prosess som fokuserer på tre utvalgte områder: slagrammede, eldre med brudd og ervervede traumatiske hjerneskader, basert på at de tallmessig eller tilbudsmessig representerer særskilte utfordringer. Arbeidsgruppen har sett på det eksisterende tilbudet til disse tre gruppene samt foreslått hvordan tjenestene for disse tre gruppene bør organiseres fremover for å sikre gode og likverdige rehabiliteringstjenester til Oslos befolkning.

Oslo sykehusområde har en stor andel eldre; skissert befolkningsvekst i Oslo de neste 10 årene indikerer en økning i antallet eldre over 70 år, og et stabilt antall over 85 år. Behovet for tilbud til slagpasienter og eldre med brudd vil derfor være økende. Det er mye som tyder på en ulikhet i rehabiliteringstilbudet til disse gruppene avhengig av hvilket sykehus man møter i akutfasen. Oslo universitetssykehus har spesialisert rehabilitering lokalisert på Aker. Lovisenberg og Diakonhjemmet sykehus har ingen tilsvarende tilbud til sine pasienter. Med andre ord, vil pasienter tilhørende Oslo universitetssykehus sine seks bydeler få et mer spesialisert rehabiliteringstilbud etter akutfasen enn pasienter tilhørende de andre bydelene. Dette utfordrer likhetsprinsippet. Et overordnet mål for helsetjenesten er et likverdig og godt tilbud til den enkelte pasient. Arbeidsgruppen ønsker på bakgrunn av dette i særlig grad å vektlegge og prioritere **rehabilitering av slagrammede** og **rehabilitering av eldre med brudd** i områdeplanen for rehabilitering.

Arbeidsgruppen har i tillegg i særlig grad valgt å se på en tredje gruppe: **rehabilitering av ervervede traumatiske hjerneskader**. Når det gjelder rehabilitering av deler av denne pasientgruppen med ervervede hjerneskader, så anses det å være en tung regional oppgave som krever god organisering rundt akutfasen samt organisering av rehabiliteringstilbudet på rett nivå i livsløpet for disse pasientgruppene. Dette er med andre ord en krevende oppgave både i akutfasen og i det videre livslange forløpet. Pasientgruppen illustrerer også Oslo sykehusområdes utfordringer med å håndtere nasjonale-, regionale-, område- og lokalsykehusfunksjoner og ivareta god samhandling med videre kommunalt rehabiliteringsapparat.

Planen er disponert på følgende måte: etter definisjon av rehabilitering gjennomgås de tre gruppene: rehabilitering av hjerneslagrammede, rehabilitering av eldre med brudd og rehabilitering av ervervede traumatiske hjerneskader. Deretter tar vi opp temaene: "samhandling i forbindelse med rehabilitering", "forskning, utdanning og fagutvikling – status og utfordringer" samt kort oversikt over bruk av "rehabiliteringsinstitusjoner utenfor sykehusene".

Arbeidsgruppen forutsetter at de tre områdene som er særskilt prioritert i denne rapporten også følges opp spesielt framover med utgangspunkt i de forslagene og målene som er lagt fram her. I den forbindelse bør dessuten forslag og mål også justeres og forbedres. Dette bør blant annet skje som en del av rullering av områdeplanen. I forbindelse med rullering av områdeplan for rehabilitering anbefales for øvrig at nye pasientgrupper innen rehabilitering løftes særskilt opp og gjennomgås med sikte på å beskrive ønskede pasientforløp med tanke på rehabilitering slik som i denne planen. En vil allerede nå anbefale at rehabilitering av kreftpasienter er en gruppe som prioriteres i forbindelse med neste rullering (ref. omtale av kreftrehabilitering som del av regional strategi for kreftbehandling). Også revmatologiske pasienter og multisyke eldre har vært fremhevet som grupper som har manglende tilbud i dag.

Arbeidsgruppen er kjent med arbeidet som nå er i gang med rehabilitering som et sentralt virksomhetsområde innenfor Samhandlingsarena Aker. En anbefaler at en mer fylldig beskrivelse av virksomheten i et rehabiliteringssenter for Oslo på Aker tas inn i neste utgave av områdeplan for rehabilitering.

Arbeidsgruppen har bestått av følgende personer:

- Cecilie Røe, Oslo universitetssykehus, avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering
- Gunhild Rognstad, Oslo universitetssykehus, geriatrisk avdeling, medisinsk klinikk
- Nina Bjørgill Tallaksen, Oslo universitetssykehus, geriatrisk avdeling, medisinsk klinikk
- Sveinung Tornås, Sunnaas sykehus HF
- Therese Bjør Rønningen, Diakonhjemmet sykehus
- Astrid Børset, Lovisenberg sykehus
- Anne Berger Sørli, Oslo kommune, Sykehjemsetaten
- Per Magnus Mæhle, Oslo universitetssykehus, Stab
- Monica Skjøld Johansen, Oslo universitetssykehus, Stab samhandling og internasjonalt samarbeid

2. DEFINISJON REHABILITERING

Hva er rehabilitering? Ved behandling av St.meld. nr. 21 (1998-99) "Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk" i 1999, ga Stortinget sin tilslutning til forståelsen av rehabilitering som:

"(...) tidsangrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet"

WHO definerer rehabilitering på følgende måte: "Rehabilitering av individer med funksjonshemming er en prosess for å få dem til å oppnå og opprettholde optimal fysisk, sensorisk, intellektuelt, psykologisk og sosialt funksjonsnivå" (Ref. World Health Organisation. Medical care and rehabilitation. www.who.int/disabilities/care/en/).

Nasjonal strategi for habiliterings- og rehabiliterings fremhever behov for gode og likeverdige tilbud for alle som trenger det, når det trenger det uavhengig av alder, sosial status, kjønn, etnisk bakgrunn og økonomi (www.regjeringen.no/.../Særtrykk%20av%20St.prp.nr.1%20kapittel%20...).

Som det fremgår av definisjonene favner rehabiliteringsområdet bredt. Gruppen som har utarbeidet områdeplanen har derfor, som tidligere nevnt, valgt å avgrense arbeidet til de tre hovedgruppene hjerneslag, andre ervervede hjerneskader og eldre med brudd som anses å representere sykehusområdets største utfordringer tallmessig og organisatorisk.

3. FORSLAG TIL UTVIKLINGSPLAN FOR REHABILITERING PÅ PRIORITERTE OMRÅDER

3.1 REHABILITERING AV HJERNESLAGRAMMEDE¹

Angivelse av behov

Skissert befolkningsvekst i Oslo de neste 10 årene indikerer en økning i antallet eldre over 70 år, og et stabilt antall over 85 år. Dette medfører en estimert økning i antall overlevende slagtilfeller med nær 50% frem til 2030 dersom insidensen forblir uendret (ref Folkehelseinstituttet 2007). Moderne akutt slagbehandling med trombolyse og intravasal intervensjon kan tilbys bare et mindretall av pasientene (ca 20%), men disse kan til gjengjeld oppnå mindre skader med slik behandling, noe som medfører at flere pasienter er kandidater for rehabilitering.

For hele Oslo kommune er det teoretisk beregnet ut fra insidenstall ca 1500 nye tilfelle pr år, inkludert de bydelene som betjenes av AHUS. Tallet er trolig estimert litt høyt, idet Ullevål, Diakonhjemmet og Lovisenberg til sammen behandler pr i dag ca 900 pasienter/år for hjerneslag.

Om lag 1/3 av de slagrammede vil gjenvinne full eller tilnærmet full funksjon, om lag 1/3 vil dø. Den resterende 1/3 av pasientene overlever med en følgetilstand som gjør at de bør

¹ Hjerneinfarkt og hjerneblødning

tilbys spesialisert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. For lokalsykehusområdene til OUS, Diakonhjemmet og Lovisenberg dreier dette seg om rundt 180- 270 nye pasienter pr år.

Ulike typer hjerneslag er den viktigste årsaken til nevrologiske handikap hos voksne, med varig funksjonshemming som påvirker dagliglivets funksjoner, men med svært varierende grad av nevrologisk skade og med stor variasjon i behov for rehabilitering og tilretteleggende tiltak.

En del slagrammede vil ha så store kognitive utfall eller ha annen alvorlig komorbiditet at trening med tanke på å oppnå varig bedring av funksjon vanskelig lar seg gjennomføre. Disse pasientene vil ha behov for tilrettelagt pleie på sykehjem, der personalet har opplæring i å forebygge tilleggsplager som følge av slaget.

En liten gruppe pasienter med hjerneslag har funksjonsutfall av en slik art eller omfang at de bør ha tilbud om rehabilitering i en enhet med spesiell kompetanse. Eksempler på dette er pasienter med hjernestammeslag og store utfall (locked-in-syndrom), og pasienter med monoparese som kan ha nytte av spesiell treningsmetodikk (Constraint induced movement therapy). Pasienter med slike problemer bør behandles nasjonalt eller regionalt.

Rehabilitering starter første døgn i akuttavdelingen, og vil kunne strekke seg over mange måneder og år deretter. Forskning tilsier at det bør gis mer tilbud til intensiv trening i kronisk fase, og et bedre oppfølgingstilbud for de som skrives ut hjem fra slagenhet. Pasienter med lette utfall vil kunne rehabiliteres med base i hjemmet, dersom det finnes tilbud om dette ("Early supported discharge"; dagbehandling i sykehus eller opptreningsenhet i kommunen), eller i private rehabiliteringsinstitusjoner.

Dagens rehabiliteringstilbud

Tidlig rehabilitering foregår integrert i akuttslagenhetene og starter første døgn etter innleggelse – akuttsenger: Ullevål 20, Lovisenberg 6, Diakonhjemmet 7. Etter opphold i akuttavdelingene tilbys pasientene ulike løp, dels avhengig av pasientens behov, men også bestemt ut fra hvilket lokalsykehus pasienten tilhører.

OUS har døgnbasert spesialisert rehabilitering på Aker (10-11 senger). Målgruppen er pasienter med sammensatte kognitive og motoriske utfall, afasi og/eller svelgevansker. Hovedparten av pasientene er over 65 år, et fåtall er yngre. Pasienter i yrkesaktiv alder og/eller som har mulighet til å komme tilbake til et aktivt og selvstendig liv får som hovedregel tilbud om døgnrehabilitering på Aker før de søkes videre til Sunnaas. Eldre pasienter som kan klare seg hjemme på sikt med svært lite behov for bistand søkes også til opphold på private rehabiliteringsinstitusjoner etter opphold i Akers døgnavdeling. Avdelingen tar også imot pasienter for kortvarige vurderingsopphold for anbefalinger om videre opptrening i kommunen. Gjennomsnittlig oppholdstid for slagpasienter i avdelingen var i 2010 ca 3 uker, og oppholdstiden individualiseres. Det tilsvarer med dagens kapasitet mulighet til å ta imot 173-190 pasienter pr år, forutsatt at den gjennomsnittlige oppholdstiden ikke overstiger 21 døgn. Antall behandlede slagpasienter fra Aker rehabilitering var for 2010: 151.

På Aker har OUS Geriatrisk Daghospital med tilbud om dagrehabilitering 2-3 dager pr uke for pasienter som kan bo hjemme, som har mer moderate utfall, og som ikke får dekket sitt behov via primærhelsetjenesten. Geriatrisk Daghospital tar også inn pasienter til senrehabilitering (CI-terapi). Nedskjæringer på budsjettet for 2012 kan vanskeliggjøre å

oppretholde dette tilbudet. Kapasiteten på Daghospitalet er 20 pasienter pr dag (inkluderer også pasienter som er inne til utredning/oppfølging av andre årsaker).

OUS har slagpoliklinikk på Ullevål i tilknytning til slagenheten. I tråd med nasjonal retningslinje tas alle slagpasienter tilbake til kontroll etter ca 3 måneder for tverrfaglig vurdering (fysioterapeut, ergoterapeut, lege). Dette tilbudet vil kunne bli redusert som følge av budsjettnedskjæringer i 2012.

Lovisenberg sykehus har ikke eget døgnrehabiliteringstilbud. Pasienter som har behov for videre rehabilitering blir meldt utskrivningsklare. Kommunen vurderer videre hva slags (rehabiliterings)oppfølging pasienten skal få. Lovisenberg har slagpoliklinikk, som følger opp alle slagpasienter ved LDS. Poliklinisk slagrehabilitering kan tilbys utvalgte pasienter, som egner seg for dette. Mange følges også opp ved hjertemedisinsk poliklinikk. Dagtilbud til hjemmeboende.

Diakonhjemmet har 3 senger dedikert til døgnrehabilitering, og har ikke dagtilbud.

Tilbud om tidlig støttet utskrivning ("early supported discharge") fra akuttpost til hjemmet finnes ikke for noen av sykehusene eller i noen av bydelene i Oslo.

Sunnaas gir i hovedsak tilbud om rehabilitering med døgnplass for pasienter som er kommet noe lengre ut i forløpet enn umiddelbart etter akutttoppholdet, og prioriterer pasienter som har mulighet til på sikt å få et aktivt og selvstendig liv. Unge slagpasienter overflyttes til Sunnaas direkte fra akuttavdelingen.

Ut over dette er det en spesialisert døgnenhet ved Sunnaas rettet mot slagpasienter med komplekse sensomotoriske og kognitive utfall (enhet for slagrehabilitering), samt for pasienter med først og fremst kognitive utfall av mild til moderat grad (kognitiv rehabiliteringsenhet Sunnaas sykehus, KReSS). Ved enhet for slagrehabilitering behandles yngre pasienter (< 65 år) som skal tilbake til et aktivt liv, for eksempel tilbake til arbeid eller omsorgsoppgaver. Pasientene her har både kognitive og sensomotoriske utfall med en alvorlighetsgrad slik at de ikke kan rehabiliteres i hjemmet. Sammenlignet med andre slagrehabiliteringstilbud er det her spesielt bedre logoped- og nevropsykologdekning. Ved KreSS rehabiliteres pasienter som har milde til moderate kognitive følgetilstander etter sitt hjerneslag. De er selvstendige i dagliglivets aktiviteter, men fungerer kognitivt ikke på samme nivå som før slaget. Pasientene ved KreSS har med fordel vært en kortere periode hjemme for å ha opplevd hjerneslagets følger, før de innlegges KreSS til primærrehabilitering. Slagpasientene som har fått primærrehabilitering ved Sunnaas følges opp videre med rehabiliteringstilbud i form av ulike program for intensiv trening (språk, gangfunksjon), ulike typer vurderingsopphold (svelgvansker, førerkort, yrkesvurderinger med mer).

Enkelte private opptreningsentre har spesialisert seg på avsluttende rehabilitering av slagpasienter som ikke er selvhjulpne.

Det kommunale tilbudet i Oslo om rehabilitering er spredt på 7 sykehjem med til sammen 124 plasser, for alle kategorier rehabilitering og for alle bydeler, inkludert AHUS opptaksområde. Ingen rehabiliteringsavdelinger i Oslo kommune er dedikert til slagrammede. Oslo kommune har tilbud om dagopphold for rehabilitering. Kommunen har

dagrehabilitering på to av sine sykehjem, 10 plasser i Kingosgate bo- og rehabiliteringssenter og 6 plasser ved Langerud sykehjem.

Kompetansen i det tverrfaglige tilbudet i rehabiliteringen varierer også. OUS har på Aker spisskompetanse på svelgevansker og afasi. Lovisenberg og Diakonhjemmet har ikke tilsvarende spisskompetanse, og er henvist til å benytte Sunnaas eller kommunale tilbud.

Sunnaas har regionskompetanse og har spisskompetanse innenfor alle nødvendige forhold for slagrammede. Regionstilbudet på Sunnaas er særlig rettet mot pasienter i yrkesaktiv alder. Sunnaas får med statsbudsjett for 2012 godkjent nasjonal behandlingstjeneste for rehabilitering ved locked-in syndrom.

Tilbudet om senrehabilitering ivaretas dels ved Sunnaas, og dels ved den kommunale voksenopplæringen (logopedi, synspedagog). Sunnaas og OUS-Aker har begge tilbud om CI-terapi. Spastisitetshandling med Botox tilbys ved OUS-Aker og delvis på Sunnaas. Botox behandling er kostbart og i hvilken grad Sunnaas kan tilby behandlingen er derfor gjenstand for diskusjon.

De private rehabiliteringsinstitusjonene har varierende grad av ventetid og er derfor lite egnet til å ta pasienter rett fra akuttavdelinger. De benyttes derfor til opptrening noe ut i forløpet og til opptrening i senfase. Når pasienter søkes fra primærhelsetjenesten til de private institusjonene vurderes søknaden på en sentral inntaksenhet, mens pasienten kan søkes rett fra sykehusavdeling uten vurdering i inntaksenheten.

Oppsummert kan vi derfor si at tilbudet om primærrehabilitering avhenger av tilhørighet til lokalsykehusområde. Tilbudet om sekundærrehabilitering er mer likt fordelt og er avhengig av at pasienten blir søkt til dette av primærlege eller tilsynslege.

Utfordringer/ udekket behov

Dagens situasjon innebærer at pasienter får mulighet til å ta ut det potensialet de har for bedring bare ut fra hvor i byen de bor, og ikke etter egne forutsetninger. Dette kan føre til at sykehjemmene står i fare for å få større pleietyngde enn de kunne ha fått. Den spisskompetansen som finnes blir heller ikke utnyttet til alle pasienter som trenger det.

I dagens tilbud savnes dessuten en større mulighet for å gi rehabiliteringstilbud til hjemmeboende. Særlig unge hjemmeboende som trenger kognitiv trening over tid ville med fordel kunne delta i dagtilbud, fremfor å være inneliggende i døgnenhet på Sunnaas. Et slikt tilbud vil dessuten være svært kostnadseffektivt.

Også eldre hjemmeboende har behov for dagtilbud for å bedre og opprettholde funksjon. Ved Geriatriisk Daghospital på Aker er det i dag plass til inntil 20 pasienter daglig, men kun for en tidsbegrenset treningsperiode. Det kommunale tilbudet er ikke knyttet til alle sykehjemmene som har rehabiliteringsavdelinger, og vil heller ikke kunne benyttes i alle bydelene.

”Tidlig støttet utskrivning” (Early supported discharge ESD) er godt utprøvd, og anbefalt som rehabiliteringstiltak for pasienter med hjerneslag av mindre alvorlighetsgrad (jmf Nasjonale faglige retningslinjer for slagbehandling 5.2.1.4). Oslo har ikke dette tilbudet pr i dag. ESD

forbedrer utkomme etter hjerneslag, og vil også kunne bidra til å redusere liggetid i akuttpost.

Kompetansen på slagrehabilitering er spredd på ulike nivåer i helsetjenesten og også geografisk spredd. Dette kan være uheldig. Når kompetanse blir spredd på mange steder blir fagmiljøene sårbare, og det blir krevende å opprettholde kompetanse i faggruppene. Dette gjelder både for sykehus og kommunale tilbud. Fagmiljøene får også mindre muligheter til å drive fagutvikling, holde internundervisning og å delta i forskning. En samling av fagmiljøene, både kommunalt og for sykehusene vil gi mer robuste enheter, og faglig sett sterkere enheter. Treningen for slagrammede vil også bli mer kvalitetsmessig bedre dersom hele personalet rundt pasienten deltar aktivt og er godt samkjørte og har god kompetanse.

De private rehabiliteringsinstitusjonenes rolle i rehabilitering av slagrammede er uklar og samarbeidsformene med sykehusene varierende. Samtidig er disse en betydelig ressurs innenfor rehabiliteringsfeltet, og kan trolig utnyttes både bedre og mer effektivt. Det er behov for å se om det er mulig å få til noen form for fast samarbeid mellom sykehusenes rehabiliteringsenheter og de private rehabiliteringsinstitusjonene, for eksempel en kvoteordning med plasser for sykehusene. Sykehusene har også behov for å bli bedre kjent med hvilket tilbud de ulike private institusjonene har.

Gruppen vil foreslå følgende for å få et felles pasientforløp for slagpasienter tilhørende Oslo sykehusområde:

Målsetning: Likeverdige tilbud i alle lokalsykehusområder.

Slagenheten utvides til å ha kapasitet til å motta integrert akuttfase behandling og rehabilitering

Det må etableres helhetlige behandlingsskjeder uavhengig av pasientens bosted. Dette krever at Lovisenberg sykehus, Diakonhjemmet sykehus og OUS er omforente om behandlingsforløp og det tilbud som tilbys Oslos befolkning.

Det opprettes en felles døgnrehabiliteringspost for Lovisenberg, Diakonhjemmet og OUS for primærrehabilitering av slagpasienter med sammensatte kognitive/motoriske vansker, svelgevansker og afasi.

Slagrehabilitering i døgninstitusjon samles på færrest mulig steder, også de kommunale tilbudene.

Det må utarbeides kriterier for hvilke type funksjonsproblemer som bør primærrehabiliteres i spesialisthelsetjenesten, og hvilke som bør primærrehabiliteres i kommunal rehabiliteringsenhet.

Målsetning: Tilbudet til hjemmeboende styrkes

Det bør opprettes tilbud om "tidlig støttet utskriving" fra akuttavdelingene. Tilbudet bør organiseres som et pilotprosjekt i en eller noen få bydeler, for å høste erfaring med organiserings- og samhandlingsformen i tilbudet før dette spres ut i alle bydeler.

Det bør opprettes et eget tverrfaglig dagtilbud i spesialisthelsetjenesten for yngre hjemmeboende med kognitive vansker.

Det bør opprettes dagtilbud for langtidsrehabilitering for hjemmeboende eldre, i kommunal

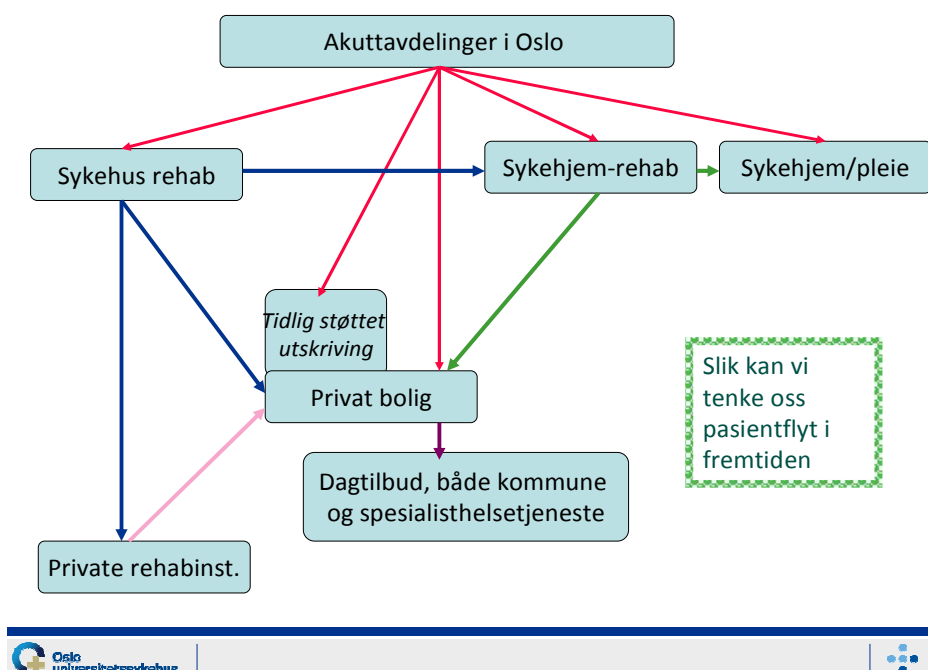
regi.

Målsetning: Styrket samarbeid mellom sykehusene og de private rehabiliteringsinstitusjonene

En egen gruppe bør se nærmere på om det er mulig å inngå mer formalisert samarbeid mellom sykehusene og de private rehab-institusjonene, eks. kvoteordninger for inntak av pasienter.

Det må utarbeids kriterier for hvilke type funksjonsproblemer som kan tas hånd om på de ulike private rehabiliteringsinstitusjonene.

Fremtidens pasientflyt for slagpasienter



3.2 REHABILITERING ELDRE MED BRUDD

Helsetilsynet i Oslo og Akershus gjennomførte sommeren/høsten 2011 et tilsyn med behandlingen av eldre pasienter med hoftebrudd. Tilsynet anser at OUS bryter Lov om spesialisthelsetjenester ved at for mange av hoftebruddspasientene venter for lenge på operasjon. I tillegg får sykehuset kritikk for mangelfull oppfølging av pasienter med delirium og av pasientenes ernæringsstatus. Tilsynet vektlegger behovet for geriatrisk kompetanse på disse områdene.

Det var tidligere vanlig å se akuttbehandling og rehabilitering som to relativt atskilte prosesser. Moderne forståelse av effektive helsetjenester til sårbare gamle betoner den uatskillelige sammenhengen mellom akuttbehandling og rehabilitering. God akuttbehandling kjennetegnes av at man har fokus på funksjon og rehabilitering fra første dag.

Rehabiliteringen etter hoftebrudd starter umiddelbart postoperativt, og grunnlaget for en vellykket rehabilitering legges allerede preoperativt. Dersom behandlingsforløpet i den perioperative fasen ikke fungerer optimalt, er det trolig svært vanskelig å kompensere for det gjennom rehabilitering senere i forløpet. Det har derfor liten hensikt å drøfte rehabilitering isolert fra en drøfting av hele pasientforløpet.

Vi ser det som viktig at OUS har et effektivt behandlingsforløp for pasienter med hoftebrudd og andre geriatriske bruddpasienter.

Hoftebruddpasienter er ofte skrøpelige og preget av funksjonsproblemer, multimorbiditet og polyfarmasi. Et hoftebrudd har alvorlige konsekvenser for fremtidig evne til å klare seg selv og dermed for kommunens omsorgsbelastning, og dødeligheten er ikke ubetydelig. Siden disse pasientene bringer med seg så mange indremedisinsk-geriatriske utfordringer, har det gjennom de siste tiårene oppstått en stadig økende interesse for *ortogeriatri*, dvs. et strukturert samarbeid mellom ortopedier og geriatriere.

Det er nylig (juni 2011) publisert britiske retningslinjer for behandling av pasienter med hoftebrudd fra National Institute of Clinical Excellence (NICE). Retningslinjene slår fast at behandlingen skal skje i rammen av et formalisert ortogeriatrisk tverrfaglig integrert hoftebruddprogram med anestesi, geriatri og ortopedi.

De vektlegger følgende hovedpunkter i et hoftebruddprogram:

- ortogeriatrisk vurdering
- rask optimalisering for kirurgi
- tidlig identifisering av mål for rehabilitering
- kontinuerlig tverrfaglig ortogeriatrisk vurdering (bl.a. smerte, delirium, andre sykdommer og medikamenter)
- avtale om tilsyn eller integrering av andre tjenester etter behov
- tidlig utskriving med støtte av kommunale tjenester

De mest vellykkede prosjektene kjennetegnes ved et forpliktende samarbeid mellom ortopedi, geriatri og anestesi. Som regel er det noen nøkkelpersoner fra de forskjellige fagene som kreves for å gjennomføre dette, og et viktig poeng er at pasientene bør samles på *et definert geografisk område* (f.eks. sengepost eller definert del av sengepost). Publiserte resultater inkluderer lavere dødelighet, færre komplikasjoner, økt pasienttilfredshet, kortere liggetid og lavere sykehusutgifter.

Pasienter med brudd i øvre femurende (lårhalsbrudd og pertrokantære brudd) er selve erketyper på ortogeriatriske pasienter. Med unntak av de tilfellene der slike brudd skyldes et høyenergitraume, er disse pasientene i en stor overvekt av tilfellene gamle av år og preget av skrøpelighet, funksjonsproblemer, multimorbiditet og polyfarmasi, og de har alvorlig prognose. De fleste ortogeriatriske behandlingsopplegg i Norge og internasjonalt er derfor bygget opp i hovedsak for denne pasientgruppen. Men dette er ikke til hinder for at en ortogeriatrisk enhet, i den grad kapasiteten tillater det, kan benyttes for andre bruddpasienter med geriatriske tilleggspolproblemer dersom de trenger innleggelse, f.eks. eldre pasienter med stabile bekkenbrudd, kompresjonsbrudd i columna, brudd i overarm, legg eller håndledd.

Som en konsekvens av at det har vært gjort mye forskning på hoftebrudd både fra ortopedisk og geriatrisk side, har OUS gode tall for preoperativ ventetid. De siste to årene (fra oktober 2009) har tid fra innleggelse til operasjon vært i snitt 32 timer. I de britiske

retningslinjene sies det at ingen skal vente mer enn 36 timer, og det har over 30% av pasienter ved OUS gjort. 18% av pasientene har ventet mer enn 48 timer, noe Helsetilsynet definerer som brudd på Spesialisthelsetjenesteloven. I enkelte perioder er ventetiden lenger, og i 8 av de siste 26 månedene har gjennomsnittlig ventetid vært over 36 timer, med mai 2011 som den verste måneden med over 60 timers gjennomsnittlig ventetid.

Liggetiden for pasienter med hoftebrudd ved Ullevål er på 8-10 døgn, med betydelig individuell spredning. Det er særlig to forhold som trekker liggetiden opp. For det første vil lang preoperativ ventetid føre til at samlet liggetid øker minst like mye, sannsynligvis mer (pga. økt komplikasjonsrisiko). For det andre trenger et stort flertall av pasientene videre rehabilitering i kommunal regi etter sykehusoppholdet, og blir derfor i mange tilfeller liggende i sju døgn etter at de er meldt utskrivningsklare. Samarbeid mellom sykehuset og kommunen om et godt opplegg for videre rehabilitering vil derfor kunne bidra til å redusere liggetiden.

Dagens rehabiliteringstilbud

OUS har på Aker 10- 11 heldøgns-senger for kirurgisk rehabilitering. Målgruppen er eldre med brudd og samtidig andre sykdommer som kompliserer opptreningen, i tillegg til underekstremitetsamputerte. Avdelingen tar også imot yngre pasienter med bruddskader og samtidige tunge sosiale problemer.

Gjennomsnittlig oppholdstid for rehabilitering på Aker er 10-12 dager. To av tre pasienter kan returnere direkte til hjemmet med hjelp fra primærhelsetjenesten i bydelen, inkludert hjemmefysioterapi. Noen har behov for et lengre døgnopphold og overføres da til privat rehabiliteringsinstitusjon (med avtale med Helse Sør-Øst) eller til korttidsopphold på sykehjem. Enkelte pasienter går direkte til privat rehabiliteringsinstitusjon. To av tre pasienter kan returnere direkte til hjemmet med hjelp fra primærhelsetjenesten i bydelen, inkludert hjemmefysioterapi.

Tradisjonelt har avdelingen mottatt eldre pasienter med hoftebrudd 1-3 postoperative døgn. Fra 1/9-11 er ortopedisk avdelings akutfunksjon samlokalisert på Ullevål. Om dette vil påvirke etterspørsel etter rehabiliteringssenger for eldre med brudd er foreløpig usikkert. Det er også usikkert om det vil påvirke hvor tidlig i det postoperative forløpet pasientene blir overflyttet til Aker.

Diakonhjemmet tar i mot ortopediske øyeblikkelig hjelp pasienter med alle typer brudd fra bydel Ullern, Frogner og vestre Aker. Når det gjelder hoftebrudd tar Diakonhjemmet i tillegg mot pasienter fra 5 andre bydeler for hoftebrudd. Diakonhjemmet har eget mottak og overvåkningsstue i posten, slik at alle pasienter kommer direkte på post.

I tillegg til tidlig rehabilitering i akuttposten benytter Diakonhjemmet rehabiliteringstjenester i bydelen; rehabilitering foregår for det meste i bydelen, men Diakonhjemmet starter med rehabilitering på post 1. dag sammen med fysioterapeut. Diakonhjemmet har ingen øremerkede rehabiliteringsplasser for personer med bruddskader i avdelingen.

For de pasientene som tilhører Diakonhjemmet sykehus' tre bydeler blir mange overført til SKE (Spesialisert korttidsenhet) for rehabilitering. Pasienter som kommer fra andre bydeler kan ha rehabiliteringsbehov på spesialist HF-nivå., som pr i dag ikke dekkes.

Lovisenberg sykehus har ikke plasser til døgnrehabilitering for denne pasientgruppen. Dette innebærer at pasienter som tilhører Lovisenberg-sektor ikke har det samme rehabiliteringstilbudet som pasienter tilhørende OUS-sektor.

Gruppen vil foreslå følgende for å få et felles pasientforløp for eldre med brudd tilhørende Oslo sykehusområde:

For å få gode optimaliserte pasientforløp for gruppen "eldre med brudd" anbefaler arbeidsgruppen at man igangsetter et arbeid der man ser på helhetlige pasientforløp for denne gruppen. Behandlingslinjen må omfatte hele forløpet fra og med innleggelse til og med videre rehabilitering i kommunal regi. Utarbeidelse av helhetlige pasientforløp/behandlingslinje for denne pasientgruppen må omfatte pasienter i hele Oslo sykehusområde samt tilbudene som gis både innen kommunal rehabilitering og innenfor spesialisthelsetjenesten. Behandlingslinjen må omfatte de tre medisinske spesialitetene ortopedi, anesthesiologi og geriatri samt relevante tverrfaglige helsefaggrupper og primærhelsetjenesten, og bygge på de erfaringene som er systematisert i sykehuset gjennom mer enn sju år. Nærmere utredning/planlegging av behandlingsforløpet bør ta utgangspunkt i disse overordnede føringene.

3.3 REHABILITERING AV ERVERVEDE TRAUMATISKE HJERNESKADER

Angivelse av behov

Den årlige forekomsten av ervervede traumatiske hjerneskader som krever sykehusinnleggelse er i overkant av 83/100 000 (ref Andelic Neuroepidemiology 2008).

Skadene deles inn i lette, moderate og alvorlige ut fra bevissthetsreduksjonen i tidlig fase. Ca. 10% av skadene er moderate eller alvorlige og ca 30% av de som innlegges med alvorlig hjerneskade dør i akutt fase. De overlevende har behov for høyspesialisert medisinsk behandling og tidlig rehabilitering. Mange har et langvarig rehabiliteringsbehov i institusjon og senere poliklinisk og i tett samhandling med primærhelsetjenesten. Den økende andelen eldre med alvorlige traumatiske hjerneskader er en særskilt utfordring både med tanke på høy dødelighet og mer omfattende funksjonstap.

En annen utfordring er TBI-pasienter med psykiatriske diagnoser og rusmiddelproblematikk. De lette hjerneskadene er karakterisert av rask oppvåkning, og ofte vil de kognitive problemene først komme tydelig frem etter utskrivelse fra akuttavdeling. Mange har imidlertid kognitive problemer som krever dagbasert og poliklinisk spesialisert rehabilitering i etterkant av skaden. Et mindretall vil også i denne fasen ha behov for institusjonsbasert rehabilitering.

Dagens rehabiliteringstilbud

Det er etablert et tilbud om rehabilitering i tidlig fase (intensivfase) for de alvorlig traumatiske hjerneskade ved OUS Ullevål. Dette tilbudet er regionalt og omfatter alle pasienter fra Helse Sør-Øst. Kapasiteten er imidlertid for lav, og tilbudet er svært sårbart i

ferier og under høysesong av traumene. Flere av de alvorlige traumene samt tilgrensende hjerneskader (Subarachnoidalblødninger og anoksiskader) vil kunne nyte godt av et liknende tilbud. En utvidelse av tilbudet til å omfatte også disse gruppene ville innebære en mer robust organisering av tidlig rehabiliteringsfunksjonen.

De alvorlig traumatisk hjerneskadene som tilhører Helse Sør-Øst får oppfølgende rehabilitering ved Sunnaas sykehus HF i en sammenhengende behandlingslinje. Alle pasienter innlagt på Sunnaas tilbys oppfølging ett år etter skade. Videre er det omfattende tilbud om vurdering av svelg funksjon, førerkort, yrke/skole med mer. En har også oppfølgende arbeid for de pasienter som forblir svært dårlige. Sunnaas HF har 12 senger for denne pasientgruppen. Denne behandlingslinjen fungerer i dag godt, men det er utfordringer der pasientene har store medisinske komplikasjoner, eller alvorlig rus og psykiatriproblemer. Samme behandlingslinje bør etableres for subarachnoidalblødninger.

Utfordringer/ udekket behov

Avd for fysikalsk medisin og rehabilitering (AFMR) Ullevål har kun 6 senger til å dekke rehabilitering for de alvorlig og moderate traumatiske hjerneskadene og tilgrensende hjerneskader med medisinske komplikasjoner. Det er en tilleggsutfordring for rehabiliteringstilbudet at pasienter med subarachnoidalblødninger behandles på Gaustad mens de traumatiske hjerneskadene håndteres på Ullevål. Det er også behov for formalisering av behandlingslinjen for de moderate traumatiske hjerneskade. En del av disse pasientene skrives i dag ut fra OUS uten oppfølgende rehabilitering eller må vente på plass. Hovedutfordringen er imidlertid relatert til en koordinert rehabilitering i samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommune etter utskrivelse fra akuttopphold. Behovet her omfatter sengebasert rehabilitering, poliklinisk oppfølging, ambulante tjenester og kommunale tilbud. De kommunale tilbudene må gjennomføres i samarbeid med spesialisthelsetjenestens oppfølging mhp kompetanse og videreføring/oppfølging av tiltak, så vel som å sikre tilbakemelding til spesialisthelsetjenesten om funksjonsproblemer. tilbudet må omfatte helsetjenester men også utdanning og arbeid.

Gruppen vil foreslå følgende for å få et felles pasientforløp for pasienter med ervervede hjerneskader tilhørende Oslo sykehusområde:

Målsetning:

- Tilby tidlig rehabilitering til alle ervervede hjerneskader i akutt fase.
- For slagpasienter bør tidlig rehabiliteringen organiseres i en slagenhet i henhold til De nasjonale retningslinjene.
- For øvrige ervervede hjerneskader anbefaler vi annen organisering; SAH, traumatiske hjerneskader og anoksiskader bør organiseres sammen i en enhet med intensivfunksjon og tilgrensende sengebasert rehabilitering avhengig av pasientens behov for intensivmedisinsk kompetanse.

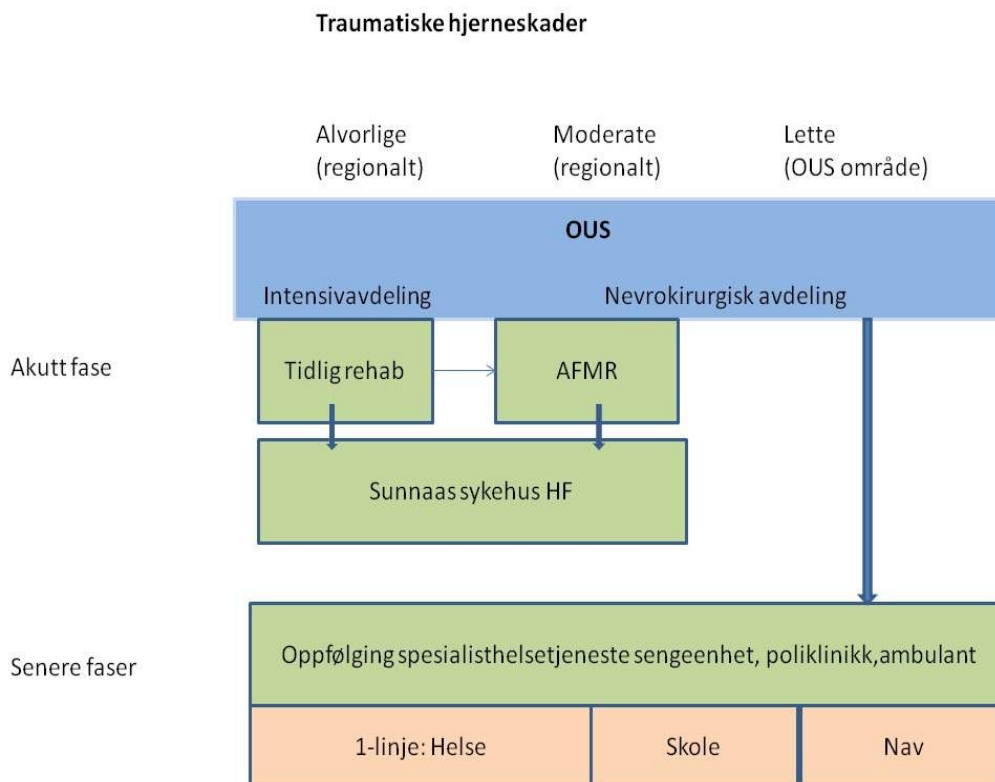
Oppfølgende rehabilitering i akuttforløpet (primærrehabilitering) sikres ved utvidelse av kapasitet ved OUS og gjennom forpliktende samarbeid med Sunnaas sykehus HF

Målsetning:

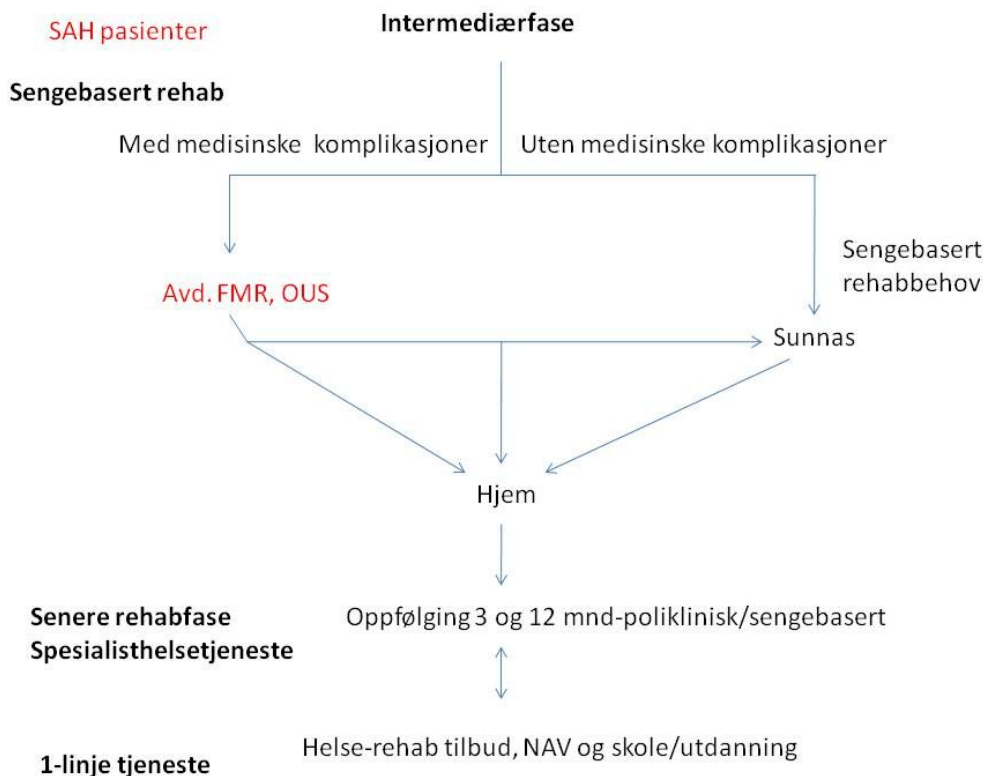
- Styrke rehabiliteringstilbudet i etterkant av utskrivelse fra akuttopphold.
- Det bør etableres et ambulant team som følger opp alle pasienter med moderat og alvorlig traumatisk hjerneskade etter utskrivelse.

- Alle pasienter tilbys oppfølging i spesialisthelsetjenesten 3-6 mnd etter utskrivelse, der involverte aktører i 1-linjetjenesten deltar.
- Det videreutvikles oppfølgende rehabiliteringsprogram- sengebasert, poliklinisk og kommunalt baserte for kognitiv rehabilitering med vekt på deltakelse og tilbakegang til arbeid.

Anbefalt pasientflyt ervervede traumatiske hjerneskader



Anbefalt pasientflyt SAH (subarachnoidalblødninger)



4. STATUS REHABILITERING ØVRIGE OMRÅDER

I foretaksmøter i juni 2010 ble helseforetakene gitt i oppdrag å utarbeide områdeplaner innen habilitering, rehabilitering, psykisk helsevern og TSB for sykehusområdene i henhold til vedtak i RHF – styresak 108-2008. Midlertidig fagråd for rehabilitering i Helse Sør-Øst, utarbeidet i 2009 innspill til regional strategi for rehabilitering. I innspillet ble det benyttet en tabell som verktøy i beskrivelsen av befolkningens rehabiliteringsbehov og regionens samlede kapasitet med utgangspunkt i medisinske fagområder. Helse Sør-Øst har i forbindelse med oppdragsbrevet (datert 26. september 2011) til Oslo universitetssykehus, lage en tilsvarende mal og tabell som kan benyttes for beskrivelse av behov og kapasitet i områdeplanen innen rehabilitering. Arbeidsgruppa for områdeplanen i rehabilitering har, som nevnt i innledningen, valgt å fokusere på tre områder som alle har særskilte utfordringer enten knyttet til likhetsprinsippet eller fordi de er særlig krevende når det gjelder å etablere gode behandlingsskjeder på tvers av tjenestenivåene.

5. SAMHANDLING INNEN REHABILITERING

Oslo kommune og Helse Sør-Øst er enige om at Oslo skal være et pilotområde for samhandling, og at å etablere **Samhandlingsarena Aker** som et prosjekt for perioden 2011-2014 er en sentral del av dette. Hovedmålet er å gi aktuelle pasientgrupper et rett tilbud på riktig nivå og gjennom dette bidra til å forebygge og/eller redusere helseproblemer for den enkelte. Helse Sør-Øst har forpliktet Oslo universitetssykehus til å koordinere sykehusenes deltakelse i å utvikle en felles samhandlingsarena på Aker bl.a. i forhold til pasienter med rehabiliteringsbehov, livsstilssykdommer, kroniske lidelser, psykiske problemer og rusmiddelavhengighet samt eldre med sammensatte lidelser og mennesker i livets slutfase. (jf. protokoll fra foretaksmøte 24.11.2010.) Videre er man enige om at "Samhandlingsarenaen skal representere en fornyelse av tjenestetilbudet til befolkningen i Oslo, svare til storbybefolkningens behov og være et annet tilbud enn dagens tilbud i sykehus og kommunehelsetjeneste. En samhandlingsarena på Aker er en fremtidsrettet løsning som gjør at fremtidige helseutfordringer kan møtes i et nyskapende og nært samarbeid mellom sykehusene og kommunen.

Oslo kommune har besluttet å etablere **Helsegrep for eldre** som innebærer geriatrisk ressurscenter og spesialisert kommunal døgnrehabilitering for eldre. Tilbudene skal lokaliseres på Aker. På bakgrunn av dette er det etablert et delprosjekt rehabilitering Aker.

Prosjektets hovedmål er å gi aktuelle pasientgrupper et rehabiliteringstilbud i skjæringsfeltet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og skal føre til redusert antall sykehusinnleggelser og redusert liggetid på sykehus. Dette innebærer å:

- Kartlegge og imøtekomme behov som kan ivaretas i et samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, uten døgnopphold i spesialisthelsetjenesten.
- Gi særskilt tilpasset rehabiliteringstilbud til definerte pasientgrupper.
- Bidra til god pasientflyt mellom de ulike nivåene i helsetjenesten.
- Utvikle nye rehabiliteringstilbud hvor spesialist- og kommunehelsetjeneste samarbeider om "best practice- rehabiliteringsforløp"
- Utvikle en samhandlingsarena innfor rehabilitering som legger til rette for forskning og utdanning.

Målgruppe for avdelingen

Prosjektgruppen har hatt en omfattende diskusjon av anbefalt aldersgruppe for avdelingen. Bydelenes behov er forskjellig ut i fra hvilke tjenester som i dag foreligger i bydelenes tjenesteapparat. Gruppen har valgt å ta utgangspunkt i prosjektets hovedmålsetting om å bidra til å redusere liggetiden i sykehus og antall innleggelser. Den aldersgruppen som har høyest andel av døgnbaserte sykehustjenester er pasienter i som er 67år+. Disse utgjør om lag 10 % av befolkningen, men bruker ca 40-45 % av liggedøgnene. En målrettet innsats for rehabilitering knyttet til denne aldergruppen vil redusere liggetiden i sykehus, og kunne redusere antall innleggelser og reinnleggelser. Prosjektgruppen vil anbefale at målgruppen for rehabilitering på Aker fortrinnsvis bør være pasienter over 60 år. Prosjektgruppen vil i tillegg anbefale at sykehjemsetaten og bydelene samarbeider videre om og sikrer en mer systematisert og koordinert kompetanse og tjenestetilbud for beskrevet pasientgruppe 40 – 60 år. I vedlagte rapport finnes en mer omfattende beskrivelse av prosjektgruppens vurderinger.

Antall plasser i rehabiliteringsavdelingen ved Aker er begrenset til 21. Det er derfor nødvendig å sikre at det er de pasientene som har behov for en slik avansert rehabilitering som får dette.

Rehabiliteringsavdelingen på Aker vil ha en medisinsk og rehabiliteringsfaglig kompetanse som overstiger dagens rehabiliteringstilbud i Oslo kommune. Prosjektgruppen vil anbefale at målgruppen for avdelingen er pasienter som har akutt eller subakutt funksjonssvikt og som har behov for tverrfaglig rehabilitering. Den akutte sykdommen må være utredet og avklart av medisinsk personell med tilstrekkelig kompetanse i kommunal helsetjeneste eller spesialisthelsetjenesten. Eksempler på aktuelle pasientgrupper vil kunne være nevrologiske pasienter som trenger opptrening og medisinsk justering, slagpasienter som trenger videre logoped- og kognitiv behandling. Videre peker det seg ut en annen gruppe som pasienter, som er visse ortopediske pasienter med kompliserende medisinske tilstander. I vedlagte rapport finnes en mer omfattende beskrivelse av prosjektgruppens vurderinger.

5.1 UTFORDRINGER I RELASJONEN MELLOM SPESIALIST- OG PRIMÆRHELSETJENESTEN

Hvilke utfordringer ser man i relasjonen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten? Nedenfor står listet opp de utfordringene som har blitt påpekt av arbeidsgruppa i forbindelse med arbeidet med områdeplanen:

1. Manglende kjennskap til hverandres tilbud og kompetanse
2. Det å ha oversikt/finne frem hvor Koordinerende Enhet (KE) for rehabilitering er organisert både i sykehusene og bydelene kan være utfordrende.
3. Det er tungvint å få tak i opplysninger fra fastlege, hjemmetjeneste og sykehjem når pasienten innlegges akutt i sykehus. Det er ingen automatikk i at slik oversendes eller konsensus om hvilke opplysninger som skal oversendes når pasienten går mellom behandlingsnivåene. Elin-K prosjektet må ivareta dette!
4. Sykehuset erfarer at enkelte bydeler ikke prioriterer å møte i nettverksmøter arrangert ved Akers rehabiliteringsavdeling
5. Sykehusenes epikriser til primærhelsetjenesten er delvis mangelfulle.
6. Samarbeidet med fastlegene er vanskelig å etablere når det gjelder pasienter med krevende rehabiliteringsbehov
7. Tidlig støttet utskrivelse fra sykehus
8. Kommunene opplever at helseforetakene tar kontakt for sent når det gjelder utskrivning av pasienter som trenger opptrening. Erfaring fra Lovisenberg sykehus viser at tidlig dialog og informasjonsutveksling/møte før pasient er utskrivingsklar gir mer avklarte og godt planlagte utskrivninger.
9. Det er behov for ambulante, tverrfaglige rehabiliteringsteam. **Arbeidsgruppa foreslår følgende:** Dette ambulante teamet utgår fra kommunen og avdelingen som kommunen er i ferd med å etablere på Aker.

FORSLAG TIL LØSNINGER

- Rulling av helsepersonell slik at man får erfaring og kunnskap fra de ulike forvaltningsnivåene
- Felles kompetanseutvikling – felles arena for kompetanseutvikling
- Omforente mål for utvikling av rehabiliteringsfeltet
- Opprette nettside med oppdatert oversikt over rehabiliteringstilbudene for slagpasienter, inntakskriterier og kontaktpersoner for pasienter fra sykehusområde Oslo

- Arrangere seminarer/dialogkonferanser om enkelte pasientgrupper (for eksempel hjerneslag) med deltakelse fra kommune- og spesialisthelsetjenesten inkl. fastleger

Helse- og omsorgstjenesteloven §8-3 pålegger kommunene å medvirke til å tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og gjennom dette forbedre kvalitet og fremme kunnskapsbasert praksis.

Oslo kommune ved byrådsavdelingen samt Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus, Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus skal i løpet av 2012 inngå samarbeidsavtaler for å regulere samarbeidet mellom helseforetakene/sykehusene og bydeler og etater i Oslo kommune. Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Det skal i løpet av 2012 inngås ni tjenesteavtaler, der avtale om rehabilitering inngår i tjenesteavtale 1 (jf §2-1e Spesialisthelsetjenesteloven og §6-1 helse- og omsorgstjenesteloven). Målet er å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester. Frist for dette arbeidet er satt til 1. juli 2012. Arbeidet med områdeplanen vil kunne være et godt bidrag inn i arbeidet med denne avtalen.

6. FORSKNING, UTDANNING OG FAGUTVIKLING INNEN REHABILITERING

OUS har samlet sett en omfattende forskningsaktivitet innenfor rehabiliteringsfeltet. Den spenner fra translatorisk forskning til metodeutviklingsarbeid og prospektive kliniske studier. Forskningsaktivitet er knyttet til de enkelte avdelinger som er involvert i rehabilitering. Ved Avdeling for Fysikalsk medisin og rehabilitering er det en egen universitetsenhet med ansvar for forskning og fagutvikling samt utdanning av medisinerstudenter innenfor fagområdet. Tilknyttet Geriatrik avdeling er det også en universitetsseksjon, og avdelingen har forskning rettet mot viktige rehabiliteringsgrupper som, slag, osteoporose, fall, brudd og ernæring. Likeså har Sunnaas universitetstilknnytning inkludert medisinstudentutdanning og et aktivt forskningsmiljø; forskningen inkluderer alle tverrfaglige faggrupper og omfatter spesielt nevrorehabilitering i vid forstand. Også innenfor kreftområdet er det økende fokus på forskning knyttet til rehabiliteringen selv om fagområdene i hovedtrekk har fokusert på tverrfaglig representasjon i sine forskergrupper savnes i stor grad faste forskerstillinger for viktige ikke-legefaglige profesjoner innenfor rehabiliteringsfeltet. OUS, Sunnaas sykehus, Diakonhjemmet, Høgskolen i Oslo og Akershus Oslo kommune og Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon med flere er del av et forskningskonsortium i helsetjenesteforskning innen for habilitering og rehabilitering (CHARM) som i 2011 fikk tildelt 25 mill NOK av Forskningsrådet som skal fordeles over 5 år. CHARMs visjon er å bygge opp en sterk kompetanseplattform innenfor (re)habiliteringstjenester og fremskaffe forskning av høy kvalitet på tvers av helsetjenestenivåer og ulike samfunnsområder med implementering av brukernes perspektiv. Fem prosjekter som alle bygger på et samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste, kommune og brukere og som spenner fra barn til eldre, fra traumer til medfødte alvorlige fysiske og kognitive funksjonstap, fra rehabilitering i intensivmedisinsk

fase til deltakelse i yrkeslivet. Samhandlingsperspektivet er sterkt fokusert, og nettverksbygging regionalt men også nasjonalt vektlegges.

Ved tidligere Aker sykehus har Geriatrik avdeling hatt et eget "Kompetanseteam slag" som har utarbeidet kliniske veiledere i slagbehandling og hatt undervisning rettet mot tverrfaglig personale både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette kompetanseteamet ble lagt ned i forbindelse med sammenslåingen i OUS, og er ikke erstattet. Hvem som ivaretar dette teamets funksjoner videre er ikke avklart.

Arbeidsgruppen ønsker at man i større og sterkere grad legger til rette for (tverr)faglig samarbeid og utdanning både innen den enkelte profesjon, på tvers av profesjonene og på tvers av nivåene/tverrinstitusjonell (mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten). Helt konkret er det forslått at man legger dette inn i stillingsbeskrivelsene når man utlyser stillinger ved rehabiliteringsenhetene i Oslo universitetssykehus. Den vedtatte koordineringsfunksjonen ved OUS må snarlig utlyses og allokeres til forskning og fagutvikling.

Videre er det ønskelig at man kan sette av ressurser (tid/penger) til personer/team som kan være dedikert til fagutvikling (for eksempel helsefaglig personell med spesialkompetanse i rehabilitering).

Det planlegges nå en større rehabiliteringsvirksomhet på Aker, der både Oslo universitetssykehus, Oslo kommune og Sunnaas får en plass. Dette kan danne grunnlaget for spennende tverrinstitusjonelt samarbeid og faglige synergieffekter, men en slik arena kan også åpne muligheter for mer og bredere forskning på ulike aspekter omkring rehabilitering, som illustrert gjennom den påbegynte evalueringen av halvannenlinjetjenester for eldre med funksjonssvikt i regi av CHARM.

Diakonhjemmet har også NRRK (Nasjonalt Revmatologisk Rehabiliterings- og kompetansesenter) som arbeider med forskning, fagutvikling og formidling av revmatologisk rehabilitering. Senteret har en omfattende forskningsvirksomhet og driver pasientnær klinisk forskningsvirksomhet og driver pasientnær klinisk forskning med særlig fokus på effekt av tverrfaglig rehabilitering for mennesker med kronisk revmatisk sykdom.

Norsk senter for Aktiv rehabilitering (NAR) er et forskningssamarbeid mellom Ortopedisk senter, Oslo universitetssykehus, Norsk Idrettsmedisinsk Institutt (Hjelp24 NIMI) og Norges Idrettshøgskole. Hensikten er å videreutvikle et forskningsmiljø innen aktiv rehabilitering av pasienter med muskel-/skjelettlidelser.

6.1 BRUK AV REHABILITERINGSINSTITUSJONER UTENFOR SYKEHUSENE

De private rehabiliteringsinstitusjonene skal inngå som en del av det helhetlige rehabiliteringstilbudet i regionen. Tilbudene skal være tilgjengelige for pasienter fra hele regionen. Tilbudene fra private leverandører skal være kunnskapsbaserte og virkningsfulle (jf. Styremøte HSØ RHF 9. juni 2010).

Det er aktuelt å legge til rette for økt mottak av pasienter som ikke er selvhjulpne, og som heller ikke kan forventes å oppnå selvhjulpnehet i løpet av oppholdet. Antall plasser til selvhjulpne ortopediske pasienter har generelt vært overdimensjonert i forhold til pasienter

med hjelpebehov, for eksempel hjerneslagpasienter. Noen opptreningssentre har allerede i dag avtaler med enkelte helseforetak om inntak av mer pleietrengende pasienter.

Helse Sør- Øst har avtale med følgende institusjoner (<http://www.helse-sorost.no/pasient/rehabilitering/rehabiliteringstilbud/Sider/side.aspx>) innen feltene hjerneslag og brudd og slitasjeskader i skjelett/ ortopedi.

- Bakke Senter for Mestring og Rehabilitering
- CatoSenteret
- FRAM helserehab
- Godthaab Helse og Rehabilitering
- Grande Rehabiliteringssenter
- Hjelp24 NIMI
- Hokksund Rehabiliteringssenter
- Jeløy Kurbad
- Landaasen Rehabiliteringssenter
- Oppfølgingsenheten Frisk
- Ringen Rehabiliteringssenter
- Skogli Helse- og Rehabiliteringssenter
- Steffensrud Rehabiliteringssenter
- Sørlandets Rehabiliteringssenter Eiken
- Vikersund Kurbad

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF
LOVISENBERG SYKEHUS AS
DIAKOINHJEMMET SYKEHUS AS

OMRÅDEPLAN FOR PSYKISKE HELSE I OSLO SYKEHUSOMRÅDE

2012 - 2016

OMRÅDEPLAN

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse.....	1
1. Bakgrunn for og formålet med områdeplan	2
2. Faglige og politiske føringer	3
3. Beskrivelse pasientgrupper og behov for helsetjenester	4
4. Status og utvikling av tilbudet i helsetjenester innen området mot de aktuelle pasientgruppene	5
Psykiatrisk legevakt.....	5
Tilbud til pasienter med dobbeltdiagnose	5
Tilbudet til pasienter med førstegangpsykososer.....	6
Sikkerhetsplasser og forsterkede plasser for ungdom	6
Prosjekt voldsrisko i et pasientforløp:.....	7
Pasienter med personlighetsforstyrrelser.....	7
Pasienter med tvangs- og angstlidelser og spiseforstyrrelser	8
Pasienter med alderspsykiatriske lidelser	8
Jobbmestring og psykisk sykdom – et prosjekt.....	8
Psykisk helsevern til barn og unge.....	9
Behandlingslinjer	9
5. Prinsipper for funksjonsdeling mellom institusjoner og mellom nivåer innen sykehusområdet	9
6. Fagutvikling, forskning og utdanning innen området	10
Samspillet med pasientrettet virksomhet.....	10
Utfordringene framover	11
Oppsummering av aktuelle grep framover.....	11
7. Hovedpunktene oppsummert	11

1. Bakgrunn for og formålet med områdeplan

I styresak 061/2010 i Helse Sør Øst RHF vedtok styret at det skal utarbeides områdeplan for psykisk helse:

Det skal utarbeides områdeplaner innen psykisk helsevern basert på de regionale utviklingsområdene og som en del av sykehusområdets overordnede områdeplan. Som en del av en helhetlig områdeplan for sykehusområdet skal det:

- Vurderes om en ytterligere spesialisering innen utredning og behandling av særskilte tilstander og en differensiering og fordeling av tilbud innenfor sykehusområdet, kan øke kvaliteten og tilgjengeligheten til tjenesten.
- Det skal være fysisk tilgjengelighet og tilgjengelighet for pasienter med ulik kulturell og språklig bakgrunn.
- Brukerstyrte plasser utvikles og prøves ut i alle sykehusområder for pasientgrupper med langvarig og/eller tilbakevendende alvorlige sykdomsutbrudd.
- Datakvalitet, registrering og rapportering er et lederansvar på alle nivåer og skal forbedres. Kvaliteten på pasientdata for bruk av tvang innen psykisk helsevern skal ha et særskilt fokus.
- Som et ledd i å sikre likeverdig behandling skal det innen alle sykehusområder utarbeides og implementeres kunnskapsbaserte behandlingslinjer for utredning, diagnostikk, behandling og oppfølging for flere fagområder og særskilt sårbare pasientgrupper.
- Myndighetstilsyn skal følges opp og erfaringer fra brukere skal tas særskilt hensyn til i det kontinuerlige kvalitetsforbedringsarbeidet
- Det skal sikres særskilt fokus på oppfølging av:
 - pasienter som har behov for akuttpsykiatriske tjenester og behandling innen sikkerhetspsykiatrien
 - pasienter med selvmordsproblematikk, spiseforstyrrelser, sammensatte lidelser og dobbeltdiagnoser
 - tidlig intervensjon av ny- syke med psykoseproblematikk, samt sikre gode tilbud for langtidsrettet schizofreni -behandling
 - pasientgrupper med behov for langvarig poliklinisk behandling
 - pasientgrupper med ekstra sårbarhet relatert til alder, lidelse eller bakgrunn
- Legges til grunn Helse Sør-Østs 13 prinsipper for brukermedvirkning og styrke de pårørendes rolle.

I arbeidet med områdeplanen har vi betraktet planer for opprettelse av brukerstyrte plasser og arbeid med datakvalitet, registrering og rapportering som temaer for lokale planer innenfor det enkelte sykehus.

Det er veletablert kunnskap at mange pasienter med alvorlige psykiske lidelser også har omfattende rusmiddelmissbruk. Denne problematikken er ikke spesielt adressert i arbeidet med områdeplanen for psykisk helse i Oslo sykehusområde. De tre involverte sykehusene ser at det kan være grunnlag for å drøfte om det er behov for en områdefunksjon knyttet til sengestøtte for utredning/behandling av denne pasientgruppen.

Direktøren ved Oslo Universitetssykehus har gitt følgende mandat for arbeidet med områdeplanen:

- Utarbeide en områdeplan i tråd med bestillingene fra HSØ's styre og Direktøren ved Oslo universitetssykehus
- Planen skal bygge på de føringene som ligger i allerede utført arbeid i forbindelse med Hovedstadsprosessen og tilpasning til nye økonomiske rammer
- Arbeidet med planen skal koordineres med tilsvarende arbeid for Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk

Vi presiserer at dette er en områdeplan. Det betyr at den ikke omfatter alle de behandlingstilbudene som finnes innenfor psykisk helse i spesialisthelsetjenesten. Regionale tilbud og behandlingstilbud innenfor det enkelte sykehusområdet som ikke har områdefunksjon

men er en lokalfunksjon, er ikke omhandlet i denne planen. Det betyr også at brukerstyrte plasser på DPSene ikke er omtalt her, fordi det ansees å være et lokalt ansvar.

Planen er utarbeidet i et samarbeid mellom Lovisenberg sykehus, Diakonhjemmet sykehus og Oslo Universitetssykehus. Arbeidet med planen ble organisert med en prosjektgruppe og en arbeidsgruppe:

Følgende personer har vært medlem i både prosjektgruppen og arbeidsgruppen:

- Gry Alexandersen, leder av begge gruppene, Oslo universitetssykehus
- Jan Fredrik Andresen, Diakonhjemmet sykehus
- Trond Noddeland, Lovisenberg sykehus
- Øystein Kjos, Oslo universitetssykehus
- Ellen Hagemo, Oslo universitetssykehus
- Anne Karin Rudi, Oslo universitetssykehus
- Birgit Anderaa, Psykologforeningen
- Grethe Vedlog, observatør, Oslo kommune

I prosjektgruppen har i tillegg følgende deltatt:

- Anne Grethe Terjesen, brukerrepresentant
- Kjersti Bjøntegaard, brukerrepresentant
- Per Johan Askim, fastlege
- Per Erik Arnesen, avtalespesialist
- Ian Thomas Small, Legeforeningen
- Svanhild Petra Kvamme, Fellesorganisasjonen
- Elisabeth Svilosen Kvelstad, Sykepleierforbundet
- Else Lise Skjæret, fagforbundet

2. Faglige og politiske føringer

Faglige og politiske føringer er å finne i følgende hoveddokumenter:

- Oppdragsdokumentet
- Nasjonal Strategigruppe II
- Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009))
- Nasjonal helseplan 2007-2010 (St. prp. nr. 1)

Det foreligger også faglige og politiske føringer innenfor mange spesialområder, som f. eks. Alderspsykiatri. Vi har valgt å ikke ta med disse dokumentene i denne oversikten fordi de fire nevnte dokumentene i stor grad gir de overordnede føringene.

Samhandlingsreformen gir flere utfordringer i tiden som kommer. Det gjelder f. eks oppbygging av tilbud på bydelsnivå, og behandling av pasienter på lavest mulig nivå. Bydelene i Oslo har ansatt bydelspsykologer, og det bør etter hvert være aktuelt å få etablert et samarbeid med dem. Tilsvarende gjelder for samarbeidet med fastlegene.

Under arbeidet med områdeplanen har vi også drøftet mulighetene for å trekke avtalespesialistene mer inn i behandlingen av pasientene i spesialisthelsetjenesten. De styres imidlertid av avtaler inngått på regionnivå, og klinikkene ser ikke hvordan man skal kunne endre samarbeidsformen uten at avtalene endres. Sykehusene og Oslo kommune ser det imidlertid som viktig å få etablert et samarbeid også med denne gruppen helsepersonell.

I arbeidet med områdeplanen er det også tatt hensyn til konsekvensene av den nye inntektsmodellen.

3. Beskrivelse pasientgrupper og behov for helsetjenester

Oslo område kan forvente en økning i befolkningen på 29 % fra 2011 til 2022. Økningen vil være størst for aldersgruppen 0-17 år.

Alle	0-17	18-69	70+	18+	<70	Alle
2025	156274	523927	66212	590139	680201	746413
2011	119845	430050	49335	479385	549895	599230
Prosent	30 %	22 %	34 %	23 %	24 %	25 %

Tabell 1 Befolkning 2011 og –framskrivning 2022 i Oslo sykehusområde

Innbyggertallet i tabellen gjelder befolkningen for Oslo område, dvs Oslo kommune unntatt bydelene Stovner, Grorud og Alna.

I tråd med føringene fra Helse Sør Øst sitt styrevedtak i sak 061/2010 oppfattes følgende pasientgrupper som de største og mest ”strategisk viktige” i spesialisthelsetjenesten:

- Pasienter med dobbeltdiagnoser er en svært sårbar gruppe som kan ha behov for skjerming med spesielle sikkerhetstiltak og spisskompetanse på dobbeltdiagnoser i et tverrfaglig miljø som kan sikre dette, samt en plan for videre behandling på lengre sikt.
- Psykotiske lidelser fører til en stor personlig belastning for pasienter og deres nettverk, betydelig uførhet med klare samfunnsmessige konsekvenser og de største behandlingstkostnadene knyttet til en sykdomsgruppe i vestlige land.
 - Lengden av ubehandlet sykdom påvirker alvorlighetsgraden. Aktiv behandling i tidlige sykdomsfaser er derfor viktig
 - Aktiv og bredt sammensatt behandling de to første årene i behandling gir mindre symptomer og er kostnadseffektivt
 - Den bredt sammensatte behandlingen omfatter strukturert individualbehandling, psykoedukativt familiearbeid og tilrettelagt antipsykotisk behandling. En del pasienter har i tillegg behov av (re)habilitering.
- Pasienter som har behov for akuttpsykiatriske tjenester, sikkerhetsplasser og forsterkede plasser for ungdom.
 - Av flere grunner er det rimelig å forvente økt behov for døgnplasser i sikkerhetspsykiatrien: Økt befolkning, trekk i samfunnsutviklingen som kan bidra til økt prevalens av adferdsavvik (økt migrasjon, større grad av urbanisering, endrede rusmiddelbruk mønstre, flere traumatiserte flyktninger) og forventet økning i strafferettslige særreaksjoner
 - Vi ser et behov for felles systematikk og metodikk når det gjelder samhandling og behandling av pasienter som skal overføres fra sikkerhetspsykiatrien til behandling på DPS-nivå. Det bør legges inn som rutine at aktuell bydel også blir orientert i god tid for overføring, fordi overføring til DPS er et skritt på veien til overføring til bydelene.
 - Det er behov for forsterkede plasser for unge (16-18 år), som ikke har noen tilbud i dag.

- Pasienter med tvangs- og angstlidelser og spiseforstyrrelser
 - Svært mange pasienter med langvarige og alvorlige spiseforstyrrelser trenger behandling over et lenger tidsrom i et spesialisert behandlingsopplegg, og behandlingen krever et solid kompetansemiljø med høy spisskompetanse.
 - Enkelte pasienter med tvangs- og angstlidelser har behov for behandling i et solid kompetansemiljø med høy spisskompetanse.
- Pasienter med alderspsykiatriske lidelser. Dette er lidelser som opptrer første gang etter fylte 65 år, der det foreligger en nær sammenheng mellom opptreden av psykiatrisk og somatisk sykdom, og mellom psykiatrisk sykdom og biologiske, psykologiske eller sosiale aldringsfenomener. Pasienter som bør behandles er personer med alvorlige psykiatriske lidelser som opptrer etter fylte 65 år
 - Pasienter med demens eller alvorlige atferdsproblemer og/eller betydelige psykiatriske symptomer.
 - Pasienter med uavklart demensdiagnose eller mistanke om kognitiv svikt på nevrodegenerativt grunnlag.
 - Pasienter over 65 år med alvorlig psykiatrisk lidelse fra tidligere, men ingen etablert kontakt med voksenpsykiatrien, eller når samtidig sykdom og/eller høy alder gjør alderspsykiatri hensiktsmessig.
 - En arbeidsgruppe har vurdert det framtidige samlede behovet for døgnplasser til 30-40, mot dagens 50 plasser. Reduksjonen forutsetter at førstelinjetjenesten i høy grad er involvert i behandling, rehabilitering og omsorg overfor pasientgruppen. Behandlingslinjer for denne gruppen må utformes i nært samarbeid med Oslo kommune.

4. Status og utvikling av tilbudet i helsetjenester innen området mot de aktuelle pasientgruppene

I presentasjonen av dagens tilbud i dette kapittelet er kun områdefunksjoner tatt med.

PSYKIATRISK LEGEVAKT

Tilbudet er en områdefunksjon for Oslo, men tar i tillegg imot alle som møter på Oslo legevakt og ber om konsultasjon uten henvisning, uavhengig av bosted. Tilbudet fungerer som et filter for innleggelser fra legevakt i de akuttpsykiatriske avdelingene i Oslo og Ahus og som en utvidet DPS-funksjon på kveldstid og i helger. Sammen med Samhandlingsteamet på Oslo Legevakt (kommunalt tilbud) fungerer dette slik at DPSene i Oslo område ikke behøver å bygge opp et tilbud som er oppe 24 timer i døgnet 7 dager i uka. Psykiatrisk legevakt finansieres av Oslo Universitetssykehus.

Ordningen med psykiatrisk legevakt som områdefunksjon fortsetter.

TILBUD TIL PASIENTER MED DOBBELTDIAGNOSE

Dagens tilbud:

Pasienter med både psykiske lidelser og rusavhengighet behandles ofte i allmennpsykiatriske avdelinger eller i enheter for rusbehandling. Diakonhjemmet sykehus har en Tverrfaglig enhet for dobbeltdiagnoser (TEDD) som vil bli nedlagt første halvår 2012 som følge av endrede rammebetingelser og ny inntektsmodell. Utover dette finnes det ikke noen spesialisert tilbud til denne pasientgruppen i dag.

Utvikling av tilbudet:

Diakonhjemmet sykehus arbeider på oppdrag fra Helse Sør-Øst med en utredning om hvordan dobbeltdiagnosepasientene i Oslo sykehusområde ivaretas. OUS deltar i dette arbeidet sammen med Lovisenberg og A-hus. Diakonhjemmet skal lage en rapport til HSØ som redegjør for dette innen 1.6 2012.

TILBUDET TIL PASIENTER MED FØRSTEGANGSPSYKOSER

Dagens tilbud er som følger:

- Tilbudene til Barn og Unge under 18 år
 - Ved BUP poliklinikkene er det etablert eller er det under etablering dedikerte tilbud til pasienter med førstegangssykose.
 - Døgnbehandling gis ved *Ungdomsavdelingen*, Klinikk psykisk helse og avhengighet, OUS
- Tilbudene til voksne (17 år og over)
 - Alle DPSene i Oslo har et tilbud til pasienter med førstegangssykose
 - *Avdeling for førstegangssykoser (AFP)* ved OUS tar imot pasienter 17-30 år, henvist fra annen spesialisthelsetjeneste til døgn- og polikliniskbehandling.
 - Døgnposten har 20 plasser. Poliklinikken har ca 120 pasienter.
 - AFP benytter et sted mellom 50-75 % av 33 døgnrehabiliteringsplasser ved Kirkens Bymisjon (Louisesgate og Tåsenveien?)
 - Henvisningene til AFP (døgn og pol. klin.) pr 22.8.2011 fordeler seg som følger:
 - OUS: 35 %
 - AHUS: 26 %
 - Diakonhjemmet: 20 %
 - Lovisenberg: 15 %
 - Andre: 4 %
 - Tilbudet finansieres pr. i dag av Oslo Universitetssykehus.
 - *Avdeling for spesialisert døgnbehandling* ved OUS tar imot pasienter med førstegangssykoser over 26 år ved behov for langvarig døgnbehandling.

Utvikling av tilbudet:

- Behandlingsansvaret for pasienter med førstegangssykoser ligger primært hos henholdsvis BUP og DPS avhengig av alder. Pasienter som ikke går i remisjon etter ca 6 mnd behandling, må vurderes overført til AFP.
- OUS har vedtatt at døgntilbudet til pasienter med førstegangssykoser skal evalueres. Evalueringen gjennomføres av NTNU i løpet av høsten 2011 og vinteren 2012. Resultatet av evalueringen vil legge føringer for utviklingen av tilbudet.

SIKKERHETSPLASSE OG FORSTERKEDE PLASSER FOR UNGDOM

Dagens tilbud er som følger:

- Atten regionale døgnplasser ved Regional Sikkerhetsavdeling, Dikemark, OUS.
- Ti døgnplasser på nivå 2¹ Avdeling for spesialisert døgnbehandling, Dikemark, som dekker OUS.
- Tjue døgnplasser på nivå 2, Avdeling for spesialisert døgnbehandling, Gaustad, OUS. Åtte av disse disponeres av Lovisenberg/Diakonhjemmet sektor, mens 10 plasser disponeres av Ahus (primært Follo og Alna) for en periode på inntil 3 år.

¹ Sikkerhetsplasser på nivå 2 er plasser som i henhold til Helse Sør-Øst skal finnes på sykehusnivå slik at behandling skjer i eget helseforetak/sykehus i nærheten av pasientens bosted

- Sikkerhetsenhetene har en rekke samhandlingsflater. De går på tvers av nivåer i sykehuset og kommunene. I tillegg er det samarbeidsflater knyttet mot politi, rettsvesen og fengselsvesen.
- Det finnes pr i dag ikke noen forsterket behandlingsenhet for ungdom med alvorlig psykiske lidelser og tilleggspromblematikk vold og utagering.

Utvikling av tilbudet:

- Dagens områdefunksjon vil fortsette.
- Det bør vurderes om det er en regional oppgave å gi plass til unge med sammensatte alvorlige psykiatriske som er vanskelig å behandle i ordinære avdelinger. Det er vanskelig å anslå behov for slike plasser.
 - Det er også et spørsmål om dette kan ses på som en regional oppgave.
 - I utredningen om nybygg for Regional sikkerhetsavdeling og avdeling for psykisk utviklingshemmede ble det foreslått fire generelle skjermingsplasser beregnet for å kunne tilby sikkerhetsplasser også til Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) og TSB (Tverrfaglig spesialisert rusbehandling) på kort varsel.
- Det bør vurderes, i et samarbeid mellom de tre sykehusområdene og Oslo kommune, behov for dedikerte forsterkede plasser og ungdom.

PROSJEKT VOLDSRISIKO I ET PASIENTFORLØP:

Prosjekt voldsriskio i et pasientforløp er et fagutviklings- og samhandlingsprosjekt som involverer Diakonhjemmet sykehus, Oslo Universitetssykehus og Lovisenberg sykehus, Oslo kommune og Oslopolitiet.

Prosjektet har sin opprinnelse i ansvaret og behovet de distriktpsykiatriske sentra har for å utvikle og kvalitetssikre rutiner/prosedyrer for når voldsriskio vurderinger skal foretas og hvordan disse vurderingene skal gjennomføres og følges opp i praksis. Konsekvenser av samhandlingsreformen og omstillingen i Oslopsykiatrien vil være en klar dreining fra behandling på døgn til ambulant behandling og oppfølging der pasienten bor og lever livet sitt. Det forventes et økt antall pasienter som skal utskrives fra sikkerhetsavdelinger til behandling i DPS og kommune i årene som kommer. Vi ser derfor et behov for felles systematikk og metodikk når det gjelder samhandling og behandling av pasienter som skal overføres fra sikkerhetspsykiatrien til behandling på DPS.

Samfunnsvernet står sentralt i dette arbeidet og det felles ansvaret politi og helsevesenet har for psykisk syke mennesker blir et viktig fokus i prosjektet. Prosjektet vil ha en varighet på 1,5-2 år og starter opp 17. oktober 2011 med første møte i styringsgruppen. Alle de tre sykehusene deltar.

PASIENTER MED PERSONLIGHETSFORSTYRRELSER

Dagens tilbud:

- Avdeling for personlighetspsykiatri ved OUS er en poliklinikk med ca 350 pasienter fra alle bydeler i Oslo og Åhus og Vestre Viken sykehusområder.
- Tilbudet finansieres av Oslo Universitetssykehus

Utvikling av tilbudet:

- Avdelingen er godkjent som nasjonal kompetansetjeneste fra 2012.
- Utviklingen av tjenesten som en områdefunksjon må gjøres i et samarbeid mellom de tre sykehusene og Oslo kommune.

PASIENTER MED TVANGS- OG ANGSTLIDELSER OG SPISEFORSTYRRELSER

Dagens tilbud:

- Regional avdeling for spiseforstyrrelser ved OUS har 20 døgnplasser for pasienter i regionen og poliklinisk tilbud for voksne pasienter utover OUS sitt lokalområde. Dette omfatter både barn, ungdom og voksne.
- To spesialiserte poliklinikker ivaretar en områdefunksjon (Poliklinikken for tvang- og angstlidelser og poliklinikk for spiseforstyrrelser).

Bruken av de to poliklinikkene er gjengitt i tabellen under, der det er tatt utgangspunkt i antall pasienter.

Posentvis fordeling	Tvang- og angstpoliklinikken		Spiseforstyrrelser Gaustad
	1.1-7.11 2011	2010	pr. 4. Nov 2011
OUS	29 %	28 %	29 %
Lovisenberg	22 %	13 %	39 %
Diakonhjemmet	7 %	16 %	16 %
Ahus	36 %	33 %	12 %
Andre	6 %	11 %	4 %
Sum	100 %	100 %	100 %
Antall pasienter	139	141	106

Utvikling av tilbudet:

- Utviklingen av poliklinikkene som en områdefunksjon må gjøres i et samarbeid mellom de tre sykehusene, der vurdering av om poliklinikkene skal fortsette som områdefunksjon inngår.

PASIENTER MED ALDERSPSYKIATRISKE LIDELSER

Dagens tilbud til pasientene er som følger:

- Tilbudet i OUS består av: Én poliklinikk på Grønland med ambulerende virksomhet, gruppetilbud og individuelle konsultasjoner. Ved Vardåsen i Asker er det 27 døgnplasser.
- Tilbudet ved Diakonhjemmet består av 23 døgnplasser og én poliklinikk, alt lokalisert på Tåsen.

Utvikling av tilbudet:

En egen arbeidsgruppe har vurdert organiseringen av alderspsykiatrisk virksomhet i Oslo-området. Den konkluderte blant annet med at det på det nåværende tidspunkt er vanskelig med full sammenslåing, fordi det foregår store interne endringer ved begge avdelingene. Gruppen konkluderer også med at det på sikt vil være det beste med full sammenslåing organisert under ett av helseforetakene fordi det gir et styrket fagmiljø

JOBBMESTRING OG PSYKISK SYKDOM – ET PROSJEKT

Vinderen DPS har hatt et samarbeidsprosjekt med NAV om jobbmestring for personer med alvorlig psykisk sykdom. I prosjektet har man tatt inn pasienter fra hele Oslo. Prosjektet er et forskningsprosjekt som støttes av Helsedirektoratet. I dette prosjektet har Vinderen DPS en områdefunksjon.

Alle parter er interessert i at prosjektet fortsetter, med en tidsramme på to år. Videreføring skjer i samråd med Helsedirektoratet.

PSYKISK HELSEVERN TIL BARN OG UNGE

Fra 1.1 2011 har Akershus universitetssykehus overtatt ansvaret for behandlingstilbudet til barne- og ungdomsbefolkningen i sitt opptaksområde. Dette innbefatter også to poliklinikker til barn- og unge som ble virksomhetsoverdradd. Ahus ønsket ikke å få virksomhetsoverdratt de mer spesialiserte tjenestene. Både Ahus og Vestre Viken har tradisjonelt brukt spesialiserte plasser ved OUS sin barne- og ungdomsavdeling. Dette har opphørt gradvis, og vil fra 2012 være helt opphørt. Dette betyr at OUS får en reduksjon i 30 % på sin barnepopulasjon knyttet til de tjenester som ikke kan utføres på en vanlig poliklinikk.

De fleste barn og unge (95 %) i Oslo område får behandling i poliklinikk (BUP) i OUS, Nic Waal og BUP Vest, begge Lovisenberg.

Følgende funksjoner vil være spesialiserte og tilligge Oslo Universitetssykehus som områdefunksjoner:

- Spesialavdelingen med en nevropsykiatrisk utredningsenhet og en enhet for familie og nettverk, inkludert ambulant team
- Ungdomsavdelingen har en akutenhet og en intermediearenhet, til sammen 11 plasser
- Barneavdelingen gir utredning og behandling etter arenafleksible prinsipper, og har en enhet som gir tilbud på dag og kveld (enhet B, 10 plasser) og en enhet som etter indikasjon kan gi tilbud på døgn (enhet A, 6 plasser).
- Regionalt døgntilbud til barn og unge med alvorlig spiseforstyrrelser i Regional Avdeling for Spiseforstyrrelser
- Lands- og regionale funksjoner til barn med hørselshemming og psykiske lidelser

OUS tilstreber et tettere samarbeid mellom de spesialiserte avdelingene og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og pasientene vil bli henvist raskere tilbake til poliklinikkene dersom de trenger videre oppfølging.

BEHANDLINGSLINJER

Dagens situasjon:

Sykehusområdene arbeider i dag med å utvikle behandlingslinjer. Utforming av slike er i tråd med ønsket utvikling i Helse Sør-Øst. Utvikling av behandlingslinjer er krevende. Sykehusene ser det derfor som hensiktsmessig å utvikle enkelte behandlingslinjer i samarbeid mellom sykehusene og Oslo kommune.

Utvikling av behandlingslinjer:

Partene er enige om å invitere hverandre og Oslo kommune inn i et samarbeid om utvikling behandlingslinjer der det oppleves som hensiktsmessig.

5. Prinsipper for funksjonsdeling mellom institusjoner og mellom nivåer innen sykehusområdet

Prinsippene for funksjonsdeling er at der det kan gi stordriftsfordeler og/eller skape mer robuste fagmiljøer uten unødvendig dublering av funksjoner i nærheten av hverandre skal funksjonsfordeling vurderes.

Rapporten Oppgave- og funksjonsfordeling, datert 11. juni 2010, angir en rekke områder som er mulig å vurdere funksjonsfordeling. I denne områdeplanen er dette arbeidet bragt videre.

Innenfor følgende områder er det foreslått prosjekter for å vurdere funksjonsdeling i områdeplanperioden:

- Tilbudet til pasienter med dobbeltdiagnoser
- Sikkerhetsplasser, både for barn/unge og voksne
- Tilbudet til psykosepasienter
- Voldsrisiko i et pasientforløp
- Tilbudet til pasienter med tvangs- og angstlidelser og spiseforstyrrelser
- Tilbudet til pasienter med alderspsykiatriske lidelser
- Jobbmestring i psykisk sykdom

OUS vil invitere de to andre sykehusene og Oslo kommune i dette oppfølgingsarbeidet.

6. Fagutvikling, forskning og utdanning innen området

SAMSPILLET MED PASIENTTRETET VIRKSOMHET

Ved OUS består FOU-avdelingen av 7 enheter. Det er tre kompetansesentra:

- Vold og traumatisk stress (RVTS),
- Tidlig intervensjon ved psykoser (TIPS) og
- Fengsels- sikkerhets og rettspsykiatri (KPS)

TIPS er lokalisert til Majorstuen, mens de øvrige ligger på Gaustad. Sentrene er eksternt finansierte og betjener hele Helseregion Sør-Øst. Av hensyn til opptaksområdet betyr det ikke så mye hvor disse er lokalisert, men faglig sett er det gunstig at de er forankret opp mot et større forskningsmiljø. Enhet for utdanning og fagutvikling (EUF) har primært Klinikk A som sitt ansvarsområde og er lokalisert til Gaustad.

Enhet for undervisning og forskning, OUS, har store undervisningsprogram for studenter, leger i utdanning og andre grupper.

Forskningsavdelingen ved OUS har tre forskningsenheter, én for med psykoselidelser (TOP), én for barn og ungdom (BUP-forskning) og én for ikke-psykotiske lidelser (IPL). Psykoseforskningsenheten ligger på Ullevål i kort avstand fra akuttavdelingen. BUP-forskning ligger på Sogn, samlokalisert med deler av det kliniske miljøet. IPL ligger på Gaustad, nært til de kliniske miljøene som er der; spesialpoliklinikker og sykehusavdelinger. Alle enheter er lokalisert i Oslo med korte reiseavstander. Det foregår også betydelig forskning utenfor FOU-avdelingen; personlighetsforstyrrelser, spiseforstyrrelser (RASP), psykisk lidelser hos hørselshemmede og rusrelaterte lidelser. Her er forskningsenhetene samlokalisert med de kliniske miljøene, de to førstnevnte på Ullevål og de sistnevnte på Gaustadområdet.

Det er et nært samspill mellom fagutvikling, forskning, utdanning og pasientrettet virksomhet. Det aller meste av forskningen er klinisk forskning hvor pasienter fra OUS inngår, men også pasienter fra det øvrige Helse Sør-Øst og resten av Norge. Forskerne er aktive undervisere for ulike grupper studenter og helsepersonell, og har grunnlag for å formidle kunnskapsbasert undervisning. Kunnskapen fra egen forskning påvirker undervisningen og utdanningen og også i noen grad pasientbehandlingen.

Forsknings- og fagutviklingsseksjonen knyttet til de psykiatriske avdelingene ved Diakonhjemmet Sykehus, arbeider med klinisk forskning, kvalitetsutvikling av behandling og veiledning av doktorgradskandidater og klinikere. Seksjonen har ansvaret for den obligatoriske undervisningen av de ca. 25 leger i utdanningsstillinger ved Diakonhjemmet og Lovisenberg sykehus. Seksjonen har ansatt en professor som har et nært samarbeid med Det medisinske fakultetet, UiO og OUS

og forskningen er biologisk forankret med vekt på å avdekke sammenhengen mellom hjerneorganiske forandringer og alvorlige psykiske lidelser.

Forskningsaktivitetene har relasjon til TOP-prosjektet som er forankret ved OUS. Diakonhjemmet Sykehus har videre et nært samarbeid med Psykologisk institutt, UiO, med en professor i psykologi knyttet til sykehuset. Ved Diakonhjemmet er det forskningsprosjekter rettet mot blant annet kognitiv behandling av depresjon, gruppeanalytisk behandling ved personlighetsforstyrrelser, psykoedukative tiltak ved psykose, og dilemmaer og beslutningsprosesser ved tvunget psykisk helsevern i samarbeid med Nasjonalt nettverk for kunnskapsutvikling og forskning om bruk av tvang i psykisk helsevern v/Universitetet i Tromsø.

UTFORDRINGENE FRAMOVER

Klinisk forskning krever nærhet til klinisk virksomhet. Samtidig er det gunstig at forskningsmiljøer har en viss størrelse og at ulike enheter er geografisk samlet.

OPPSUMMERING AV AKTUELLE GREP FRAMOVER

På Gaustadområdet er det etablert en felles møteplass for klinikere og forskere, med faglige møter og forsøk på å etablere felles kantine. Noen forskningskompetente klinikere har forskningstid i sine kliniske stillinger, og dette bidrar også til integrasjon av klinikk og forskning. Rusforskningsmiljøet, som er lokalisert til Ullevål, har ønsket seg til Gaustadområdet. Det ville gitt nærhet til de kliniske miljøene og forskningsmiljøene der. Forskningsmiljøet for barn og ungdom har også ønsket seg til Gaustad, for å komme nærmere et større forskningsmiljø. Disse tiltak er faglig sett ønskelig, og vil kreve at flere lokaler øremerkes til forskningsformål.

7. Hovedpunktene oppsummert

Områdeplanen er utarbeidet i et samarbeid mellom Lovisenberg sykehus, Diakonhjemmet sykehus og Oslo universitetssykehus. Oslo Kommune ved Helse- og velferdsetaten har deltatt med en observatør. Tillitsvalgte, brukerrepresentanter, avtalespesialist og fastlege har vært invitert med i utarbeidelsen på to møter, og har hatt mulighet til å påvirke utformingen av planen gjennom skriftlige tilbakemeldinger på utkast.

Hovedpunktene i områdeplanen er som følger:

- *Tilbudet til pasienter med dobbeltdiagnoser:* Diakonhjemmet utreder tilbudet til dobbeltdiagnosepasientene i samarbeid med OUS, Lovisenberg og Åhus på oppdrag fra Helse Sør-Øst.
- *Psykoosebehandling:* Behandlingen i dognplassene skal evalueres av NTNU og Sykehuset Innlandet. Resultatet av evalueringen vil gi føringer for hovedgrepene i utviklingen. Evalueringen skal ferdigstilles på vinteren 2012.
- *Voldsrisiko i et pasientforløp:* Dette er et prosjekt som involverer de tre sykehusområdene, Oslo kommune og Oslopolitiet. Prosjektet omhandler utvikling av felles systematikk og metodikk når det gjelder samhandling og behandling av pasienter som skal overføres fra sikkerhetspsykiatrien til behandling på DPS. Prosjektet har startet opp, og vil ha en varighet på 1,5 – 2 år.
- *Tilbudet til pasienter med tvangs- og angstlidelser, spiseforstyrrelser og ungdom med behov for forsterkede plasser:* Utviklingen av tilbudet er rettet mot poliklinikk og arenafleksibelt tilbud. Det er behov for å:

- Avklare om poliklinikkene er ønsket som områdefunksjoner og om de også skal gjelde barn og unge

Oppfølging skjer gjennom initiativ fra Oslo Universitetssykehus.

- *Tilbudet til pasienter med alderspsykiatriske lidelser.* Oppfølgingen av den videre utviklingen av samarbeidet skjer i et allerede etablert samarbeid mellom Diakonhjemmet sykehus og Oslo Universitetssykehus.
- *Jobbmestring og psykisk sykdom.* Fortsettelse av prosjektet i regi av Vinderen DPS avklares med Helsedirektoratet.
- *Behandlingslinjer.* Det er en intensjon at sykehusområdene inviterer hverandre og Oslo kommune inn i et samarbeid om utvikling av behandlingslinjer.

Oppfølgingen må skje ved hvert enkelt sykehus.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 3. mai 2012

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

SAK 31/2012 PRESENTASJON AV OSLO SYKEHUSSERVICE

Det vil bli gitt en presentasjon av Oslo sykehusservice i møtet.

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering

Oslo, den 26. april 2012

Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 3. mai 2012

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

SAK 32/2012 MØTE MED BRUKERUTVALGET

Brukerutvalget vil møte styret for orientere om sin virksomhet og ha informasjonsutveksling.

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering

Oslo, den 26. april 2012

Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 3. mai 2012

Saksbehandler: Direktør kvalitet og pasientsikkerhet

Vedlegg: Arbeidsmiljøårsrapport 2011

SAK 33/2012 ARBEIDSMILJØÅRSRAPPORT 2011

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 26. april 2012

Bjørn Erikstein

Sammendrag

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

Arbeidsmiljøårsrapport 2011 oppsummerer hvor langt sykehuset er kommet i dette arbeidet. Det har det vært en svak positiv utvikling fra 2010 til 2011 med størst positiv utvikling innen omstilling, men med fortsatt arbeidsmiljøutfordringer, samt det samme innen arbeidsbelastning og plassforhold. Det er best arbeidsmiljøstatus innen arbeidsglede, IA

Basert på Arbeidsmiljøårsrapport 2011 har sykehuset vedtatt følgende satsningsområder i 2012:

- Oppgradering av bygningsmasse
- Arbeidsbelastning
- Omstilling
- Kjemikalieeksponering

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Arbeidsmiljøårsrapport 2011 gir en strukturert vurdering av arbeidsmiljøstatus i sykehuset. Det er positivt at risikobildet innen omstilling har bedret seg, samtidig som det fortsatt er en del av utfordringsbildet til sykehuset.

Når det gjelder det fysiske arbeidsmiljøet er det bygningsmassens tekniske standard som er hovedutfordringen. I 2012 vil det bli gjennomført tiltak for å imøtekomme pålegg både fra Arbeidstilsynet og fra Branntilsynet. Dette dreier seg om varige eller midlertidige tiltak for alle arbeidsmiljøforhold som er risikovurdert med konsekvensgrad 5 (høyt). Risikoverdien vil etter gjennomføring av disse tiltakene bli redusert til 3 (moderat) eller lavere. Dette vil bidra til å videreføre den positive arbeidsmiljøutviklingen.

Innen psykososialt arbeidsmiljø er det arbeidsbelastning som er den største utfordringen. Det er igangsatt arbeid innen en rekke områder for å bedre situasjonen. Eksempler er tydelig prioritering av arbeidsoppgaver, organisering av arbeidet, turnusordninger og brudd på arbeidstidsbestemmelsene.

Hoveddelen av HMS-arbeidet er på enhetsnivå og hvor det er utarbeidet lokale risikoreduserende handlingsplaner etter HMS-runden og medarbeiderundersøkelsen høsten 2011. Dette følges opp av klinikkene. På overordnet nivå har klinikkene utarbeidet HMS-handlingsplaner med satsningsområder. Disse satsningsområdene finnes på side 41 og 42 i årsrapporten. Klinikkene vil bli fulgt tett opp på gjennomføringen av disse planene.

Faktabeskrivelse

Arbeidsmiljøårsrapporten for 2011 foreligger i en omarbeidet versjon sammenliknet med fjoråret, slik at en ser klinikkenes og Arbeidsmiljøavdelingens vurdering av arbeidsmiljøstatus sammen.

Dataene i rapporten er innhentet ved klinikkvis innrapportering inneholdende klinikkens egen oppsummering (vedlagt rapporteringsskjemaer, sjekklister fra HMS-rundene og HMS-handlingsplaner fra verneområdene i klinikken).

Dataene er bearbeidet, og sett opp mot Arbeidsmiljøavdelingens faglige vurdering av arbeidsmiljøstatus per 2010 og 2011. Det brukes en firedelt skala i oppsummeringene:

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

Rapporten består av 3 hoveddeler:

- Generelle temaer:
 - Oppsummering
 - Systematisk HMS-arbeid
 - HMS-avvik
 - Inkluderende arbeidsliv / sykefravær
- Klinikkvis rapportering / oppsummering innen 11 temaer:
 - Systematisk HMS-arbeid
 - HMS-avvik
 - Plassforhold
 - Inneklima
 - Kjemikalier
 - Ergonomi
 - Omstilling
 - Arbeidsbelastning
 - Arbeidsglede
 - IA
 - Skade på ansatt
- Klinikkvis rapportering på:
 - Viktigste gjennomførte arbeidsmiljøtiltak i 2011
 - Viktigste gjenstående arbeidsmiljøproblemer i 2011
 - Satsningsområder i 2012

De enkelte oppsummeringene inneholder klinikkens egen vurdering av arbeidsmiljøstatus hentet fra klinikkens oppsummeringsskjema. Det er også en tallmessig oppsummering av risikovurderinger foretatt ved HMS-rundene i klinikkens verneområder. Arbeidsmiljøavdelingens faglige vurdering av arbeidsmiljøstatus for 2010 og 2011 samt forslag til tiltak fremkommer tabellarisk og med skriftlige forslag til satsninger.

Fargene bestemmes slik:

- > 2/3 grønne risikovurderinger = grønt
- alt mellom grønt og orange = gult
- > 1/5 - < 1/3 røde risikovurderinger = orange
- > 1/3 røde risikovurderinger = rødt

Figuren nedenfor oppsummerer Arbeidsmiljøavdelingens vurdering av arbeidsmiljøstatus per 2011 sammenliknet med 2010, og hvor hovedinntrykket er noe forbedring fra 2010 til 2011:

	Syst. HMS-arbeid	HMS-avvik	Plassforhold	Inneklima	Kjemikalier	Erøonomi	Omstilling	Arbeidsbelastning	Arbeids glede	IA	Skade på ansatt
PHA	0	+	0	0	0	0	+	+	0	+	+
MED	0	+	0	-	0	+	-	+	-	0	0
KKN	0	+	0	0	0	0	+	0	0	0	0
KVB	+	+	+	0	0	0	+	+	0	0	0
KKT	0	0	0	0	+	0	+	0	0	0	+
HLK	0	0	+	0	0	0	+	0	-	0	+
AKU	-	0	0	0	0	0	+	0	0	+	0
KDI	-	0	0	0	0	0	+	0	0	+	+
OSS	0	0	0	0	0	+	+	0	-	0	0
STA	+	0	+	-	0	0	+	-	0	0	0

Den svakt positive utviklingen i arbeidsmiljøstatus fra 2010 til 2011 fordeler seg med:

- 30 pluss (27 %)
- 71 uforandret (65 %)
- 9 minus (8 %)

Størst positiv utvikling fra 2010 til 2011 er det innen:

- Omstilling (men dette er fortsatt et utfordrende område)

Størst arbeidsmiljøutfordringer er det innen:

- Arbeidsbelastning (vurdert orange/rødt)
- Omstilling (vurdert orange)
- Plassforhold (vurdert orange)

Best arbeidsmiljøstatus er det innen:

- Arbeids glede (vurdert grønt/gult)
- IA (vurdert grønt/gult)

Basert på Arbeidsmiljøårsrapport 2011 har sykehuset vedtatt følgende satsningsområder i 2012:

- Oppgradering av bygningsmasse
- Arbeidsbelastning
- Omstilling
- Kjemikalieeksponering



Arbeidsmiljøårsrapport 2011

Arbeidsmiljøavdelingen

Innledning

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

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

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

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

Oppsummering

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

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

Systematisk HMS-arbeid

Generelt har sykehusets systematikk i HMS-arbeidet blitt noe bedre i 2011, bl.a. gjennom HMS-opplæring av ledere og HMS-grunnopplæring av verneombud. Klinikkene har etter hvert skaffet seg god oversikt over risikoforhold og forbedringsområder, de har utarbeidet handlingsplaner, og har gjennomført en rekke risikoreducerende tiltak i 2011. Samlet sett viser denne rapporten at arbeidsmiljøet er noe bedre i 2011 enn det var i 2010.

OUS mottok i 2011 pålegg fra Arbeidstilsynet relatert til behov for vedlikehold og oppgradering av bygninger. Tilsynet beskrev at flere bygninger er i så dårlig teknisk stand at det kan gå ut over ansattes helse. Som en oppfølging av pålegget kartla OUS teknisk standard på all bygninger, og risikovurderte arbeidsmiljøproblematikken. En prioritert tiltaksplan for å sikre et fullt forsvarlig arbeidsmiljø ble levert 01.03.12. Vi starter med de alvorligste forholdene i 2012, og gjennomfører tiltak frem mot 2018.

HMS-avvik

Det var ca. 50 % økning i antall meldte HMS-avvik fra 2010 til 2011 – fra 2.473 til 3.674. Generelt er det høyest rapportering på avvik med mulig eller konstatert personskada, hvor ”vold, trusler, utagerende adferd” og ”stikkskader med smitterisiko” er de 2 største gruppene. Innenfor arbeidsmiljø er det ”arbeidspres”, ”bemanning/omstilling” og ”informasjon/samhandling” som er de 3 største avviks-gruppene. Vi har grunn til å tro at det fortsatt er noe underrapportering, da det fra ansatte og fra vernetjeneste uttrykkes en viss grad av meldetretthet og manglende tro på at det nytter å melde fra. Dette kan f.eks. gjelde gjengangere som det over år ikke blir gjort noe med – eksempelvis inneklime. Det kan også gjelde problemer som ikke har vart så lenge, men som er hyppig meldt uten at ønskede endringer skjer – f. eks. mangel på tilfredsstillende IT- løsninger og lang ventetid på IT-hjelp. Ellers er det viktig at ansatte opplever gode tilbakemeldinger og at tiltak gjennomføres på best mulig måte ut fra de ressurser, og det handlingsrom som foreligger i den enkelte sak. For å få opp meldefrekvensen bør det fortsatt fokuseres på melderutiner og meldekultur i 2012.

Inneklime

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

Kjemikalier

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

Ergonomi og plassforhold

Mange klinikker har arbeidet med tilrettelegging av arbeidsplasser både for enkeltansatte og hele avdelinger som et resultat av det systematiske HMS-arbeidet. OUS trenger fleksible arbeidsplasser som kan benyttes av mange ansatte, og tilpasses den enkelte bruker. Begrensede økonomiske ressurser gir redusert mulighet for nødvendig fornying, oppgradering og samkjøring av gammelt og nytt utstyr. Et eksempel er senger som er arbeidsredskap for mange ansatte; portører, pleiere, behandlere, renholdere og sengesentral. Det må bli en felles ordning i OUS for vedlikehold, reparasjon, utskiftning og innkjøp av senger. Nye senger må følge dagens standard, og ha elektriske reguleringer. Det er gjennomført kursrekker med opplæring i forflytningsteknikk, og et nettverk av OUS Forflytningsveiledere er etablert. Dette arbeidet videreføres.

I ombyggings- og flytteprosessene som foregikk i 2011, kom det tydelig fram en mangel på areal spesielt til kontor- og lagerfunksjoner. Dårlige plassforhold reduserer muligheter for anbefalte ergonomiske løsninger, og øker risiko for utvikling av muskel-skjelettplager. Ergonomi og plassforhold påvirker inneklime, støyproblematikk og det psykososiale arbeidsmiljøet.

Psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø

Organisasjonen har vært preget av omstilling i 2011. Samlokalisering av grupper og nedbemanning har begynt for fullt. De fysiske forholdene ved samlokaliseringene er sterkt varierende, men trange forhold påvirker det psykososiale arbeidsmiljøet. Usikkerhet forbundet med innplassering og nedbemanning, og hvorvidt nedbemanning innebærer overtallighet virker inn på tilliten og tilhørigheten til organisasjonen. I medarbeiderundersøkelsen har OUS lav skåre når det gjelder endring og omstilling, og noe under snittet i HSØ på tilhørighet.

Omstilling oppleves forskjellig på ulike nivåer i organisasjonen. De høyere ledernivåene ser nok mer positivt på dette enn lenger ned i organisasjonen. Komplekse omstillings- og ombyggingsprosesser gjør integrasjonen av forskjellige miljøer og kulturer vanskeligere. Det gjenstår mye arbeid med å utnytte det beste fra de tidligere helseforetakene og skape et felles "vi", opparbeide tro på prosessen og at man som ansatt blir involvert og ivaretatt. Enkelte miljøer har imidlertid satt kulturbygging på dagsorden, og gjennomfører målrettede tiltak med positive resultater.

Det er sterkt fokus på inntjening, effektivisering og kvalitet, noe som skaper økt tidspress i alle klinikkene. Dette preger hverdagen for mange, og kan skape frustrasjon. Til tider kan det også være kilde til engasjement og oppfinnsomhet. Arbeidsgleden er under press, men opprettholdes av at arbeidsoppgavene i seg selv oppleves som meningsfulle, og av god støtte fra kolleger.

Inkluderende arbeidsliv

Inkluderende arbeidsliv skal være en integrert del av det systematiske HMS-arbeidet hvor det forebyggende aspektet er viktig. Økende fokus på økonomi, innsparinger og effektivisering de senere år har gitt seg utslag i at enhetene får stadig færre muligheter til å tilrettelegge for ansatte som har behov for det. Det blir også stadig vanskeligere å få omplassert ansatte utenfor egen enhet fordi "alle har nok med sine egne". I noen enheter synes man å ha nådd grensen for hvor mange man kan tilrettelegge for innenfor de driftsrammene man har. Det er økende bevissthet rundt hva som er en forsvarlig arbeidsbelastning for de ansatte som ikke har spesiell tilrettelegging.

Smittevern

Hvert år er det ansatte som stikker/skjærer seg, eller utsettes for luft- og kontaktsmitte i forbindelse med pasientbehandling. Så også i 2011. Ingen ansatte ble imidlertid smittet etter stikkskader eller tbc-smittet i 2011.

Arbeidsrelatert sykdom

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

Arbeidsmiljøavdelingen anbefaler følgende satsningsområder i 2012

- *Oppgradering av bygningsmasse*
- *Arbeidsbelastning*
- *Omstilling*
- *Kjemikalieeksposering*

1. Systematisk HMS-arbeid

OUS har utarbeidet et godt system for HMS-arbeidet med kartlegging, risikovurdering, utforming av handlingsplan og gjennomføring av tiltak. Det er linjeledelsen som har ansvar for dette. Det fysiske arbeidsmiljøet kartlegges gjennom HMS-runder, og det psykososiale arbeidsmiljøet kartlegges gjennom Medarbeiderundersøkelsen i regi av Helse Sør-Øst.

I begynnelsen av hvert år gjennomføres enhetlig årsrapportering fra hvert verneområde. Denne rapporteringen involverer verneombudene, og oppsummeres og behandles i klinikk-AMUene. Hver klinikk rapporterer videre til HMS-leder som utarbeider denne arbeidsmiljøårsrapporten til administrerende direktør som legges fram for AMU og styre i OUS. Gjennom årsrapporteringen for 2011 er det dokumentert at 83 % av verneområdene har gjennomført ovennevnte prosess i 2011. Alle klinikkene har utarbeidet oppsummerte årsrapporter med satsningsområder for 2012, og klinikk-AMUene har behandlet disse.

Arbeidsmiljøavdelingen tilbyr undervisning innenfor alle områder, og av ulik lengde. De fleste kurs er åpne for alle interesserte, og noen tilbys primært ledere og vernetjeneste. I 2011 ble følgende sentrale OUS-kurs arrangert:

- 6 HMS-grunnkurs (4 dager + 2 mellomoppgaver)
- 4 HMS-lederkurs (2 dager + mellomoppgave)
- 10 Forflytningskurs (teori og praksis/ pedagogikk og praktisk arbeid/ workshop)
- 2 Inkluderende arbeidsliv
- 3 Sikkerhetskurs for laboratoriepersonell (to på norsk, ett på engelsk)
- 4 Klinikk-AMU kurs
- AMU kurs for OUS
- Workshops for verneombud (bl.a. HMS-avviksbehandling, avvik vs. varsling m.fl.)
- Omstilling og endring
- Samtale som verktøy
- Endringsmestring/stressmestring
- Løsningsfokusert tilnærming (LØFT)
- Konfliktåndtering

Tilbakemeldingene på kursene er gode – i 2011 var det et snitt på 5,3 av 6.

Det tilpasses også opplæring etter forespørsel fra avdelinger og klinikker. Dette er et viktig bidrag for å hjelpe enhetene til å arbeide forebyggende med HMS.

Pålegg fra Arbeidstilsynet

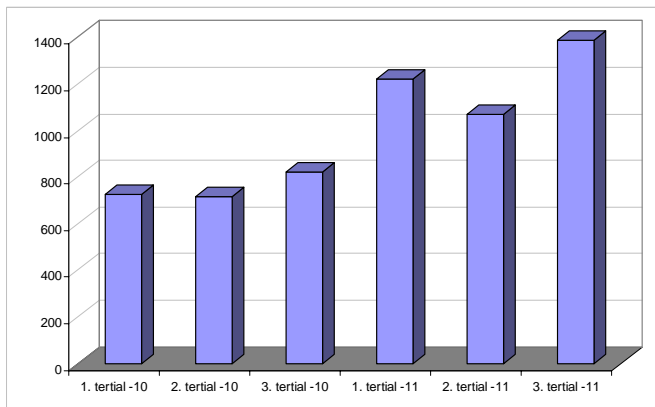
Sommeren 2011 var Arbeidstilsynet på befaring i arbeidslokaler på Ullevål og på Radiumhospitalet. I tilsynsrapporten av 18.07.11 konstateres det at mange bygninger og arbeidslokaler er i dårlig eller meget dårlig tilstand, og at en risikerer å forårsake uheldige belastninger for ansatte. OUS fikk derfor pålegg om å gjennomføre bygningsmessige tiltak over en 3-års periode for å sikre et fullt forsvarlig arbeidsmiljø. I etterkant av dette har OUS:

- Kartlagt bygningsmassens tekniske standard
- Risikovurdert kartlagt arbeidsmiljøproblematikk
- Samordnet og koordinert tiltaksplanen med Arealutviklingsplan 2025
- Samordnet og koordinert tiltaksplanen med Helhetlig plan for samlokaliseringer
- Utarbeidet utkast til tiltaksplan

Fullstendig prioritert tiltaksplan ble ikke levert innen fristen 01.11.11, og OUS mottok således varsel om tvangsmulkt, med ny frist 01.03.12. Tiltaksplanen ble levert innen fristen. Vi starter med utbedring av de alvorligste forholdene i 2012, og gjennomfører tiltak frem mot 2018.

2. HMS-avvik

Registrerte HMS-avvik



Skriftlig avviksbehandling sikrer at arbeidsmiljøproblematikk settes på dagsorden for analyse og prioritering av forbedringstiltak. OUS sitt avvikssystem er både et dokumentasjonssystem og et forbedringssystem, iverksatt fra januar 2010.

Ansatte og ledere registrerte 3.674 HMS-avvik i 2011 mot 2.473 i 2010, hvilket tilsvarer en ca. 50 % økning; noe som er positivt. Imidlertid ligger det fortsatt et forbedringspotensial der. Statistikkene viser at det er betydelige forskjeller

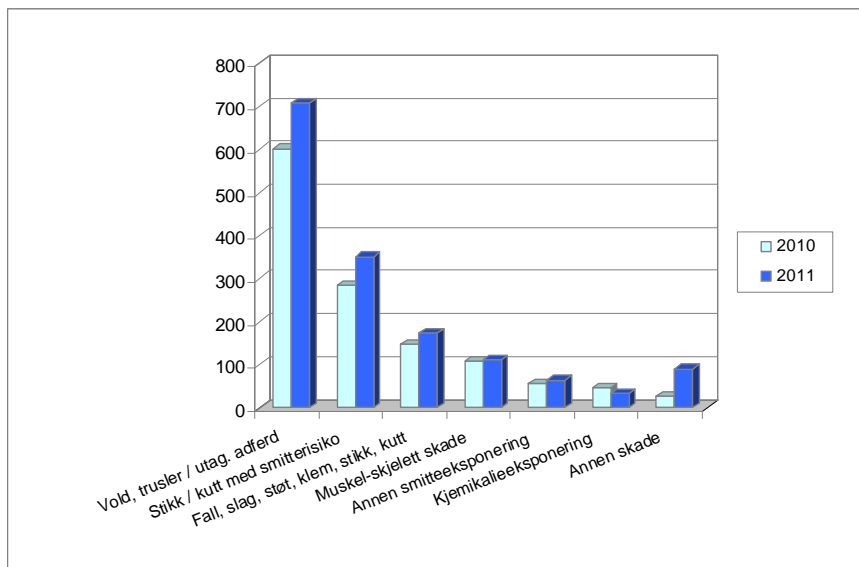
klinikker og avdelinger imellom. Enkelte har etablert en god avviks- og meldekultur, mens andre i liten grad eller overhodet ikke registrerer avvik. Informasjon fra organisasjonen tyder på at avvikssystemet fortsatt kan bli bedre kjent og forankret.

Ansatte og vernetjeneste uttrykker i noen enheter manglende erfaring med og liten tro på at det nytter å melde fra. Dette begrunnes med at HMS-avvik enten ikke følges opp selv etter gjentatte meldinger, eller at avvik lukkes uten forbedringstiltak eller tilbakemelding. Slike erfaringer kan bidra til å utvikle en avviskultur som forsterker og delvis befester grader av meldetretthet, likegyldighet og resignasjon. Tidvis mottas også signaler om at det ikke oppleves tilstrekkelig trygt å melde avvik. Det er uheldig at ansatte opplever konsekvenser knyttet til å melde avvik når OUS har som policy å ha et trygt og åpent yringsklima. Eksempelvis blir alvorlige nestenulykker nevnt som et område der det i enkelte enheter er ugrent å melde avvik.

Arbeidsmiljøavdelingen erfarer store variasjoner i lederes håndtering av HMS-avvik, fra det forbilledlige til ikke eksisterende. Avvikssystemet som leders forbedringssystem har således et betydelig utviklingspotensial. Det ligger fortsatt noen ubehandlede HMS-avvik helt tilbake til 2010, hvor lite eller ingenting er utført. Forbedringsarbeidet må få prioritet i klinikkene, bl.a. ved utpeking av en person i hver klinikk som kvalitetssikrer og følger opp lederens avviksbehandling. Gode rutiner og praksis må etableres. Lærings- og erfaringsoverføring av gode og effektive forbedringstiltak mellom avdelinger og klinikker må bli et satsningsområde fremover.

De hyppigst meldte HMS-avvikene

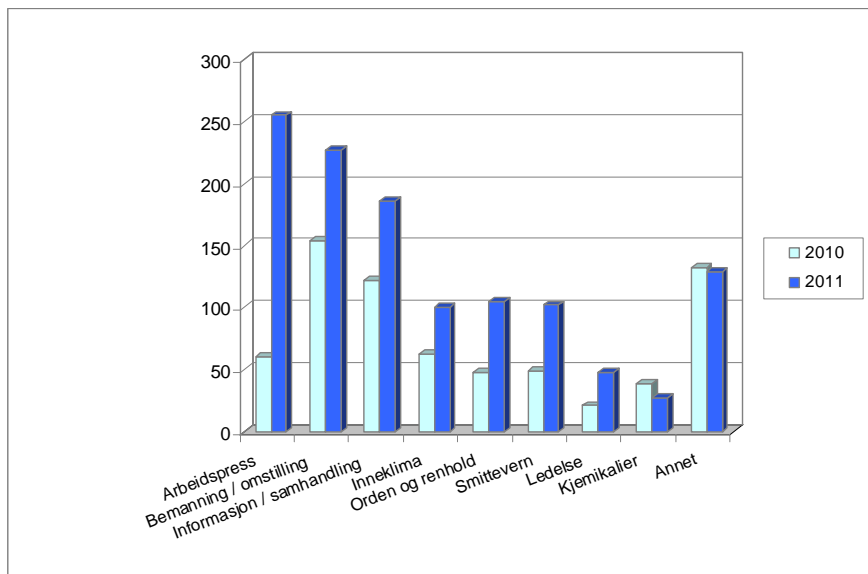
Skade på ansatt



Totalt ble det registrert 1.547 avvik i hovedgruppen "Skader på ansatte" i 2011 mot 1.291 i 2010. Dette tilsvarer en ca. 20 % økning.

Den største avviksgruppen var ”Vold, trusler/ utagerende adferd” med 708 avvik. Dette er hendelser hvor ansatte ble utsatt for eller stod i fare for å bli utsatt for vold og trusler/utagerende atferd, primært fra pasienter i psykiatrien og rusinstitusjoner, noe som har sammenheng med arbeidets art. Eksempler på hendelser er spark, slag, stikking, klyping, lugging, holding, spytting, kasting av gjenstander, skriking, utskjelling, trusler om vold/drapstrusler overfor ansatte og i noen tilfeller også vedkommendes familie. Slike hendelser utgjør en stor helsebelastning for de ansatte som regelmessig utsettes for slike forhold. Nest største avviksgruppe var ”Stikk/kutt med smitterisiko” hvor det ble meldt inn 351 avvik. Stikkskadene har ofte sammenheng med feil rutineutførelse, stor arbeidsmengde og tidspress som gir økt risiko for flere feilhandlinger.

Arbeidsmiljø



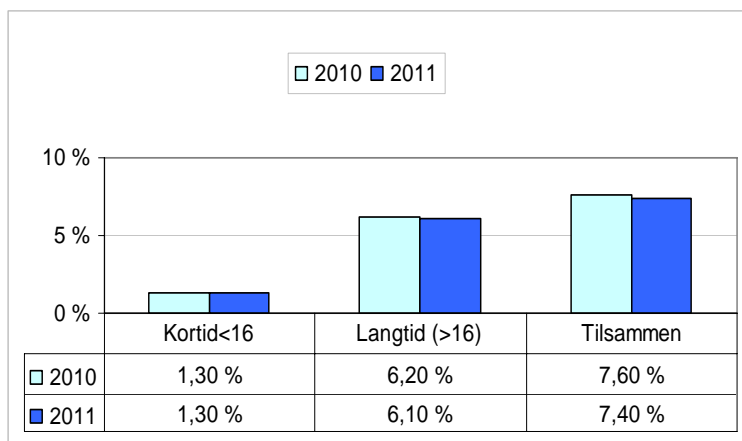
Totalt ble det meldt 1.181 avvik i hovedgruppen ”Arbeidsmiljø” i 2011. Dette er omtrent en dobling fra 2010, da det ble meldt 628 avvik. ”Arbeidspress” utgjør den største avviksgruppen med 257 avvik, en 5-dobling fra 2010. Eksempler på titler er: travel vakt med overtid/ ikke tid til rutineoppgaver, for lite legeressurser, arbeidspress, lav sykepleierbemanning,

mangel på sekretærer, liten/dårlig (helge)bemanning, underbemanning, mangelfull bemanning/sykefravær, overbelegg av pasienter, arbeidsbelastning og stressymptomer, for få ansatte på jobb, stor arbeidsbelastning, stor arbeidsmengde, klage på bemanning, forsinket legevisitt, manglende pauseavvikling/spisepauser/tid til oppgaveutføring, brudd på sikkerhetsbarriere, rutinesvikt, pålagt overtid, stor pågang av pasienter, m.fl. Avvik kategorisert som arbeidspress er avvik der det fremgår faggruppers press og belastninger ved én vakt eller gjentakende over tid.

I noen grad kan avvik kategorisert som ”arbeidspress” være overlappende med innhold i den nest største avviksgruppen som er ”bemanning / omstilling” med 227 avvik. Disse dreier seg oftest om lite/marginal bemanning på enhets-/avdelingsnivå og arbeidsmiljøkonsekvenser av omstilling. Eksempler på titler: marginal bemanning oppleves kritisk, dårlig kommunikasjon, for lav/liten bemanning, alene på vakt, alene mye av vekten med traumatisert pasient, delvis alenearbeid på natt, manglende kompetanse, personalmangel, mangelfull personalfordeling i fht. pasientbehov, for få ansatte på vakt som kjenner avdeling og pasientgruppe, ubalanse mellom oppgaver og ressurser, sykmeldinger og underbemanning, ledige stillinger ikke utlyst, ufaglærte på vakt, lite bemanning ved sykefravær, dobbeltvakter på dag og kveld, ansvar uten opplæring, svært travle helgevakter, lav grunnbemanning.

Tredje største avviksgruppe er ”Informasjon/samhandling” med 186 registrerte avvik. Eksempler på titler: manglende kommunikasjon/samhandling mellom enheter, manglende samarbeid mellom faggrupper/enheter, mangelfull planlegging, unødige forstyrrelser, manglende informasjon, bemanning på natt, usikkerhet rundt pasients sykehistilørighet, forsinket oppstart operasjon, mistanke om MRSA, manglende legevisitt, ikke fulgt prosedyre ved inntak av pasient, manglende informasjon rundt pasientene, faglig vurdering ved tvangsmiddelbruk, reaksjoner på innplasseringsprosessen, manglende informasjonsflyt om endringer i posten, mangelfull bestilling/samhandling/dokumentasjon, dårlig kommunikasjon om akuttpasient, manglende vurdering/kommunikasjon, mangelfull samhandling ved operasjonsprosedyre, tilkalling av feil vakt.

3. Inkluderende arbeidsliv / sykefravær



Akkumulert sykefravær for OUS i 2011 er omtrent på nivå med 2010, med en lett reduksjon fra 7,6 % til 7,4 %. Hvis man ser på fordelingen klinikkvis er også sykefraværet her omtrent uendret til tross for relativt store strukturelle endringer. Fordeling mellom langtidsfravær og korttidsfravær er også omtrent uendret. Tallene kan enten tyde på at sykefraværsarbeidet og IA-avtalen ikke har noen innvirkning på sykefraværet, eller at det kan være en kompensatorisk økning samtidig

som man i en del tilfeller får fraværet ned. Til sammenligning er for øvrig SSBs tall for sykefravær i helse- og sosialsektoren i 3. kvartal 2011 på 9,2 %, hvorav 1,2 % er egenmeldt og 8 % legemeldt.

Inkluderende arbeidsliv skal være en integrert del av det systematiske HMS-arbeidet hvor det forebyggende aspektet er viktig. OUS har i samsvar med IA-avtalen som gjelder fra 01.03.10 - 31.12.13 utarbeidet egne overordnede mål i IA-arbeidet og laget en handlingsplan. Innen utgangen av 2011 hadde også alle klinikkene utarbeidet egne IA-handlingsplaner.

Det kom lovendringer 01.07.11 om tidligere oppfølging av sykmeldte. Etter 7 ukers sykefravær skal arbeidsgiver innkalle til dialogmøte 1. Etter reglene skal Arbeidsmiljøavdelingen være med i dialogmøtet, og vi har merket økt etterspørsel etter slik bistand. Samtidig er det enkelte klinikker som bruker oss for lite.

Enhetenes arbeid med oppfølging av sykmeldte har blitt betydelig intensivert i løpet av 2011. Arbeidsgiver har plikt til å tilrettelegge for ansatte med redusert arbeidsevne, men økende fokus på økonomi, innsparinger og effektivisering de senere år har gitt seg utslag i at enhetene får stadig færre muligheter til å tilrettelegge for ansatte som har behov for det. Det blir også stadig vanskeligere å få omplassert ansatte utenfor egen enhet fordi "alle har nok med sine egne". I noen enheter synes man å ha nådd grensen for hvor mange man kan tilrettelegge for innenfor de driftsrammene man har.

Spesielt er det noen enheter som har problemer med å få dekket nattevaktene, da det er så mange som søker fritak av helsegrunner. Vi råder til at avtale om tilrettelegging bør være midlertidig, den bør være skriftlig, og det bør avtales når den skal evalueres. Dersom det er behov for varig tilrettelegging, eller ledelsen finner at ønsket tilrettelegging ikke kan imøtekommes, skal HR-leder kontaktes. Vi har bistått et par enheter i prosessen der de har funnet det nødvendig å stramme inn på ansattes muligheter til fritak fra nattarbeid. Vår erfaring er at dersom enheten ikke har hatt tradisjon for å gjøre det slik, kan noen ansatte oppleve det som en innskrenkning i fordeler de har vært vant til å ha, og har forventning om å fortsette med. Det er derfor tilrådelig med nær kontakt med tillitsvalgte og verneombud, i tillegg til forankring oppover i linjen dersom man vil starte en slik prosess. Vi anbefaler at man søker råd og bistand hos HR og Arbeidsmiljøavdelingen.

Det er et ønske fra myndighetene at alle sykefraværsk dokumentene som skal sendes til NAV skal sendes inn via nettsiden Altinn. Det er imidlertid ikke mulig i OUS, og lederne må derfor sende disse dokumentene med vanlig post. Det er laget en beskrivelse på fremgangsmåten, som vil bli lagt som vedlegg til prosedyren "Sykefraværsoppfølging og attføring" i eHåndboken.

4. Arbeidsmiljøstatus i klinikkene

Nedenfor følger en klinikkvis oversikt over arbeidsmiljøstatus pr. 2011.

Dataene er innhentet ved klinikkvis innrapportering inneholdende:

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

Dataene er bearbeidet, og sett opp mot Arbeidsmiljøavdelingens faglige vurdering av arbeidsmiljøstatus pr. 2010 og 2011. Hovedinntrykket er noe forbedring fra 2010 til 2011.

Det brukes en firedelet skala i oppsummeringene:

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

Hver klinikk sin oppsummering inneholder:

- Klinikken sin egen vurdering av arbeidsmiljøstatus – hentet fra klinikkens oppsummeringsskjema (vurdert i grønt/gult/rødt)
- Tallmessig oppsummering av risikovurderinger foretatt ved HMS-rundene i klinikkens verneområder (vurdert i grønt/gult/orange/rødt):
 - $> 2/3$ grønne risikovurderinger = grønt
 - alt mellom grønt og orange = gult
 - $> 1/5 - < 1/3$ røde risikovurderinger = orange
 - $> 1/3$ røde risikovurderinger = rødt
- Arbeidsmiljøavdelingens faglige vurdering av arbeidsmiljøstatus (vurdert i grønt/gult/orange/rødt)
 - 2010
 - 2011
- Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer
- Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak

Klinikk psykisk helse og avhengighet

	Klinikken egen Vurdering 2011	Oppsummering av klinikken HMS-runder 2011	ARBs faglige vurdering 2010	ARBs faglige vurdering 2011	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Systematisk HMS-arbeid		Grønn: 79 % Gul: 19 % Rød: 2 %			Det er ulik kvalitet på det systematiske HMS-arbeidet som gjøres i avdelingene. 88 % av verneområdene har gjennomført HMS-runder, og 71 % har fulgt opp medarbeiderundersøkelsen. Året har vært preget av prosessen rundt innplassering av stillinger på senternivå, og jobbing med innplassering på avdelingsnivå. Mange nye ledere er ansatt og det er ny lederstruktur flere steder. Det er ennå ikke klart på avdelingsnivå, og dette skaper uro og frustrasjon i organisasjonen. Det gjeninnføres HMS grupper på alle enheter.	Økt fokus på opplæring, spesielt at alle ledere gjennomfører obligatorisk HMS-opplæring. Sikre at det opprettes HMS grupper alle steder.
HMS-avvik		Grønn: 66 % Gul: 33 % Rød: 1 %			Det er meldt 1.041 HMS-avvik (0,51/årsverk), hvorav skade på ansatt (vold og trusler) utgjør den største avviksgruppen. Mange avdelinger er flinke til å melde avvik, men det er fortsatt utfordringer i fht. tiltakssiden for å forebygge nye skader. Klinik-AMU har innført sentervis oppfølging av avvik. Klinik-AMU har vedtatt en kartlegging av interne opplæringsrutiner og prosedyrer relatert til forebygging og mestring av aggresjon.	Ha fortsatt fokus på opplæring om håndtering av avvik. Etablere gode rutiner for utbedring av avvik. Følge opp Klinik-AMU sak om kartlegging og større fokus på tiltakssiden. Ha mer fokus på overvåking fra klinikkledelelsen.
Plassforhold		Grønn: 49 % Gul: 47 % Rød: 4 %			Enkelte enheter har ikke egnede lokaler for hensiktsmessig drift i forhold til antall ansatte og pasienter. Pga. at bygningsmassen er dårlig stand har en del flyttinger og samlokaliseringer måtte utsettes. Kostnadene blir høye og det er ikke tatt endelig beslutninger om hva som skal skje. Dette skaper arbeidsmiljøutfordringer for de berørte enhetene.	Nybygging/ombygging. Fokus på å få avklart flyttinger slik at enheter som hører sammen blir fysisk samlet.

	Klinikkens egen Vurdering 2011	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2011	ARBs faglige vurdering 2010	ARBs faglige vurdering 2011	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Inneklima		Grønn: 42 % Gul: 48 % Rød: 4 %			Mange eldre bygninger er preget av slitasje og mangelfull ventilasjon. Flytting til bygg 46 stanset pga. at bygget er i dårlig forfatning. Arealer med fuktskader? Det finnes en del u hensiktsmessige belysningsløsninger, og flere steder mangler arbeidsplassbelysning og mulighet for dimming.	Anskaffelse/oppgradering av ventilasjonsanlegg. Søke faglige råd for å finne hensiktsmessige løsninger for belysning.
Kjemikalier		Grønn: 98 % Gul: 2 % Rød: 0 %			Lite forbruk av farlige kjemikalier. Klinikken må allikevel legge inn alle stoffer i stoffkartoteket.	Sørge for at alle avdelingene har oppdatert stoffkartotek.
Ergonomi		Grønn: 81 % Gul: 18 % Rød: 1 %			Universell utforming av kontorarbeidsplasser med mulighet for individuell tilpasning. Mange steder hev-senkbord. Innkjøp av hensiktsmessig utstyr gjennomføres.	Beholde muligheter for forebyggende tiltak.
Omstilling		Grønn: 41 % Gul: 46 % Rød: 10 %			Resultat i MU = 50. Klinikken står overfor store utfordringer ifht. at ansatte kan miste sin jobb. Prosessen har tatt lang tid, og det er usikkerhet og misnøye. Prosessen oppleves som mangelfull av en del ansatte.	Økt fokus på å holde tidsavtaler, og for å få til bedre prosess med god medvirkning. God informasjon.
Arbeidsbelastning		Grønn: 51 % Gul: 43 % Rød: 5 %			Resultat belastende arbeidsmengde i MU = 59. Klinikken skårer bedre enn gjennomsnittet i OUS på arbeidsbelastning i Medarbeiderundersøkelsen. Det skal nedbemannes pga. overføring av pasienter til A-hus og Vestre Viken. Når dette er gjennomført vil det muligens oppleves annerledes.	
Arbeidsglede		Grønn: 51 % Gul: 40 % Rød: 9 %			Resultat i MU = 74. På grunn av den pågående omstillingsprosessen er det mange som er misfornøyde. De ansatte er opptatt av sine pasienter, og ønsker best mulig behandling for dem.	Fokus på å gjøre omstillingsprosessen ferdig til avtalt tid. Sikre at ledere kjenner til reglene.

	Klinikkens egen Vurdering 2011	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2011	ARBs faglige vurdering 2010	ARBs faglige vurdering 2011	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
IA		Grønn: 83 % Gul: 15 % Rød: 2 %			Relativt høyt langtidsfravær. God systematikk i deler av klinikken. Det er vanskelig å avslutte en del saker pga. pågående omstillingsprosesser. Gjennomført 2 IA-kurs for ledere i PHA.	Fortsatt opplæring i IA for ledere
Skade på ansatt		Grønn: 51 % Gul: 40 % Rød: 9 %			Det er meldt 690 skader på ansatte, hvorav "fysisk vold" og "trusler" utgjør de 2 største avviksgruppene. 7 av avvikene under "fysisk vold" er kategorisert med betydelig skade, og 68 med moderat skade.	Forebygging av vold og trusler. Tilstrekkelig bemanning. Opplæring og ha gode rutiner.

Medisinsk klinikk

	Klinikkens egen Vurdering 2011	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2011	ARBs faglige vurdering 2010	ARBs faglige vurdering 2011	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Systematisk HMS-arbeid		Grønn: 69 % Gul: 30 % Rød: 2 %			86 % av verneområdene har gjennomført HMS-runder, og 77 % har fulgt opp medarbeiderundersøkelsen. Variabel oppfølging i avdelingene når det gjelder kartlegginger og handlingsplaner. Regelmessig klinikk-AMU.	Følge opp med vekt på merverdi for ansatte og drift.
HMS-avvik		Grønn: 54 % Gul: 45 % Rød: 2 %			Det er meldt 265 HMS-avvik (0,2/årsverk). Avvikene følges opp av kvalitetsrådgiver. Fast tema i klinikk AMU. Avvikssystemet kjent hos de ansatte, varierte typer avvik som meldes. Klinikken skårer i likhet med resten av OUS ikke spesielt godt på oppfølging av avvik, og på trygghet for å varsle om kritikkverdige forhold i Medarbeiderundersøkelsen (MU).	Utvikle tillit til avvikssystemet gjennom praksis Følge opp avvikene, og bruk dem som læringsmuligheter. I tillegg til avviksoppfølging viktig med løpende dialog og utviklingsarbeid, fortsette med det.
Plassforhold		Grønn: 33 % Gul: 48 % Rød: 20 %			Arealer som ikke er tilpasset, dårlige og slitte. Overbelegg og korridorpasienter. Manglende intensivsenger. Bygg 3 Ullevål mangler lagerplass. Romfunksjoner endres uten tilpasning av aktivitet til areal.	Medisinsk nybygg. I mellomtiden kreativ problemløsning og godt samarbeid på tvers, fortsatt deltakelse i arealprosjekter. Samhandlingsreformen kan avhjelpe mht overbelegg. Rehabilitering av Bygg 3 på Ullevål ifm. pålegg fra AT. Konsekvensvurdere ved endring av romfunksjon.
Inneklima		Grønn: 13 % Gul: 77 % Rød: 10 %			Plassmangel/fortetting av ansatte medfører dårlig luft og varme lokaler. Menneskeskapt støy i baseområder, poliklinikkområder. Det finnes en del uhensiktsmessige belsningsløsninger og flere steder mangler mulighet for dimming.	Omorganisere kontorplasser. Støyreducerende tiltak. Overhale ventilasjonssystemet.
Kjemikalier		Grønn: 77 % Gul: 19 % Rød: 3 %			Noe forbruk av farlige kjemikalier. Har noen laboratorier. Lite registrering i stoffkartoteket.	Substituere bort Glutaraldehyd. Legge inn alle stoffer i stoffkartoteket. Sjekk at laboratoriene har egnede lokaliteter.

	Klinikkens egen Vurdering 2011	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2011	ARBs faglige vurdering 2010	ARBs faglige vurdering 2011	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Ergonomi		Grønn: 47 % Gul: 49 % Rød: 4 %			Ved bemanningsreduksjon risiko for redusert mulighet til å velge anbefalte ergonomiske løsninger og fare økt fysisk belastning. Defekte senger.	Fortsette bra arbeid med forflytningsteknikk, være flere ansatte ved flytting av tunge pasienter. Ny dialyse underveis. MTU krav til ergonomiske løsninger ved innkjøp. Balanse oppgaver og ressurser. Reparere og skifte ut senger.
Omstilling		Grønn: 36 % Gul: 55 % Rød: 9 %			Resultat i MU = 44. Opplevd store endringer med utfordringer knyttet til nedbemanning og sammenslåing av miljøer. Lav skår på Endrings- og omstillingsspørsmålene på MU, i likhet med OUS generelt. Bra med klinikkinitierte endringsprosjekter som oppmuntrer til involvering (Lean, Pasientnærhet, Ansatte med restbrøk).	Fast tema i Klinik AMU. Fortsette med info-fora og egne prosjekter. Flere avdelingsprosjekter for felles kulturbygging.
Arbeidsbelastning		Grønn: 27 % Gul: 64 % Rød: 9 %			Resultat belastende arbeidsmengde i MU = 49. Felles bemanningsnorm, lav pga. budsjett. Lite å gå på ved sykdom. Fare for å miste erfarne ansatte under slike forhold, som kan gi onde sirkler – gjennomtrekk, mindre erfarne ansatte, sykdom, vikarer, gjennomtrekk.	Fortsette arbeidet med diskusjon om fordeling av oppgaver, prioriteringer, tiltak for forenkling/LEAN, faglig utvikling, utskrivning av pasienter, verdsetting av nøkkelpersonale, etc.
Arbeidsglede		Grønn: 38 % Gul: 63 % Rød: 0 %			Resultat i MU = 71. Meningsfulle oppgaver og godt kollegialt samarbeid bidrar til å opprettholde arbeidsgleden, men den er under press pga. belastninger knyttet til omstillingsprosessen og bemanning.	Se punktene ovenfor om arbeidsbelastning og omstilling. Konseptet "Pasientnærme vård virker lovende".

	Klinikkens egen Vurdering 2011	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2011	ARBs faglige vurdering 2010	ARBs faglige vurdering 2011	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
IA		Grønn: 79 % Gul: 21 % Rød: 0 %			Fokus fra ledelsens side på god sykefraværsoppfølging generelt og i forhold til langtidssykemeldte. Fast punkt i Klinikk-AMU. Relativt lavt sykefravær. Høyt arbeidspress og omstilling øker risiko for økt sykefravær. Lav bemanningsnorm, lite rom for ikke å yte 100 %. Arbeidsmiljøavdelingen involveres i liten grad i dialogmøte 1.	Fortsette IA-arbeidet. Vurdere konsekvenser av arbeidspress, omstilling, bemanningsnorm for utsatte ansatte. Involvere Arbeidsmiljøavdelingen i dialogmøte 1.
Skade på ansatt		Grønn: 67 % Gul: 27 % Rød: 7 %			Det er meldt 84 skader på ansatte, hvorav "stikkskader" og "fysisk vold" utgjør de 2 største avviksgruppene. Fysisk vold relaterer seg til utagerende pasienter. 1 av avvikene er kategorisert med betydelig skade, og 10 med moderat skade.	Se tiltak under ergonomi. Ha vold og utagering som tema på geriatrisk avdeling.

Klinikk for kirurgi og nevrofag

	Klinikkens egen Vurdering 2011	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2011	ARBs faglige vurdering 2010	ARBs faglige vurdering 2011	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Systematisk HMS-arbeid		Grønn: 76 % Gul: 21 % Rød: 3 %			89 % av verneområdene har gjennomført HMS-runder, og 70 % har fulgt opp medarbeiderundersøkelsen. Gradvis mer positiv holdning til HMS-rutiner. Mer forståelse for fordelene ved systematisk fokus på arbeidsmiljøfaktorer. Bedre oppfølging av arbeidsmiljørelaterte saker. Forbedret samarbeid mellom ledere og VO. Fortsatt behov for regelmessig kontakt. KVO følger opp VOene og gjennomfører samlinger og undervisning.	Fortsatt krav til ledere/VO om å gjennomføre HMS-opplæring. Følge opp funn fra MU, HMS-handlingsplaner og individuelle kompetanseplaner for å sikre arbeidsmiljøet og tilgang til spesialkompetanse. Fortsette med undervisning om temaer relevant for VOes hverdagsutfordringer.
HMS-avvik		Grønn: 66 % Gul: 33 % Rød: 1 %			Det er meldt 379 HMS-avvik (0,2/årsverk). Avvikskulturen er i utvikling, og flere avvik registreres. Noen avdelinger oppdager og rapporterer mange avvik, mens andre ikke melder avvik i det hele tatt, noe som neppe avspeiler virkeligheten. Avvik presenteres som fast punkt i alle Klinikk-AMU møter.	Gi opplæring av ledere i bruk av avvikssystemet. Oppmuntre ledere til å gjennomføre forbedringstiltak og dele sine erfaringer. Ha fokus på avvik som grunnlag for læring. Tettere samarbeid mellom ledere og verneombud i bearbeiding av forbedringstiltak.
Plassforhold		Grønn: 33 % Gul: 58 % Rød: 10 %			Samlokalisering på Rikshospitalet og Ullevål innebærer kompliserte flytteprosesser. Mer konsentrert bruk av arealer skaper fysiske belastninger som også virker inn på det psykososiale arbeidsmiljøet. Mangel på lager- og kontorarealer. Generelt mye MTU og lite plass på opr.stuer. Enkelte skiftstuer etc. er omgjort til ordinære operasjonsstuer med dårlige plassforhold.	God planlegging og medvirkning ved samlokalisering. Sørg for tilstrekkelig plass ved endringer i romfunksjon.

	Klinikkens egen Vurdering 2011	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2011	ARBs faglige vurdering 2010	ARBs faglige vurdering 2011	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Inneklima		Grønn: 52 % Gul: 43 % Rød: 5 %			<p>Renholdet er til tider mangelfullt, og dette skaper frustrasjon, merarbeid og påvirker opplevelsen av kvalitet i arbeidet. Mange jobber tett sammen i trange lokaler med mye medisinsk utstyr som avgir varme og støy. Noen steder slitte lokaler, og flytting til midlertidig brakke der det er mangelfull spesialventilasjon.</p> <p>Støymålinger utført ved ortopediske operasjoner ledet til utprøving av støyreducerende utstyr. Flere steder er det uhensiktsmessige løsninger for den generelle belysningen og for arbeidsplassbelysning.</p>	<p>Følge opp renholdet kontinuerlig. Konkretisere renholds krav. Forhandle med OSS om forbedrede renholds rutiner. Gjennomgå bruk av ulike rom. Arbeide for å utvide lokalene/finne alternative arealer. Gjennomgå feil og mangler ved spesialventilasjon</p> <p>Utforske mulighet for bruk av støyreducerende verneutstyr for flere grupper. Stille støykrav ved nyinnkjøp av utstyr.</p> <p>Søke faglige råd for å finne hensiktsmessige løsninger for belysning.</p>
Kjemikalier		Grønn: 90 % Gul: 8 % Rød: 3 %			<p>Laboratorier med forbruk av farlige kjemikalier. Mangelfulle håndteringsrutiner. Mangelfull oversikt av kjemikalier med lite registrering i stoffkartoteket. Bruk av miljøskadelige stoffer.</p>	<p>Sjekk at laboratoriene har egnede lokaliteter. Gjennomgå rutinene for håndtering av kjemikalier. Legge inn alle stoffer og gjennomgå stoffkartoteket. Substituere bort fotokjemikalier.</p>
Ergonomi		Grønn: 69 % Gul: 28 % Rød: 3 %			<p>Ivaretagelse av ergonomiske forhold kan bli bedre i ombyggings- og flytteprosjekter. Generelt og spesielt i operasjonssalene er det høyt tempo, utfordrende arbeidsstillinger, forstyrrende støy, og flytting av mye og tungt utstyr.</p> <p>MTU med mangelfull ergonomisk utforming. Skrankeområdene er eksponert for mye støy og avbrytelser. En del defekte senger.</p>	<p>Ergonomisk gjennomgang av utstyr. Kjøpe inn universelt utformet utstyr. Sette krav til ergonomi ved innkjøp av MTU. Gi opplæring arbeids- og forflytningsteknikk</p> <p>Roterende arbeidsoppgaver og avlastningsmuligheter for skrankepersonalet. Reparere og skifte ut defekte senger.</p>

	Klinikkens egen Vurdering 2011	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2011	ARBs faglige vurdering 2010	ARBs faglige vurdering 2011	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Omstilling		Grønn: 46 % Gul: 46 % Rød: 8 %			<p>Resultat i MU = 44.</p> <p>Samlokaliseringer/sammenslåinger krever grundige forberedelser.</p> <p>Variasjon i håndtering av utfordringer ved omstilling. Strevsomme start- perioder skaper frustrasjon, men generelt forbedring over tid.</p> <p>Pressede ledere. Utfordringer for ledere med medarbeidere på flere geografiske steder.</p> <p>Lite tid til å søke <i>det beste</i> fra alle miljøer, men samspillet utvikles gradvis i riktig retning.</p>	Sette av mer tid til å utveksle erfaringer, vurdere rutineene, lære å kjenne hverandre, utforske tverrfaglig kompetanse, gjenskape tilhørighet.
Arbeids- belastning		Grønn: 39 % Gul: 57 % Rød: 4 %			<p>Resultat belastende arbeidsmengde i MU = 50.</p> <p>Ressursmangel og underbemanning forårsaker press som påvirker samhandling.</p> <p>Mangel på kvalifisert fagkompetanse i forhold til arbeidsmengde.</p> <p>Bruk av ekstravakter som krever oppfølging. Produktivitetsøkning betyr høyt tempo på kirurgiske avdelinger.</p> <p>Kontorseksjoner er pressede og har vanskeligheter med rekruttering.</p>	Bedre utnyttelse av personalet. Bruke erfarent fagpersonale for å sikre tilgang til nødvendig kompetanse.
Arbeidsglede		Grønn: 60 % Gul: 40 % Rød: 0 %			<p>Resultat i MU = 73.</p> <p>Mye god lagånd til tross for belastninger og frustrasjoner. De fleste ledere respekteres for deres innsats for et godt arbeidsmiljø.</p> <p>Variasjon i mengde utfordringer der noen avdelinger er sterkere påvirket av omstillinger og nedbemanning.</p>	Godt samarbeid mellom leder og VO i avdelinger der miljøet er belastet, og oppleves som lite motiverende. Ha fokus på positive sider av det faglige arbeidet og samspillet i hverdagen. Følge opp HMS-handlingsplaner og funn fra MU. Sikre medvirkning.
IA		Grønn: 85 % Gul: 15 % Rød: 0 %			<p>Jevnt bra arbeid med IA til tross for vanskelige betingelser for tilrettelegging pga. arbeidspress. Ledere har generelt mer forståelse for IA-arbeidet, og det er bedre oppfølging av sykemeldte.</p> <p>Oftere bruk av tilretteleggingsplaner og gjennomføring av dialogmøter.</p>	Fortsette med oppfølging av sykemeldte, og bruk av kreativitet i tilretteleggingsarbeidet. Ha fokus på å vedlikeholde det gode arbeidsmiljøet for å ta vare på nærværsfaktorer.

	Klinikkens egen Vurdering 2011	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2011	ARBs faglige vurdering 2010	ARBs faglige vurdering 2011	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Skade på ansatt		Grønn: 86 % Gul: 14 % Rød: 4 %			Det er meldt 169 skader på ansatte, hvorav "stikkskader med smitterisiko" og "fysisk vold" utgjør de 2 største avviksgruppene. Bidragende årsaksfaktorer til skader på ansatte er arbeidspress, utagerende pasienter, defekte senger, bruk av løft i stedet for forflytning, og mangel på utstyr. Underrapportering fra legene fortsetter. 3 av avvikene er kategorisert med betydelig skade, og 15 med moderat skade.	Forbedre rutiner for å forebygge stikkskader. Gjennomgå tilgjengelig informasjon om urolige pasienter for bedre håndtering av potensielt farlige situasjoner. Forbedre arbeidsrutiner for å forebygge spenningssituasjoner. Vedlikeholde og reparere senger. Gi opplæring i forflytningsteknikk og OUS Forflytningsveileder. Oppmuntre legene til å rapportere skader.

Kvinne- og barneklubben

	Klinikkens egen Vurdering 2011	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2011	ARBs faglige vurdering 2010	ARBs faglige vurdering 2011	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Systematisk HMS-arbeid					<p>100 % av verneområdene har gjennomført HMS-runder, og 100 % har fulgt opp medarbeiderundersøkelsen.</p> <p>Etablert struktur i Klinik-AMU med fast gjennomgang av areal-/flyttinger, avvik og sykefravær.</p> <p>KVO har hatt jevnlig oppfølging av alle VO med samlinger og undervisning.</p> <p>Etablert samarbeidsrutiner mellom KVO og HR.</p>	<p>Fortsette med årlig evaluering av Klinik-AMUs funksjon.</p> <p>Sørge for at alle ledere har gjennomført obligatorisk HMS-lederopplæring.</p>
HMS-avvik					<p>Det er meldt 267 HMS-avvik (0,16/årsverk). Undervisning og seminar er gjennomført. Klinik-AMU gjennomgår avvik regelmessig. Meldekultur og lukking av avvik diskuteres. Avvik er sammenlignet med relevante funn i MU. Klinik-AMU vil følge opp avvik i kategorien arbeidspress sett opp mot relevante spørsmål fra MU med lav score. Aktuelle avdelingsledere har fått tilsendt tallene for kommentar.</p> <p>Avvik i forhold til arbeidspress/ bemanning som er registrert med betydelig og faktisk skade skal ikke lukkes dersom nødvendig tiltak om å øke antall stillinger ikke kan gjennomføres. Kompenserende tiltak må iverksettes.</p> <p>Avviksmeldinger følges ikke opp ved enkelte avdelinger i klinikken.</p>	<p>Fortsette som planlagt i Klinik-AMU: Gjennomføre oppfølging av faktisk og potensielt alvorlig/røde avvik og da med straktiltak, langsiktige og forebyggende tiltak. Videreutvikle samarbeidet mellom HR klinik, avdelingsledere og verneombud om håndtering avvik.</p> <p>Gjenåpne avvik ved behov, der nødvendige tiltak ikke er iverksatt.</p> <p>Etterspørre leders bruk av avvikssystemet som forbedringsverktøy.</p>

	Klinikkens egen Vurdering 2011	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2011	ARBs faglige vurdering 2010	ARBs faglige vurdering 2011	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Plassforhold					Varierende: Nyfødtintensiv RH, rød. Føde /barsel (Kvinneklinikken) RH, oransje. Føde- gynmottak og poliklinikk, Ullevål, grønn. Gyn opr. Ullevål. "Ø-hjelpstue", Ullevål, omgjort til elektiv stue med dårlige plassforhold. Felles pauserom med kontorarbeidsplasser på lite areal Mangel på kontorarealer RH, rød. Generell mangel på lagerplass.	Nybygging/ombygging. Ikke endre romfunksjon uten at tilstrekkelig plassforhold ivaretas. Kontorarbeid som krever ro og konsentrasjon må gis mulighet for å utføres adskilt fra pauseområder.
Inneklima					Enkelte arbeidslokaler er varme, eks. kontorer på "øya" nyfødtintensiv (RH). Støy på operasjonsstuer. (Ullevål) Eldre bygningsmasse med mangelfull ventilasjon (RAD).	Nybygging/ombygging Utvikle samarbeidet med renhold. Stille støykrav ved innkjøp av MTU.
Kjemikalier					Avsluttet bruk av lystgass. Noe forbruk av farlige kjemikalier. Klinikken har noen laboratorier. Variabel registrering i stoffkartoteket.	Legge inn alle stoffer i stoffkartoteket. Sjekke at laboratoriene har egnede lokaliteter.
Ergonomi					Trange plassforhold gir redusert mulighet for å velge anbefalte ergonomiske løsninger. En del MTU ved opr. enheter er tunge å håndtere. Akuttsituasjoner krever økt arbeidstempo og øker risiko for arbeidsbelastninger. Enkelte pasientforflytninger er utfordrende.	Utstyr som brukes av flere ansatte må kunne tilpasses individet og arbeidets art. Stille krav om universell utforming og hensiktsmessige ergonomiske løsninger ved innkjøp av nytt MTU. Opplæring i forflytningsteknikk og kjennskap til forflytningsutstyr. OUS Forflytningsveiledere. Gode arbeidsrutiner.
Omstilling					Resultat i MU = 45. Samlokalisering utfordrer samspillet, men stimulerer nytenking og løsningsorientering	Involvering og medvirkning i endringsprosesser. Kulturbygging.
Arbeidsbelastning					Resultat belastende arbeidsmengde i MU = 48. Høyt tempo, krevende samhandlingssituasjoner med pasienter og pårørende, intense kvalitetskrav, til tider minimal bemanning. KVB er den klinikken som har melder inn flest avvik på høyt arbeidspress/belastning i 2011.	Gjennomgang av rutiner for å finne forbedrings- og forenklingpunkter. Se punkt om HMS-avvik.

	Klinikkens egen Vurdering 2011	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2011	ARBs faglige vurdering 2010	ARBs faglige vurdering 2011	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Arbeidsglede					Resultat i MU = 75. Tilfredsstillelse av å jobbe sammen med kompetente kolleger. Faglig interessant. Frustrasjon der presset påvirker opplevd kvalitet.	Fremheve positive sider av samspillet. Sørge for fagutvikling.
IA					Tilrettelegging (særlig for gravide) er en utfordring. Klinikken arbeider med gjennomgang av stillingsbeskrivelser for å hindre gap mellom jobbkrav og den ansattes ressurser/funksjon. Inkludert bevisstgjøring av studenter for framtidig jobbvalg.	Forsette utviklingsprosessene som er startet.
Skade på ansatt					Det er meldt 81 skader på ansatte, hvorav ”stikkskader med smitterisiko” og ”fall, slag, støt, klem, kutt” utgjør de 2 største avviksgruppene. 1 av avvikene er kategorisert med betydelig skade, og 14 med moderat skade.	Gjenta informasjon om hensiktsmessige arbeidsrutiner. Ha rutiner for forebyggende tiltak overfor grupper av ansatte som jobber med potensielt krevende pasienter.

* Pga. utprøving av elektronisk HMS-handlingsplan i KVB i 2011 er HMS-sjekklistene ikke sendt inn.

Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon

	Klinikkens egen Vurdering 2011	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2011	ARBs faglige vurdering 2010	ARBs faglige vurdering 2011	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Systematisk HMS-arbeid		Grønn: 74 % Gul: 22 % Rød: 5 %			100 % av verneområdene har gjennomført HMS-runder, og 78 % har fulgt opp medarbeiderundersøkelsen. Trenger tid til å få implementert HMS-arbeidet og involvert verneombud og ansatte.	Ledere må involvere verneombud i større grad.
HMS-avvik		Grønn: 64 % Gul: 31 % Rød: 5 %			Det er meldt 240 HMS-avvik (0,1/årsverk), lavest meldefrekvens pr. ansatt i sykehuset. De som benytter Forskernet er utestengt fra det elektroniske meldesystemet.	Ta opp meldekultur med lederne. Oppfordre Forskernetbrukere til å melde avvik på papirskjema. Lage årsoppsummering for å se på sammenhenger opp mot medarbeiderundersøkelsen og sykefravær. Saksbehandle de alvorligste avvikene i klinikk-AMU.
Plassforhold		Grønn: 39 % Gul: 51 % Rød: 10 %			Flere avdelinger har lite areal i forhold til antall ansatte og pasienter. Mangel på kontor og lagerarealer.	Nybygg/ombygging.
Inneklima		Grønn: 50 % Gul: 44 % Rød: 6 %			Mangelfull spesialventilasjon enkelte steder. Varme arbeidslokaler, f.eks. operasjonsstuer, grunnet mye bruk av utstyr og mange ansatte Innregulering av ventilasjonssystem i nybygg. Trekkproblemer fra tilluftsventiler over arbeidsplasser og fra vinduer Støy fra utstyr ved operasjonsstuer og laboratorier. Fuktskader og muggsopp Reklamasjonssak i FBY på inventar.	Følge opp årskontroll av spesialventilasjon. Plassere arbeidsplasser hensiktsmessig mtp. tilluftsventiler, støyende utstyr og blendingskilder. Stille støykrav ved nyinnkjøp av utstyr. Støyreducerende tiltak. Jevnlig opplæring av lab. personell.
Kjemikalier		Grønn: 71 % Gul: 28 % Rød: 1 %			Har stort forbruk av farlige kjemikalier (Instituttet). Variabel registrering i stoffkartoteket (Instituttet har det meste registrert).	Legge inn alle stoffer i stoffkartoteket. Sørge for at laboratoriene utenfor forskningsbygget har egnede lokaliteter.

	Klinikkens egen Vurdering 2011	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2011	ARBs faglige vurdering 2010	ARBs faglige vurdering 2011	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Ergonomi		Grønn: 61 % Gul: 34 % Rød: 5 %			En del teknisk utstyr er utdatert, defekt og med dårlige ergonomiske løsninger. En del defekte senger. Belastningslidelser er en viktig årsak til sykmeldinger hos ansatte, og noen av disse kunne kanskje vært unngått med økt fokus på ergonomi. Enkelte enheter/seksjoner har ikke forflytningsveiledere.	Utstyr som brukes av flere ansatte må kunne tilpasses individet og arbeidets art. Anskaffe mer universelt utformet utstyr. Reparere og skifte ut senger. Gi opplæring i forflytningsteknikk.
Omstilling		Grønn: 46 % Gul: 34 % Rød: 20 %			Resultat i MU = 48. Ikke alle enheter er berørt av endringsprosesser. Der omstilling skjer er det en del frustrasjon. Det stilles krav og forventinger til lederens rolle. Tempoet i omstillingene og arbeidspress gjør det vanskelig å involvere VO/TV tilstrekkelig i prosessene	Mer aktivitet for å utnytte kompetanse i grupper og fremme integrasjon. Ledere må i større grad prøve å involvere verneombud og tillitsvalgte i omstillingene.
Arbeidsbelastning		Grønn: 31 % Gul: 49 % Rød: 20 %			Resultat belastende arbeidsmengde i MU = 49. Til tider er tempoet og mengden av oppgaver høy. Godt samarbeid avlaster. Konflikthåndtering er varierende.	Gode tilbakemeldinger som befester det positive og oppmuntrer. Ha møter der belastningene drøftes, og det gis plass til nytanking.
Arbeidsglede		Grønn: 82 % Gul: 9 % Rød: 9 %			Resultat i MU = 76. Tro på kvaliteten på tjenestene som leveres oppleves som motiverende. Stolt av faget og arbeidsplassen.	Satse på fagutvikling og rekruttering / ledelse.
IA		Grønn: 79 % Gul: 17 % Rød: 5 %			Lavt fravær, men betydelige utfordringer i forbindelse med omorganisering. Klinikken mangler egne måltall for sykefravær, IA-plasser, arbeidstreningplasser i sin IA-handlingsplan.	Ta opp spørsmål om egne måltall i klinikkledelsen. Forbedre sykefraværsmeldingen, f.eks. Ved å bryte ned fraværet på mindre enheter, og type fravær.
Skade på ansatt		Grønn: 78 % Gul: 15 % Rød: 7 %			Det er meldt 94 skader på ansatte, hvorav ”stikkskader med smitterisiko” og ”fall, slag, støt, klem, stikk, kutt” utgjør de 2 største avviksgruppene. Ingen av avvikene er kategorisert med betydelig skade, og 6 med moderat skade.	Gjennomgå/oppsummere avviksmeldinger i klinikk-AMU. Iverksette nødvendige forbedringstiltak og forebyggende tiltak.

Hjerte-, lunge- og karklinikken

	Klinikkens egen Vurdering 2011	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2011	ARBs faglige vurdering 2010	ARBs faglige vurdering 2011	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Systematisk HMS-arbeid		Grønn: 67 % Gul: 33 % Rød: 0 %			89 % av verneområdene har gjennomført HMS-runder, og 58 % har fulgt opp medarbeiderundersøkelsen. Variabel systematikk. Gjort internrevisjon på strålehygiene.	Forbedre systematikken, spesielt oppfølging av medarbeiderundersøkelsen.
HMS-avvik		Grønn: 38 % Gul: 55 % Rød: 8 %			Det er meldt 85 HMS-avvik (0,12/årsverk), et relativt beskjedent volum sammenliknet med andre klinikker. Har noen hengende avvik på arbeidsbelastning.	Sikre god meldekultur. Gjennomføre effektive forbedringstiltak.
Plassforhold		Grønn: 15 % Gul: 62 % Rød: 23 %			Trangt for TKA2 etter flytting til RH. Mangel på kontor- og lagerarealer	Ikke øke press på arealer.
Inneklima		Grønn: 43 % Gul: 53 % Rød: 5 %			Fortettinger / plassmangel gir varme lokaler og dårlig luft. Støy fra maskinelt utstyr, eks. ved angiografi. Det finnes en del uhensiktsmessige belysningsløsninger, og flere steder mangler arbeidsplassbelysning og mulighet for dimming.	Stille støykrav ved nyinnkjøp av utstyr. Sørge for hensiktsmessig plassering av allmennbelysning og bruk av arbeidsplassbelysning.
Kjemikalier		Grønn: 83 % Gul: 13 % Rød: 4 %			Noe forbruk av farlige kjemikalier, bl.a. glutaraldehyd. Har noen laboratorier. Variabel registrering i stoffkartoteket.	Erstatte glutaraldehyd med mindre farlige kjemikalier. Sjekke at laboratoriene har egnede lokaliteter. Legge inn alle stoffer i stoffkartoteket.
Ergonomi		Grønn: 40 % Gul: 55 % Rød: 5 %			Noen utfordringer i pasientarbeid, spesielt på ultralyd, og på kontorsiden. Noen defekte senger.	Gi mulighet for variasjon – med annet arbeid i kombinasjon med ultralyd. Fortsette å investere i opplæring og utstyr. Reparere og skifte ut senger.

	Klinikkens egen Vurdering 2011	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2011	ARBs faglige vurdering 2010	ARBs faglige vurdering 2011	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Omstilling		Grønn: 25 % Gul: 75 % Rød: 0 %			Resultat i MU = 43. Omstillingsutfordringer. Lokale verneombud ønsker mer lederstøtte. Utfordrende med integrering av TKA2 på RH.	Sørge for enda bedre involvering og medvirkning på avdelingsnivå.
Arbeidsbelastning		Grønn: 17 % Gul: 50 % Rød: 33 %			Resultat belastende arbeidsmengde i MU = 52. Høyt arbeidstempo mange steder, men relativt få reelle overtidsbrudd. Stor arbeidsbelastning på enkelte ledere.	På sikt vurdere å øke bemanningen, inklusiv lederstøtte.
Arbeidsglede		Grønn: 33 % Gul: 33 % Rød: 33 %			Resultat i MU = 77. Stor arbeidsglede mange steder, ref. MU. Plassforhold gir utfordring for TKA2. Usikkerhet mhp. lokalisering for karkirurgene på Aker.	Ta vare på de gode fagmiljøene. Avklare lokalisering.
IA		Grønn: 54 % Gul: 46 % Rød: 0 %			Lavt sykefravær. Avholdt IA-samlinger for ledere og ansatte. Arbeidsmiljøavdelingen involveres i liten grad i dialogmøte 1.	God oppfølging av sykmeldte. Ha fokus på godt arbeidsmiljø for å ta vare på nærværsfaktorer. Involvere Arbeidsmiljøavdelingen i dialogmøte 1.
Skade på ansatt		Grønn: 83 % Gul: 17 % Rød: 0 %			Det er meldt 29 skader på ansatte hvorav "stikkskader med smitterisiko" utgjør den største avviksgruppen. Det er påvist muskel-skjelettplager ved ultralydarbeid >1/2 dag. Ingen av avvikene er kategorisert med betydelig skade, og 7 med moderat skade.	Ha fortsatt fokus på å forebygge stikkskader. Gi opplæring forflytningsteknikk. Ha flere ansatte til å utføre ultralyd.

Akuttklinikken

	Klinikkens egen Vurdering 2011	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2011	ARBs faglige vurdering 2010	ARBs faglige vurdering 2011	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Systematisk HMS-arbeid		Grønn: 77 % Gul: 20 % Rød: 3 %			Kun 34 % av verneområdene har levert inn dokumentasjon på gjennomførte HMS-runder, og 31 % har fulgt opp medarbeiderundersøkelsen.	Følge HMS-årshjulet. Konkretisere tiltak og mål i avdelingsvise handlingsplaner, og følge opp mer regelmessig med medvirkning fra de ansatte.
HMS-avvik		Grønn: 57 % Gul: 41 % Rød: 2 %			Det er meldt 479 HMS-avvik (0,24/årsverk). Mange avvik er knyttet til arbeidspress / bemanning / omstilling. Oppfølgingen av disse avvikene kan bli bedre. En del vold og trusler fra utagerende pasienter, særlig i Prehospital.	Etablere avvikskultur med fokus på systemårsaker. Lage avdelingsvise planer for forebyggende HMS-arbeid med regelmessig oppfølging og opplæring.
Plassforhold		Grønn: 19 % Gul: 67 % Rød: 14 %			Store problemer mange steder, særlig for intensiv/anestesi. Trange operasjonsstuer med dårlig plass til MTU og mennesker. Mangel på lager- og kontorarealer. Ny ambulansestasjon (grønn).	Nybygging/ombygging.
Inneklima		Grønn: 53 % Gul: 44 % Rød: 3 %			Mye bruk av medisinsk teknisk utstyr som avgir varme og støy, samt er plasskrevende. Varme lokaler. Det finnes en del uhensiktsmessige belysningsløsninger og flere steder mangler arbeidsplassbelysning og mulighet for dimming.	Undersøke mulighetene for bedre ventilasjon, særlig operasjon og intensiv. I samarbeide med renholdsavdelingen lage en plan for bedring av renhold.
Kjemikalier		Grønn: 80 % Gul: 20 % Rød: 0 %			Lite forbruk av farlige kjemikalier. Har lagt inn en del i stoffkartoteket.	Sørge for at alle avdelingene har oppdatert stoffkartotek. Ha spesiell fokus på narkosegasser.
Ergonomi		Grønn: 52 % Gul: 43 % Rød: 5 %			Utfordrende arbeidsoppgaver i hektisk miljø på opr. med uhensiktsmessig plassering av MTU. Nye anestesiapparater med lite hensiktsmessig utforming av PC og tastaturdelen.	Utstyr som brukes av flere ansatte må kunne tilpasses individet og arbeidets art. Ha støtte for underarmer i framkant av tastatur og mus.

	Klinikkens egen Vurdering 2011	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2011	ARBs faglige vurdering 2010	ARBs faglige vurdering 2011	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Omstilling		Grønn: 58 % Gul: 33 % Rød: 8 %			Resultat i MU = 42. Mange opplever i liten grad å bli involvert i planlegging av avdelingens omstilling, mens andre avdelinger jobber bra.	Sørge for bedre involvering på avdelingsnivå. Sette tidsfrister som muliggjør medinnflytelse. Kulturbygging.
Arbeidsbelastning		Grønn: 23 % Gul: 38 % Rød: 38 %			Resultat belastende arbeidsmengde i MU = 50. Stor ubalanse mellom oppgaver og bemanning, og lav egenkontroll på noen akuttavdelinger.	Drøfte muligheter for organisatoriske tiltak sammen med de ansatte. Bedre oppfølging av HMS-avvik.
Arbeidsglede		Grønn: 82 % Gul: 18 % Rød: 0 %			Resultat i MU = 73. God score i medarbeiderundersøkelsen i de fleste avdelinger.	Lederstøtte til avdelinger som sliter med samarbeid / fagkonflikter.
IA		Grønn: 89 % Gul: 11 % Rød: 0 %			Stort sett bra sykefraværsoppfølging. Gjennomførte eget IA-kurs for ledere, VO og TV i 2011. Systematisk forebygging kan bli bedre. Enkelte avdelinger har stabilt høyt sykefravær.	Reetablere sykefraværsutvalg i klinikken.
Skade på ansatt		Grønn: 60 % Gul: 27 % Rød: 13 %			Det er meldt 178 skader på ansatte, hvorav ”stikkskader med smitterisiko” og ”fysisk vold” fra utagerende pasienter utgjør de 2 største avviksgruppene. Mangel på løfteutstyr / -apparater, og bruk av forflytningsteknikk. Det er etablert et godt støtteapparat i krisehåndtering internt i ambulanseavdelingen. 2 av avvikene er kategorisert med betydelig skade, og 21 med moderat skade.	Gi opplæring i arbeids-og forflytningsteknikk. Gjennomgå gjeldende opplæringsrutiner årlig.

Klinisk diagnostikk og intervensjon

	Klinikkens egen Vurdering 2011	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2011	ARBs faglige vurdering 2010	ARBs faglige vurdering 2011	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Systematisk HMS-arbeid		Grønn: 65 % Gul: 33 % Rød: 2 %			84 % av verneområdene har gjennomført HMS-runder, og 61 % har fulgt opp medarbeiderundersøkelsen.	Forbedre systematikken. HMS-opplæring for ledere. Brannkurs.
HMS-avvik		Grønn: 74 % Gul: 24 % Rød: 1 %			Det er meldt 259 HMS-avvik (0,13/årsverk), et relativt beskjedent volum sammenliknet med andre klinikker. Klinikken har et forbedringspotensiale på bruk av avvikssystemet som et forbedringssystem. En del avvik lukkes før forbedringstiltak er gjennomført, og det er noen ubehandlede HMS-avvik fra lang tid tilbake som gjenstår. HMS-avvik er et fast tema på klinikk AMU.	Forbedre avvikskulturen, og fortsatt oppmuntre til å melde avvik. Definere forbedringstiltak før avvik lukkes. Ha fokus på forbedringstiltak i klinikk-AMU. Ha undervisning/workshop om HMS-avvik.
Plassforhold		Grønn: 36 % Gul: 64 % Rød: 0 %			Generelt manglende plassforhold og egnethet i forhold til den aktiviteten som utføres. Mye transport mellom sykehusene for enkelte enheter.	Fjernlagre der det er mulig, og kaste det som lagres unødvendig. Bruke hyller med dører.
Inneklima		Grønn: 33 % Gul: 55 % Rød: 12 %			Varierende bygningsmasse og egnethet, samt mangelfullt vedlikehold over tid. Det er manglende eller mangelfull ventilasjon flere steder som medfører dårlig luft. Arbeidslokalene er ofte varme om sommeren og kalde og trekkfulle om vinteren. Det er mye bruk av utstyr som avgir varme og støy, spesielt utsatt er laboratorier og granskningsrom. Det er meldt om mangelfullt renhold enkelte steder. Flere steder mangler arbeidsplassbelysning og mulighet for dimming. Noen heldags arbeidsplasser mangler dagslys, som f.eks. granskningsrom.	Oppgradere bygningsmasse. Utbedre ventilasjonsforhold Mer egnede lokaliteter. Sette støykrav ved nyinnkjøp. Plassere støvende utstyr i egne rom. Holde god orden og fjerne/kaste det som ikke brukes. Bruke utvendig solskjerming aktivt. Gjennomføre årlig hovedrenhold. Påse at det ikke er flere ansatte og mer varmeavgivende utstyr enn det er planlagt for. Anskaffe plassbelysning.

	Klinikkens egen Vurdering 2011	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2011	ARBs faglige vurdering 2010	ARBs faglige vurdering 2011	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Kjemikalier		Grønn: 58 % Gul: 33 % Rød: 8 %			Har et stort forbruk av farlige kjemikalier. De fleste avdelingene har registrert kjemikaliene og holder stoffkartoteket vedlike. Problemstillinger med avhending av kjemikalieavfall/avfallstank. Gammel bygningsmasse medfører til dels store mangler på spesialventilasjon, og det er behov for større utbedringer og ombygginger for å komme opp til dagens tekniske standard av spesialavtrekkene med tilhørende ventilasjonsanlegg.	Legge inn alle stoffer i stoffkartoteket. Mer egnede lokaliteter for laboratoriedrift. Lagre kjemikalier i egnede skap. Bruke personlig verneutstyr der det er angitt. Følge opp årskontroll og mangler ved spesialventilasjon. Sikkerhetskurs for laboratorieansatte.
Ergonomi		Grønn: 50 % Gul: 39 % Rød: 11 %			Laboratoriarbeidsplasser blir stadig mer utformet slik at de kan tilpasses den enkelte ansatt og arbeidets art. Rullerer mer på arbeidsoppgaver. Ergonomiske utfordringer i forhold til antall ansatte og arbeidsoppgaver. Avtrekksskap er vanskelig å tilpasse individuelle behov.	Avtrekksskap må stå fiksert. Sørg for fleksible løsninger, eksempelvis tilpasset stol, underarmsstøtte mm.
Omstilling		Grønn: 56 % Gul: 25 % Rød: 19 %			Resultat i MU = 44. Omstilling spesielt krevende i noen avdelinger.	Aktiv lederrolle. Legge til rette for medvirkning. Sørg for god informasjonsflyt.
Arbeidsbelastning		Grønn: 21 % Gul: 38 % Rød: 42 %			Resultat belastende arbeidsmengde i MU = 49. Ressursmangel og høy arbeidsbelastning i noen avdelinger over tid. Aktivitetsnivå har økt uten at antall ansatte har økt i samme takt. Etterslep av oppgaver. Hull i turnus.	Bruke HMS-avvikssystemet systematisk. Definere forbedringstiltak i avvikssystemet, kortsiktig og langsiktig. Følge opp i klinikk AMU (f.eks. har klinikkene redusert bruk av KDIs tjenester med 5 % som forutsatt i 2012-budsjettet?)
Arbeidsglede		Grønn: 40 % Gul: 47 % Rød: 13 %			Resultat i MU = 71. Godt kollegialt samarbeid, kan regne med hjelp og støtte. Trives med faglige utfordringer.	Vedlikeholde faginteresse. Støtte sosiale tiltak. Sørg for kompetanse/ faglig utvikling. Intern undervisning.

	Klinikkens egen Vurdering 2011	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2011	ARBs faglige vurdering 2010	ARBs faglige vurdering 2011	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
IA		Grønn: 82 % Gul: 14 % Rød: 4 %			Relativt lavt fravær. Tiltaksplanen for 2011-2013 tema i klinikk AMU.	
Skade på ansatt		Grønn: 83 % Gul: 17 % Rød: 0 %			Det er meldt 101 skader på ansatte, hvorav ”stikkskader med smitterisiko” og ”annen smitteeksponering” utgjør de 2 største avviksgruppene. Mye ensidig arbeid med risiko for utvikling av muskel-skjelettplager. 3 av avvikene er kategorisert med betydelig skade, og 16 med moderat skade.	Variasjon og mulighet for restitusjon. Undervisning om stikkskader.

Oslo Sykehusservice

	Klinikkens egen Vurdering 2011	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2011	ARBs faglige vurdering 2010	ARBs faglige vurdering 2011	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Systematisk HMS-arbeid		Grønn: 69 % Gul: 28 % Rød: 3 %			78 % av verneområdene har gjennomført HMS-runder, og 71 % har fulgt opp medarbeiderundersøkelsen. God oppslutning i MU 83 %. Mangler delvis handlingsplaner og konkret gjennomføring av forbedringstiltak på flere HMS-områder, bl.a. vedlikehold av bygningsmasse, avfallshåndtering i OUS, ytre miljø, m.fl. Lite bruk av sjekklister for omstilling i lokale omstillingsprosesser, og mangelfull gjennomføring av tiltak i enkelte avdelinger/enheter for å redusere arbeidsmiljøkonsekvenser ved omstilling.	Fortsatt krav til ledere/VO til å gjennomføre HMS-opplæring. Følge opp HMS-handlingsplan og tilhørende tiltak. Bruke oppdaterte sjekklister for risikovurdering av omstillingsprosesser.
HMS-avvik		Grønn: 70 % Gul: 26 % Rød: 4 %			Meldt 628 HMS-avvik (0,39/årsverk) hvorav en del er overført fra andre klinikker. Det gjenstår noen avvik fra 2010 og 2011 som ikke er fulgt opp med tiltak og lukket. Mangelfull bruk av avvikssystemet som dokumentasjons- og forbedringssystem. Klinikk-AMU har oppfølging av HMS-avvik som fast punkt på sakslisten.	Gjennomgå og behandle restanser av HMS-avvik fra 2010 og 2011. Utvikle god og hensiktsmessig HMS-avvikskultur. Gi opplæring til ledere, vernetjeneste, tillitsvalgte og ansatte i bruk av avvikssystemet.
Plassforhold		Grønn: 54 % Gul: 44 % Rød: 2 %			Flyttinger og omorganiseringer er utfordrende i forhold arealbruk. Mye sentraliseres og areal står ikke i forhold til økt aktivitet og varebeholdning, eksempelvis Sentrallageret og sengesentralen på Rikshospitalet.	Finne balanse mellom bemanning og arbeidsoppgaver, for eksempel tilstrekkelig bemanning til at varer ikke hopper seg opp i mottak.
Inneklima		Grønn: 61 % Gul: 32 % Rød: 7 %			Problemer med innregulering av ventilasjon ved nybygg og mangelfull ventilasjon i gammel bygningsmasse. Varme lokaler sommerstid og kalde lokaler om vinteren. Mangelfullt renhold og støvproblematikk, eks. ved håndtering av tøy og senger.	Finne interne/midlertidige løsninger på regulering av temperatur, ventilasjon etc. Gjennomgå renholdsrutiner.

	Klinikkens egen Vurdering 2011	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2011	ARBs faglige vurdering 2010	ARBs faglige vurdering 2011	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Kjemikalier		Grønn: 79 % Gul: 18 % Rød: 3 %			Lite forbruk av farlige kjemikalier. Med et par unntak er det ikke registrert noe i stoffkartoteket. Utsatt for og håndtering av avfall fra andre avdelinger.	Legge inn alle stoffer i stoffkartoteket. Gi opplæring i ulike typer avfallshåndtering.
Ergonomi		Grønn: 62 % Gul: 36 % Rød: 2 %			Lav bemanning og høyt tempo øker risiko for muskel-skjelettplager og skader. Ansatte ved Sengesentral, Renhold og Vaskeri har fysisk belastende arbeid og økende arbeidspress. Mangler tilpassede løsninger for transport av varer. Mangler system for sengereparasjon og utskifting av defekte/utslitte senger.	Jobbe forebyggende, og øke forståelsen for sammenhengen mellom fysiske belastninger og skader. Gi opplæring i riktig forflytning - og arbeidsteknikk. Oppgradere/utbedre utstyr med universelle/fleksible løsninger. Organisere felles ordning i OUS for vedlikehold, reparasjon og innkjøp av senger.
Omstilling		Grønn: 47 % Gul: 42 % Rød: 11 %			Resultat i MU = 53. Krevende prosesser med oppgaveoverføringer som får konsekvenser for andre klinikker og for arbeidsmiljøet til egne ansatte. Forbedringspotensiale på lederkompetanse. Klinikken har taklet omstillingene forholdsvis bra. God HR støtte i omstillingsprosessene.	Sørge for god informasjonsflyt. Legge til rette for medvirkning. Satse på lederutvikling.
Arbeidsbelastning		Grønn: 43 % Gul: 48 % Rød: 9 %			Resultat belastende arbeidsmengde i MU = 49. Stadige nedskjæringer og økende krav til arbeidsinnsats og kompetanse.	Gjennomgå rutiner for å finne forbedrings- og forenklingsområder.
Arbeidsglede		Grønn: 71 % Gul: 24 % Rød: 5 %			Resultat i MU = 72. Variabel – påvirkes bl.a. av usikkerhet knyttet til omstillingsprosesser.	

	Klinikkens egen Vurdering 2011	Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2011	ARBs faglige vurdering 2010	ARBs faglige vurdering 2011	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
IA		Grønn: 85 % Gul: 15 % Rød: 0 %			Relativt høyt sykefravær, jobbes godt med enkeltsaker. Mangelfull kompetanse på sykefraværsoppfølging hos enkelte ledere.	Fortsatt gi ledere opplæring i IA-arbeid. Følge opp IA-handlingsplan.
Skade på ansatt		Grønn: 77 % Gul: 19 % Rød: 4 %			Det er meldt 109 skader på ansatte, hvorav ”fall, slag, støt, klem, kutt” og ”muskel/skjelettskader” utgjør de 2 største avviksgruppene. Mye tungt manuelt arbeid med potensiale for belastningsskader. 1 av avvikene er kategorisert med betydelig skade, og 34 med moderat skade.	Redusere manuelle løft og tyngde på gjenstander som skal transporteres. Sørge for tilpasset og hensiktsmessig utstyr. Gode arbeidsrutiner.

Direktørens stab

	Klinikkens egen Vurdering 2011	Oppsummering av stabenes HMS-runder 2011*	ARBs faglige vurdering 2010	ARBs faglige vurdering 2011	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Systematisk HMS-arbeid					100 % av verneområdene har gjennomført HMS-runder, og 71 % har fulgt opp medarbeiderundersøkelsen. Ikke alle ledere har gjennomført HMS-lederopplæring.	Gjennomføre HMS-lederopplæring.
HMS-avvik					Det er meldt 32 HMS-avvik (0,11/årsverk), et relativt beskjedent volum sammenliknet med andre klinikker. Største avviksgruppe er problemer relatert til IT-systemene. Mangelfull bruk av HMS-avvikssystemet som forbedringssystem.	Gi opplæring i bruk av HMS-avvikssystemet. Forbedre meldekulturen.
Plassforhold					For få kontorarbeidsplasser.	Tilstrekkelig med kontorarbeidsplasser.
Inneklima					Manglende ventilasjon, og til dels dårlig inneklima. Støy og eksos fra Kirkeveien dersom vinduer åpnes.	Anskaffe ventilasjonsanlegg.
Kjemikalier					Ikke aktuelt.	
Ergonomi					Mye ensidig kontorarbeid. Det finnes en del uhensiktsmessige belysning, og flere steder mangler arbeidsplassbelysning og mulighet for dimming.	Variasjon i arbeidsoppgaver. Oppgradere belysning. Anskaffe plassbelysning.
Omstilling					Resultat i MU = 59. Sammenslåing og nedbemanning av stabene.	Samlokalisering.

	Klinikkens egen Vurdering 2011	Oppsummering av stabenes HMS-runder 2011*	ARBs faglige vurdering 2010	ARBs faglige vurdering 2011	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Arbeidsbelastning					Resultat belastende arbeidsmengde i MU = 53. Stor arbeidsbelastning kan over tid påføre medarbeidere helseplager. Noe kvelds- og helgearbeid.	Bli bedre til å prioritere. Sikre at det etableres praksis uten konstant bruk av merarbeid/overtid.
Arbeidsglede					Resultat i MU = 70. Dedikerte medarbeidere med høy grad av autonomi. Høy motivasjon og stort sett stor arbeidsglede ifølge MU.	Bevaringsområde.
IA					Lavest klinikkvis sykefravær i OUS.	Sikre at lederne har god kunnskap om sykefraværsoppfølging.
Skade på ansatt					Det er meldt 2 skader på ansatte. Begge var relatert til smitte. Ingen av avvikene er kategorisert med betydelig eller moderat skade.	
Annet					Mangler ved IT- systemene, er hyppigst meldte HMS-avvik. utfordringer i dialogen med Sykehuspartner.	Dette må (fortsett) meldes oppover i systemet.

* Ikke mottatt tilstrekkelig antall sjekklister til å foreta beregninger.

5. Viktigste gjennomførte tiltak i klinikkene i 2011 – egenrapportering fra klinikkene

	PHA	MED	KKN	KVB	KKT	HLK	AKU	KDI	OS S	STAB
Systematisk HMS-arbeid	* Økt fokus på HMS-arbeid	* Utarbeidet nivå 2 dok.				* Systematisert HMS-arbeid * Utarbeidet Nivå 2 dok. * Fulgt opp MU			* Økt bevisstgjøring	
HMS-avvik		* Forbedret meldekultur	* Forbedret meldekultur		* Oppfølging av avvik * Opplæring i avviksbehandling	* Oppfordret til å melde avvik	* Avviksrapportering			
Plassforhold				* Skaffet oversikt over arealsituasjon						
Inneklima	* Bedret innklima	* Montert solavskjerming	* Montert solavskjerming						* Nye lokaler med bedre innklima	
Kjemikalier				* Avsluttet bruk av lystgass				* Installert makrobenker		
Ergonomi			* Opplæring i arbeidsteknikk * Ergonomisk tilrettelegging			* Ergonomisk tilpassing		* Kurs i løfteteknikk * Tilpasset arbeidsbenker	* Fokus på forflytningsteknikk * Variasjon	

	PHA	MED	KKN	KVB	KKT	HLK	AKU	KDI	OS S	STAB
Omstilling	* Bedret info	* Kulturbygging * Blitt bedre kjent på tvers * Medvirkning * Informasjon		* Lederopplæring før innplasseringsprosess * Samling av barnekreft og barnehjerte	* Medvirkning og involvering		* Medvirkning * Informasjon		* Samlokalisert * Harmonisert oppgaver * Flere allmøter	* Samlokalisering
Arbeidsbelastning		* Innført bemanningsnorm * Fordelingsmøte hver morgen * Redusert AML-brudd	* Bedret balanse oppgaver / ressurser * Ny turnus			* Økt grunnbemanning * Ny turnus for sykepl.	* Bemanning i samsvar med arbeidsoppgaver			
Arbeidsglede										
IA	* Større fokus på redusert sykefravær	* Redusert sykefraværet	* Fått tilretteleggings-tilskudd	* Opplæring i IA-arbeid	* Opplæring i IA-arbeid * IA-handlingsplan		* Holdt IA-kurs * Redusert sykefraværet	* Oppfølging av enheter med høyt sykefravær		
Skade på ansatt										
Annet	* Bedret renholdet * Bedret kommunikasjonen * Bedret infolyt * Fagutvikling * Felles lunsj * Fadderordning for nyansatte	* Innført LEAN * Hovedrengjøring	* Forebyggende brannvern * Bedret renholdet / Hovedrengjøring * Bedret informasjon * Sosiale tiltak * Fagutvikling	* Fritak fra nattevakter * Turnusgjennomgang og ny turnus	* 4 års regel FoU stillinger * Møtearenaer for samhandling	* Revisjon av strålevern * Forebyggende brannvern * Fagutvikling	* Utviklingsamtaler * MTU-opplæring av leger	* Faste møtearenaer * Brannvern-opplæring	* Kompetanseheving * Forebyggende brannvern * Bedre dialog med brukerne * Mer synlig ledelse	* Felles faglige seminarer * God informasjon om overordnede prosesser * Felles lunsj * Felles fagråd

6. Viktigste gjenstående arbeidsmiljøproblematikk i klinikkene pr. 2011 – egenrapportering fra klinikkene

	PHA	MED	KKN	KVB	KKT	HLK	AKU	KDI	OSS	STAB
Systematisk HMS-arbeid					* Bedre systematikk					
HMS-avvik	* Avvikshåndtering									
Plassforhold		* Behov for større lokaler	* For lite areal	* Behov for kontorplasser og "serviceplasser"		* For lite areal	* Areal-disponering	Areal / samlokalisering		
Inneklima	* Dårlig inneklima	* Dårlig inneklima	* Dårlig inneklima					* Ventilasjon	* Dårlig inneklima	
Kjemikalier								* Spesialventilasjon		
Ergonomi										
Omstilling	* Omstillingsprosesser	* Få samlet all døgnvirksomhet på UUS	* Uro * Lite medvirkning * Sosialt samspill	* Informasjon * Kulturarbeid på tvers	* Medvirkning og involvering	* Lav score i MU * Kulturbygging	* Revidering av legeorganisering		* Uro og frustrasjon * Kulturforskjeller * Konflikter	* Alle er ikke samlokalisert * Mangel på samarbeid på tvers
Arbeidsbelastning			* Høyt arbeidspress * Ubalanse belegg / ressurser		* Oppfølging av overtidsbrudd	* Opplevd arbeidspress * Ubalanse aktivitet / ressurser	* Budsjett	* Ressurser / arbeidsoppgaver	* Høy arbeidsbelastning	* Høy arbeidsbelastning
Arbeidsglede									* Redusert arbeidsglede	

	PHA	MED	KKN	KVB	KKT	HLK	AKU	KDI	OSS	STAB
IA			* Oppfølging av sykmeldte							
Skade på ansatt	* Vold / trusler									
Annet	<ul style="list-style-type: none"> * Bygninger ikke tilpasset dagens krav * Mangler merkantile ressurser * Brannopplæring * Manglende felles infrastruktur 	<ul style="list-style-type: none"> * Nedslitte lokaler * Mangel på garderobeskap * Overbelegg og korridorsenger * Gammelt MTU 	<ul style="list-style-type: none"> * Brannopplæring * Mangelfullt renhold * Nedslitte lokaler * Fagutvikling 	<ul style="list-style-type: none"> * Brannvernopplæring * Større grad av opplevd medvirkning i budsjettarbeidet * Synlig og tydelig ledelse 	<ul style="list-style-type: none"> * Oversikt over org. struktur, ledere og verneområder * Videreformidling av informasjon i lederlinjen 	<ul style="list-style-type: none"> * Forebyggende brannvern * Opplæring i bruk av MTU * Dårlig renhold 	<ul style="list-style-type: none"> * Samarbeid på tvers * Renhold 	<ul style="list-style-type: none"> * Ombygninger tar tid * Brannvernopplæring 	<ul style="list-style-type: none"> * Kompetanse-reduksjon * Manglende utviklingssamtaler 	<ul style="list-style-type: none"> * Mangel på felles IKT-løsninger

7. Satsningsområder i klinikkene i 2012 – egenrapportering fra klinikkene

	PHA	MED	KKN	KVB	KKT	HLK	AKU	KDI	OSS	STAB
Systematisk HMS-arbeid		* Intern-revisjoner			* Bedre systematikk * HMS-revisjon		* HMS-opp-læring		* Følge opp handlingsplaner bedre	
HMS-avvik	* Forbedre avvikshåndtering		* Forbedre avviksregistrering		* Forbedre meldekultur	* Forbedre meldekultur			* Bedre avviskultur	* Forbedre meldekultur
Plassforhold		* Optimal utnyttelse av arealer		* Utarbeide klinikkoversikt		* Bedre arealeffektivitet				
Inneklima	* Forbedre inneklima		* Forbedre innklima							
Kjemikalier						* Håndtere forsvarlig * Oppdatere stoffkartotek		* Spesialventilasjon		
Ergonomi			* Bedre tilrettelegging av arbeidet						* Få egne forflytningsveiledere * Erstatte dårlig utstyr	
Omstilling	* Omstillingsprosesser	* Samle døgnaktivitet * Kulturbygging * Øke intensivkapasitet		* Kulturbygging på tvers		* Kulturbygging på tvers	* Reorganisere legeledelse * Ivareta ansatte ved flytting * Kulturbygging		* Samlokalisering * Bedre involvering * Bedre informasjon * Konfliktløsning	

	PHA	MED	KKN	KVB	KKT	HLK	AKU	KDI	OSS	STAB
Arbeidsbelastning		* Redusere overbelegg	* Bedre samsvar bemanning og ressurser			* Optimalisere bemanningen	* Redusere overtid * Redusere brudd på AML	* Bedre balanse arbeidsmengde / bemanning	* Bemanne etter bemanningsplan	* Redusere arbeidspress
Arbeidsglede					* Fokus på arbeidsglede og begeistring					
IA			* Forebygge sykefravær * Søke tilretteleggings-tilskudd * Øke nærvær med 1 %		* Oppfølging av IA-handlingsplan	* IA-tiltak	* Redusere sykefravær * Bedre IA-oppfølging			
Skade på ansatt	* Forebygge Vold / trusler									
Annet	* Tilpasse bygninger dagens krav * Skaffe merkantile ressurser * Gjennomføre brannopplæring * Få felles infrastruktur	* Oppussing * Kompetansebygging * LEAN * Forebyggende brannvern	* Brannvernopplæring * Bedre renhold * Bedre informasjonsflyt * Sosiale tiltak * Fagutvikling	* Forebyggende brannvern * Utviklingssamtaler * Lederopplæring * Fagutvikling * Informasjon	* HMS i ledermøter * Fokus på konflikt-håndtering * LØFT-kurs * Revisjon verneområde-inndeling	* Brannvern * Følge opp MU med mål og tiltak	* Holdninger * Verdier * Bedre samarbeid på tvers	* Brannvernopplæring * Ivareta psykososialt arbeidsmiljø * Bevare møteplasser * God informasjonsflyt * Faglig utvikling * Kildesortering av avfall	* Sosiale tiltak * Kompetanseutvikling * Lederutvikling	* Bidra til bedre IKT-løsninger * Forebyggende brannvern

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 3. mai 2012

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Utkast til årsberetning 2011
Utkast til årsregnskap 2011
Utkast til revisjonsberetning

SAK 34/2012 **Årsoppgjør for stiftelsen Gave fra
Oslohjemmenes Vel**

Forslag til vedtak:

*Styret godkjenner årsberetning og årsregnskap for 2011 for stiftelsen Gave fra
Oslohjemmenes Vel.*

Oslo, den 26. april 2012

Bjørn Erikstein

Bakgrunn

Formålet for stiftelsen Gave fra Oslohjemmenes Vel er å medvirke til forskning innen hjerte- og blodkarsykdommer. Foretakets styre er, i følge statuttene, styre for stiftelsen. Som stiftelsens styre behandles årlig regnskap og utlysning av midler. Styret har tidligere delegert fullmakt til administrerende direktør til å forestå utlysning og tildeling av midler.

Regnskap 2011

Oslo universitetssykehus fører stiftelsens regnskap. Regnskap for 2011 er vedlagt for godkjenning. Regnskapet har vært forelagt revisor (vedlagt foreligger utkast til revisjonsberetning). Signert revisjonsberetning blir utstedt etter at styret har godkjent regnskapet.

Legatet har en egenkapital på kr 695 950. Av disse er kr 620 244 urørlig kapital. Det er ikke foretatt utdeling fra legatet i 2011 fordi beløpet ble vurdert å være for lite for de formål som kunne være aktuelle.

Sammenslåing

Organiseringen med foretakets styre som stiftelsens styre er lite hensiktsmessig. For å få en bedre struktur på stiftelser tilknyttet foretaket vedtok styret i møte 15. desember 2011 (sak 147/2011) å slå stiftelsen Gave fra Oslohjemmenes Vel inn i en felles fondsstiftelse for Oslo universitetssykehus HF. Det arbeides med søknad om dette til Stiftelsestilsynet.



Til styret i Gave fra Oslo Hjemmenes Vel

Revisors beretning

Uttalelse om årsregnskapet

Vi har revidert årsregnskapet for Gave fra Oslo Hjemmenes Vel, som viser et overskudd på kr 12.301. Årsregnskapet består av balanse per 31. desember 2011, resultatregnskap, for regnskapsåret avsluttet per denne datoen, og en beskrivelse av vesentlige anvendte regnskapsprinsipper og andre noteopplysninger.

Styrets ansvar for årsregnskapet

Styret er ansvarlig for å utarbeide årsregnskapet og for at det gir et rettviseende bilde i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge, og for slik intern kontroll som styret finner nødvendig for å muliggjøre utarbeidelsen av et årsregnskap som ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller feil.

Revisors oppgaver og plikter

Vår oppgave er å gi uttrykk for en mening om dette årsregnskapet på bakgrunn av vår revisjon. Vi har gjennomført revisjonen i samsvar med lov, forskrift og god revisjonsskikk i Norge, herunder International Standards on Auditing. Revisjonsstandardene krever at vi etterlever etiske krav og planlegger og gjennomfører revisjonen for å oppnå betryggende sikkerhet for at årsregnskapet ikke inneholder vesentlig feilinformasjon.

En revisjon innebærer utførelse av handlinger for å innhente revisjonsbevis for beløpene og opplysningene i årsregnskapet. De valgte handlingene avhenger av revisors skjønn, herunder vurderingen av risikoene for at årsregnskapet inneholder vesentlig feilinformasjon, enten det skyldes misligheter eller feil. Ved en slik risikovurdering tar revisor hensyn til den interne kontrollen som er relevant for stiftelsens utarbeidelse av et årsregnskap som gir et rettviseende bilde. Formålet er å utforme revisjonshandlinger som er hensiktsmessige etter omstendighetene, men ikke for å gi uttrykk for en mening om effektiviteten av stiftelsens interne kontroll. En revisjon omfatter også en vurdering av om de anvendte regnskapsprinsippene er hensiktsmessige og om regnskapsestimaterne utarbeidet av ledelsen er rimelige, samt en vurdering av den samlede presentasjonen av årsregnskapet.

Etter vår oppfatning er innhentet revisjonsbevis tilstrekkelig og hensiktsmessig som grunnlag for vår konklusjon.

Konklusjon

Etter vår mening er årsregnskapet avgitt i samsvar med lov og forskrifter og gir et rettviseende bilde av den finansielle stillingen til Gave fra Oslo Hjemmenes Vel per 31. desember 2011, og av resultater for regnskapsåret som ble avsluttet per denne datoen i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge.

Uttalelse om øvrige forhold

Konklusjon om årsberetningen

Basert på vår revisjon av årsregnskapet som beskrevet ovenfor, mener vi at opplysningene i årsberetningen om årsregnskapet og forutsetningen om fortsatt drift er konsistente med årsregnskapet og er i samsvar med lov og forskrifter.

Konklusjon om registrering og dokumentasjon

Basert på vår revisjon av årsregnskapet som beskrevet ovenfor, og kontrollhandlinger vi har funnet nødvendig i henhold til internasjonal standard for attestasjonsoppdrag ISAE 3000 "Attestasjonsoppdrag som ikke er revisjon eller forenklet revisorkontroll av historisk finansiell informasjon", mener vi at ledelsen har oppfylt sin plikt til å sørge for ordentlig og oversiktlig registrering og dokumentasjon av stiftelsens regnskapsopplysninger i samsvar med lov og god bokføringsskikk i Norge.

Konklusjon om forvaltning

Basert på vår revisjon av årsregnskapet som beskrevet ovenfor, og kontrollhandlinger vi har funnet nødvendige i henhold til internasjonal standard for attestasjonsoppdrag ISAE 3000, "Attestasjonsoppdrag som ikke er revisjon eller forenklet revisorkontroll av historisk finansiell informasjon", mener vi stiftelsen er forvaltet i samsvar med lov, stiftelsens formål og vedtektene for øvrig.

Oslo, 24. april 2012
PricewaterhouseCoopers AS

Hans-Christian Berger
Statsautorisert revisor

STYRETS ÅRSBERETNING FOR 2011

Gave fra Oslo Hjemmenes Vel

Legatet har som hovedformål å yte bidrag til forskning innen hjerte- og blodkarsykdommer og styres fra Oslo.

Styret i stiftelsen Gave fra Oslo hjemmenes Vel vedtok i møte 15. desember 2011 å slå sammen stiftelsen Gave fra Oslo Hjemmenes Vel med Fondsstiftelsen ved Oslo universitetssykehus så snart denne blir opprettet. Søknad om sammenslåing blir sendt i løpet av 2011. Etter sammenslåing vil virksomheten være overført til Fondsstiftelsen for Oslo universitetssykehus.

Det er ikke foretatt utdelinger i 2011. Årets resultat består av avkastning på kapitalen, 5% av avkastningen er avsatt til grunnkapitalen. Det øvrige av årets overskudd er disponert til fri egenkapital.

Stiftelsen har ingen ansatte.

Stiftelsen forurensrer ikke det ytre miljø.

Oslo 3. mai 2012

I styret for Gave fra Oslo Hjemmenes Vel

Stener Kvinnsland
styreleder

Anne Carine Tanum
nestleder

Anders Utne
styremedlem

Ane Willumsen
styremedlem

Nina Tangnes Grønvold
styremedlem

Ole Petter Ottersen
styremedlem

Merete Norheim Morken
styremedlem

Raymond Robertsen
styremedlem

Tone Skogen
styremedlem

Tor Ingebrigtsen
styremedlem

Svein Erik Urstrømmen
styremedlem

Bjørn Wølsted-Knudsen
styremedlem

Aasmund Bredeli
styremedlem

Rita H. von der Fehr
styremedlem

Gave fra Oslo Hjemmenes Vel

RESULTATREGNSKAP 01.01. - 31.12	NOTER	2011	2010
Renteinntekter	2	20 051	16 901
Sum inntekter		<u>20 051</u>	<u>16 901</u>
Tildelinger	3	0	0
Administrasjon	4	7 750	9 060
Sum driftskostnader		<u>7 750</u>	<u>9 060</u>
Driftsresultat		<u>12 301</u>	<u>7 841</u>
ARSRESULTAT		<u>12 301</u>	<u>7 841</u>
Overføringer:			
Avsatt til grunnkapital		1 003	845
Overført fra /til fri egen kapital		11 298	6 996
Sum	5	<u>12 301</u>	<u>7 841</u>

Gave fra Oslo Hjemmenes Vel

BALANSE PR.	NOTER	31.12.11	01.01.11
EIENDELER			
Omløpsmidler			
Bankinnskudd	2	703 700	683 649
Sum omløpsmidler		703 700	683 649
SUM EIENDELER		703 700	683 649
Egenkapital			
Urørlig kapital 1.1.		619 241	618 396
Tilført i året		1 003	845
Sum urørlig kapital 31.12.		620 244	619 241
Fri egenkapital 1.1.		64 408	57 412
Tilført i året:		11 298	6 996
Sum fri egenkapital 31.12.		75 706	64 408
Sum egenkapital 31.12.	5	695 950	683 649
Gjeld			
<u>Kortsiktig gjeld</u>			
Annen kortsiktig gjeld	6	7 750	0
Sum kortsiktig gjeld		7 750	0
Sum gjeld		7 750	0
SUM EGENKAPITAL OG GJELD		703 700	683 649

Oslo 3.mai 2012

Stener Kvinnsland styreleder	Anne Carine Tanum nestleder	Anders Utne styremedlem
Ane Willumsen styremedlem	Nina Tangnes Grønvold styremedlem	Ole Petter Ottersen styremedlem
Merete Norheim Morken styremedlem	Raymond Robertsen styremedlem	Tone Skogen styremedlem
Tor Ingebrigtsen styremedlem	Bjørn Wølstad-Knudsen styremedlem	Rita Huitfeldt von der Fehr styremedlem
Aasmund Bredeli styremedlem	Svein Erik Urstrømmen styremedlem	

Gave fra Oslo Hjemmenes Vel

Noter til regnskapet for regnskapsåret 2011

1. Regnskapsprinsipper

Årsregnskapet er satt opp i samsvar med regnskapslovens bestemmelser og er utarbeidet etter norske regnskapsstandarder.

2. Bankinnskudd

Legatets midler er plassert på bankkonto i DnB NOR.

3. Tildelinger

Det er ikke foretatt tildelinger for 2011.

4. Ytelser til ledende personer

Det er ikke gitt lån/sikkerhetsstillelse, pensjonsforpliktelser eller annen godtgjørelse til daglig leder eller medlemmer av styret.

Revisjonshonorar for 2010 er kostnadsført med kr. 6.250 inkl. mva og er i sin helhet revisjon. Faktura fra Lotteri- og stiftelsestilsynet for avgift 2011 er kostnadsført med kr. 1 500.

5. Egenkapitalen

Egenkapitalen 01.01.2011	kr. 683 649
Årets resultat 2011	<u>kr. 12 301</u>
Egenkapital 31.12.2011	<u>kr. 695 950</u>

5% av avkastningen er avsatt til grunnkapitalen. Det øvrige av årets overskudd er disponert til fri egenkapital.

6. Kortsiktig gjeld

Kr. 7 750 i adm. kostnader, lagt ut av Oslo universitetssykehus HF

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 3. mai 2012

Saksbehandler: Direktør forskning, innovasjon og utdanning

Vedlegg: Forslag til Utdanningsstrategi 2012-2015,
Oslo universitetssykehus HF

SAK 35/2012 Utdanningsstrategi 2012-2015 for Oslo universitetssykehus HF

Forslag til vedtak:

Styret vedtar Utdanningsstrategi 2012-2015 for Oslo universitetssykehus HF

Oslo, den 26. april 2012

Bjørn Erikstein

Bakgrunn

Vedlagt følger forslag til "Utdanningsstrategi 2012-2015, Oslo universitetssykehus HF". Det er første gang helseforetaket utarbeider en egen utdanningsstrategi. Arbeidet har vært drevet fram i regi av Utdanningsutvalget i Oslo universitetssykehus, som i stor grad har basert seg på innspill fra klinikkene, såkalte SWOT-analyser av utdanningsvirksomheten, som belyser klinikkens syn på styrker, svakheter, muligheter og trusler på utdanningsområdet.

Strategien har vært sendt på høring til alle klinikker, stabsenheter, Universitetet i Oslo v/Det medisinske fakultet, aktuelle samarbeidende høyskoler, Helsefaglig forum, Brukerutvalget og Helse Sør-Øst. Strategien ble særskilt presentert i Dialogmøtet med tillitsvalgte 21. mars, og det ble gitt mulighet for høringsinnspill for tillitsvalgte. Det kom inn i alt 19 hørings svar. Hørings svarene er behandlet av arbeidsutvalget til Utdanningsutvalget, og innspill er tatt hensyn til i endelig utkast.

Styret er tidligere orientert om arbeidet med utdanningsstrategien i Årlig melding 2011, som er sendt eier (sak 4/2012).

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Utdanningsstrategien gir viktige føringer for utviklingen og ivaretagelsen av helseforetakets lovpålagte ansvar for utdanning. Utdanning er et område med flere involverte, hvor ansvar er fordelt mellom helseforetak, universiteter, høyskoler, videregående skoler, kommune, helsemyndigheter etc. Det er i utarbeidelsen av utdanningsstrategien lagt vekt på Oslo universitetssykehus sitt ansvar som sentral utdanningsarena, og at denne oppgaven må løses i samarbeid med de øvrige aktørene.

Strategien vil bli fulgt opp med en handlingsplan. Handlingsplanen vil kunne ta opp i seg deler av de innkomne høringsinnspill i forbindelse med strategiarbeidet.

Utdanningsstrategi 2012 – 2015

Oslo universitetssykehus HF

Innledning

Oslo universitetssykehus leverer spesialisthelsetjenester og ivaretar en rekke landsfunksjoner, regionsfunksjoner, flerregionale funksjoner og lokalfunksjoner. I tillegg er Oslo universitetssykehus landets største utdanningsinstitusjon for helsepersonell. Utdanning er en av helseforetakenes lovpålagte kjerneoppgaver etter spesialisthelsetjenesteloven, og sykehuset har et særskilt ansvar for å bidra i utdanning av medarbeidere til helsesektoren, både regionalt og nasjonalt. Oslo universitetssykehus har et unikt pasientgrunnlag, som representerer alle medisinske fagområder og alle nivåer, fra generell til høyspesialisert medisin. Vårt pasientgrunnlag er en viktig basis for den verdifulle undervisningsvirksomheten som finner sted ved sykehuset og som bidrar til den videre utvikling av vårt helsevesen. Sykehuset er en lærende organisasjon, og utdanningen skal bidra til at sykehuset til enhver tid innehar den samlede kompetanse som et universitetssykehus trenger for å være i front når det gjelder pasientbehandling. Gjennom utdanning skal sykehuset også bidra til å utvikle medarbeidere som er i stand til å møte endringer i pasientgrunnet og behovet for samhandling internt og eksternt. Å være blant de utvalgte ansatte som får lov til å undervise ved Oslo universitetssykehus er en tillitserklæring og et viktig oppdrag.

I instruks fra Helse- og omsorgsdepartementet til styret i de regionale helseforetakene pålegges de regionale helseforetak å påse og legge til rette for at helseforetak som regionale helseforetak eier, sørger for at universitetenes og høgskolenes behov for undervisning, opplæring og veiledning av helsefaglige studenter dekkes i samsvar med fastsatt utdanningspolitikk, eksterne forpliktelser og foretatte prioriteringer fra overordnede politiske organer og oppdragsgivere i det enkelte år. Utdanningsoppgaver for Oslo universitetssykehus er blant annet konkretisert i samarbeidsavtaler mellom Oslo universitetssykehus og de primære utdanningsinstitusjonene, gjennom årlig oppdragsdokument fra eier og gjennom nasjonale regler for spesialistutdanning.

Som universitetssykehus har sykehuset utdanningsoppgaver definert i forskriftⁱ for bruk av betegnelsen universitetssykehus. Blant vilkårene er at helseforetaket må samarbeide med ett eller flere universitet(er) som uteksaminerer medisiner og annet helsepersonell ved at det bidrar vesentlig i forskningsbasert utdanning i medisin og annen helsefaglig utdanning, at kandidatene har det vesentlige av sin praktiske og teoretiske undervisning ved sykehuset samt at det bidrar vesentlig i doktorgradsutdanningen i de fleste kliniske fag innen medisin og andre helsefaglige disipliner.

Dette innebærer at sykehuset må ha et nært samarbeid med universitetet og høyskoler i bidrag til utdanning av helsepersonell. Sammen med den utstrakte forskningsaktiviteten bidrar det også til universitetssykehusets egenart.

Utdanningsstrategien omfatter det lovpålagte ansvaret Oslo universitetssykehus har etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-8, punkt 2, utdanning av helsepersonell. Med helsepersonell vises til definisjonen i helsepersonellovens § 3, jf § 48. Strategien omfatter både grunn-, videre- og etterutdanning. Strategien omfatter ikke opplæring av pasienter og pårørende eller ikke-helsefaglige ansatte. Oslo universitetssykehus har en egen strategi for pasient og pårørendeopplæring. Strategien omfatter heller ikke utvikling av lederkompetanse hos ansatte i lederroller. For denne gruppen henvises det til HR-strategien. Systematisk arbeid med kompetanseutvikling dekkes også av HR-strategien, selv om det er en grenseflate mot utdanningsstrategien når det gjelder individuell kompetanseutvikling.

1. Visjon

Oslo universitetssykehus – ledende på utdanning i helsevesenet

Sykehuset skal være landets mest attraktive sykehus for utdanning av helsepersonell. Utdanning skal være tett knyttet til forskning og klinisk virksomhet. Utdanningen skal være kunnskaps- og forskningsbasert, fremtidsrettet, behovstilpasset og gjenspeile den medisinske og helsefaglige utvikling og holde høyt faglig og pedagogisk nivå, sett i internasjonal sammenheng.

2. Prinsipper

Utdanningsvirksomhet ved Oslo universitetssykehus bygger på følgende prinsipper:

- Utdanning skal være kunnskaps- og forskningsbasert og av meget høy faglig og pedagogisk kvalitet
- Utdanning skal foregå i nært og forpliktende samarbeid med universitet og høyskoler
- Utdanning skal bygge på helseforetakets verdigrunnlag og holdninger, og inneholde etisk refleksjon og vurdering av skikkethet
- Utdanning er et lederansvar
- Utdanning må være i samsvar med gjeldende lover og regler
- Utdanningstilbudet skal gis i tråd med myndighetenes krav til utdanning for de ulike fagområder og innenfor helsepolitiske områder der Oslo universitetssykehus har et særskilt ansvar
- Utdanning skal være tilpasset den enkeltes forutsetninger for læring og imøtekomme pasientenes og samfunnets behov
- Utdanning skal være fremtidsrettet og raskt fange opp endrede behov og ta i bruk faglige og teknologiske nyvinninger
- Utdanning skal være både profesjonsrettet og tverrfaglig
- Utdanning skal være et virkemiddel for å beholde og rekruttere medarbeidere
- Utdanning er verdiskapende og kulturbyggende for organisasjonen
- Utdanning skal komme alle pasienter og pårørende til gode og det skal legges vekt på hvordan man møter minoritetspasienter
- Utdanning skal sikre grunnleggende samhandlingskompetanse
- Utdanningsaktivitet og -kvalitet skal dokumenteres, i samarbeid med ansvarlige utdanningsinstitusjoner

3. Strategiske mål

a. Gode utdanningsløp

Oslo universitetssykehus må legge til rette for fullstendige kliniske utdanningsløp innenfor enkelte utdanninger, og sykehusets bredde legger forholdene godt til rette for dette. Det må tilrettelegges for utdanningsløp som samtidig gir spesialist- og forskerutdanning, samt masterutdanning som kvalifiserer for videre forskerutdanning (doktorgrad).

Oslo universitetssykehus skal ivareta utdanning for alle relevante spesialiteter og i tillegg tilby gode praksisplasser.

Oslo universitetssykehus må sørge for at det finnes gode og velfungerende rotasjonsordninger for leger i spesialistutdanning mellom ulike lokalisasjoner, avdelinger, klinikker og nivåer, og mellom Oslo universitetssykehus og andre sykehus/primærhelsetjenesten.

Det må etableres systemer som legger til rette for at den enkelte medarbeider skal kunne ivareta eget ansvar for oppdatert klinisk kompetanse.

b. Studenter

Oslo universitetssykehus skal ivareta utdanning av studenter fra universiteter og høyskoler på en god måte gjennom samarbeidsavtaler med de ulike institusjonene, og legge til rette for gode systemer for mottak og oppfølging av studentene.

c. Organisering og ledelse

Utdanningsaktiviteten må organiseres og tilrettelegges på en slik måte at det enkelte fagområde gis mulighet til å gi et faglig forsvarlig tilbud til pasienter, pårørende og studenter.

Utdanning skal være et fast tema på klinikkens tertialmøter med administrerende direktør og i klinikkens ledermøter. Sykehusets klinikker og avdelinger skal ha egne planer/mål for utdanning som det rapporteres ut i fra. Delegering av ansvar for utdanningsoppgaver må tydeliggjøres i klinikkene.

Klinikkens ledelse skal sørge for at egne ansatte blir ivaretatt og fulgt opp gjennom utdanningsplaner og eventuelt interne etterutdanningsprogrammer som for eksempel klinisk stige. Utdanning som er obligatorisk innenfor klinikker/avdelinger/seksjoner skal tydelig fremkomme i aktuelle tjenesteplaner/turnuser.

Oslo universitetssykehus skal ha et utdanningsutvalg som skal være et rådgivende organ i strategiske utdannings spørsmål, og som gir råd til administrerende direktør, til Universitetet i Oslo og til samarbeidende høyskoler.

d. Finansiering og ressursbruk

Oslo universitetssykehus har som mål å synliggjøre ressurser brukt til utdanning. Ressursene må stå i forhold til de målene sykehuset har når det gjelder omfang og kvalitet på utdanningsaktivitetene.

e. Dokumentasjon av utdanningsaktivitet og -kvalitet

Oslo universitetssykehus skal måles på utdanning, og utdanningsaktiviteten skal rapporteres regelmessig. Det skal identifiseres, utvikles og implementeres indikatorer for måling av utdanningsaktivitet og utdanningens kvalitet.

f. Veilederkompetanse

Oslo universitetssykehus må i samarbeid med høyskoler og universitet sikre at utdanning følger gode pedagogiske prinsipper. Det må sørges for systematisk utvikling av veilederkompetanse og -modeller og øke antallet ansatte med denne kompetansen innenfor alle yrkesgrupper hvor dette er relevant.

g. Kombinerte stillinger

Oslo universitetssykehus skal arbeide for flere delte/kombinerte stillinger mellom sykehuset og utdanningsinstitusjonene.

h. Nye læringsarenaer

Oslo universitetssykehus skal invitere til nye læringsarenaer som simulering, e-læring, telekommunikasjon, poliklinikker, studenttette poster, dagposter, tverrfaglige læringsarenaer.

i. Samhandling

Oslo universitetssykehus skal bistå samarbeidende sykehus og Oslo kommune med ulike former for kompetansedeling og praksisopplæring for å sikre god samhandling i helhetlige pasientforløp.

j. Evaluering av utdanning

Oslo universitetssykehus vil i samarbeid med høyskoler og universitet styrke og videreutvikle gode evalueringssystemer for utdanning gjennom undervisning og systematisk oppfølging av studentevalueringer.

Kvaliteten på videreutdanning av leger skal vurderes gjennom systematisk oppfølging av de medisinske spesialitetskomiteenes tilbakemeldinger på alle relevante nivåer, samt ved å prøve ut bruk av internasjonale paneler.

k. Areal og ressurser

Oslo universitetssykehus skal sørge for definerte arealer til utdanningsformål, inkludert egnede kliniske undervisningsrom der pasienter behandles.

l. Internasjonalt samarbeid

Oslo universitetssykehus skal legge til rette for internasjonalt samarbeid som omfatter ansatte og studenter, og være en attraktiv og interessant samarbeidspartner for utenlandske utdanningsinstitusjoner.

ⁱ Forskrift om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten, FOR-2010-12-17-1706

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte:	3. mai 2012
Saksbehandler:	Leder Direktørens kontor
Vedlegg:	Protokoll styremøte HSØ 19.4.2012 Referat brukerutvalgets møte 23.3.2012

SAK 36/2012 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER

Følgende legges frem til orientering:

1. Rikets tilstand
2. Drift
Ferieplanlegging 2012
3. Forskning
Synliggjøring av fremragende forskning – oppfølging av forskningsstrategi og handlingsplan for forskning
4. Pasientsikkerhet
Håndhygiene 2012 – implementering av vedtak i foretaksmøtet
5. Samhandling og internasjonalt samarbeid
"Improving gastroenterology and gastrosurgery in Archangels" (prosjekt B1013)
Etablering av Tro og livssynstilbud til pasienter og pårørende på sykehus
6. Tilsyn
Varsel om pålegg fra Arbeidstilsynet som gjelder brudd på arbeidstidsbestemmelsene
IKT hendelse torsdag 22. mars 2012
7. Revisjon
Riksrevisjonens pågående undersøkelse av omstillingen i Helse Sør-Øst RHF - hovedstadsprosessen
8. Rettstvister – status per d.d.
9. Mediebildet mars og april 2012
10. Oppdrag og bestilling OUS HF 2012 hvor styrets ansvar er særskilt nevnt
11. Referater
Utkast til møteprotokoll fra Helse Sør-Øst RHF styremøte 19. april
Utkast til referat fra brukerutvalgets møte 26. mars (utrykt vedlegg)

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, 26. april 2012

Bjørn Erikstein

1. Rikets tilstand

Først og fremst vil jeg benytte anledningen til å ønske velkommen til våre nye styremedlemmer fra 1. april; Raymond Robertsen, Tone Skogen, Ane Willumsen og Anne Carine Tanum.

Det jobbes med stort pasientsikkerhetsrettet fokus ved Oslo universitetssykehus. Onsdag 25. april var Helseminister Anne-Grethe Strøm-Erichsen på Rikshospitalet for å markere den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen og i starten av mai gjennomfører Oslo universitetssykehus en undersøkelse blant ansatte om pasientsikkerhetskultur, som et ledd i den nasjonale kampanjen. Hensikten er å kunne vite mer om hvordan ansatte opplever at pasientenes sikkerhet ivaretas og gi sykehusets ledere et bedre bilde av pasientsikkerhet i avdelingene. Undersøkelsen gjøres i alle landets sykehus.

I tillegg var Statsråden på Oslo universitetssykehus torsdag 19. april for å presentere arbeidet med kjernejournal i media, og i den forbindelse inviterte hun NRK Dagsrevyen med seg til akuttmottaket på Ullevål sykehus for å gjennomføre intervjuer med fagpersoner og demonstrere arbeidsprosedyrer i dag.

Sykehusets andre Vardesenter – Pusterommet ble markert åpnet torsdag 26. april hvor bla statssekretær Robin Kåss deltok. Dette er plassert på Kreftsenteret på Ullevål og sentrale bidragsytere er Kreftforeningen og stiftelsen Aktiv mot Kreft.

Vardesenteret har som formål å være arena og møteplass for kreftrammede, pårørende og helsefaglig personell med aktiviteter som fremmer livskvalitet, velvære og mestring.

Pusterommet er et lavterskel trenings- og aktivitetssenter i trivelige omgivelser som gir et etterlengtet avbrekk fra en tung hverdag. Her får kreftpasienter kyndig veiledning til å komme i gang med fysisk aktivitet, flere tilbud om individuell trening og trening i grupper og ikke minst et kjærkomment pusterom fra hverdagen på sykehus/som syk.

Avslutningsvis kan det informeres om at styret i Helse Sør-Øst RHF har planlagt besøk ved Oslo universitetssykehus onsdag 2. mai for å møte ledelsen og tillitsvalgte. Det er lagt opp til et 3-timers program som gir rom for dialog og en liten omvisning på Ullevål sykehus. Det legges opp til et muntlig referat fra besøket i styremøte.

2. Drift

• Ferieplanlegging 2012

Oslo universitetssykehus har i flere år hatt en klinikkovergripende feriekoordineringsgruppe. Gruppen startet planlegging av sommerferien 2012 allerede i november 2011.

En første oppgave ifm feriekoordineringen er innhenting av planer for pasientaktivitet, stengninger, sammenslåinger og driftsendinger fra alle avdelinger og klinikker. Koordinering av de ulike planer og tidlig informasjon gjør at berørte støtteenheter innenfor radiologi, laboratorier, operasjonsstuer m.fl. får tatt hensyn til endringene i sine drifts- og ferieplaner. I 2012 har det vært et spesielt fokus på endringen i pasientstrømmen fra 1. juli som følge av innflytting av aktivitet fra Aker til Ullevål. Flyttingen påvirker drifts- og ferieplaner i flere enheter både ved Ullevål og Aker. Det planlegges i tillegg et særskilt opplegg for å sikre tilstrekkelig intensiv- og postoperativ kapasitet i perioden for oppgradering av Intensiv 3 ved Ullevål.

Koordineringsgruppen arbeider også med utforming og distribusjon av nødvendige retningslinjer og føringer til alle klinikker. I januar og februar ble det i tillegg holdt klinikkvise

informasjonsmøter med ledergruppene. I møtene ble resultater og evalueringer fra 2011 diskutert og forbedringsmuligheter påpekt.

På bakgrunn av tidligere erfaringer har det i 2012 vært fokusert på samlet oppstart og gjennomgående planlegging av ferien for legegruppen. Avdelingenes forutsetninger og løsningsmuligheter vil naturlig variere mht om pasientene kommer som følge av akutte innleggelse eller elektivt, muligheten for ferievikarer, mulighet for samarbeid om vaktteam, høyspesialisert kompetanse mm. For å sikre tilstrekkelig fremdrift i planarbeidet, har det vært ekstraordinær oppfølging av hver avdeling/seksjon som har leger tilsatt. Hovedinntrykket er at det gjøres et bedre forarbeid mht ferieplanlegging for leger i spesialisering enn tidligere år. Flere avdelinger har også gode og strukturerte planleggingsprosesser for overlegegruppen.

Ferieplanleggingen følges opp videre gjennom koordineringsgruppen som rapporterer til sykehusledelsen.

3. Forskning

- **Synliggjøring av fremragende forskning – oppfølging av forskningsstrategi og handlingsplan for forskning**

Som en del av oppfølgingen av den styrevedtatte Forskningsstrategi 2011-2015 samt Handlingsplan forskning 2011-2012, settes det i verk flere tiltak for bedre synliggjøring av forskningsresultater. Et viktig tiltak er etablering av belønningsordninger for fremragende forskningsartikler. Oslo universitetssykehus har hvert halvår i 2011 gitt seks forskningsgrupper påskjønnelse for fremragende forskningsartikler, som har oppnådd stor internasjonal gjennomslagskraft eller utmerket seg spesielt på andre måter.

Artiklene som belønnes er forhåndsnominert av forskningsutvalgene i klinikkene, før vinnere endelig vurderes og kåres av en ekstern komité med medlemmer fra Universitetet i Oslo, Universitetet i Bergen/Helse Bergen og NTNU. Forskningsgruppene har mottatt 50 000 kroner hver til fri bruk i sin forskning samt et diplom fra administrerende direktør og forskningsdirektør, i tillegg til at artiklene og selve pristildelingen har blitt særlig profilert på internett og intranett. Oppslaget på intranett for tildelingen 2. halvår 2011 var det mest besøkte nyheten den aktuelle uken.

Tildelingen ble gjort i store auditorium på Rikshospitalet den 13. april i åpent stabsmøte for alle ansatte. Diplomer ble tildelt fra administrerende direktør, og evalueringskomiteens leder begrunnet tildelingene. Arrangementet har fått svært gode tilbakemeldinger. Se også <http://www.oslo-universitetssykehus.no/aktuelt/nyheter/Sider/priser-for-fremragende-forskningsartikler-tildelt-for-2-halvar-2011.aspx>

Det arbeides videre med å utvide belønnings- og stimuleringsordninger for forskning. Det legges stor vekt på habilitet i tildelingsprosessene. Det administrative arbeidet med slike ordninger må også være håndterlig, gitt at det pr i dag er snakk om svært begrensede midler.

4. Pasientsikkerhet

- **Håndhygiene 2012 – implementering av vedtak i foretaksmøtet 28. mars 2012**

Håndhygiene er et viktig element ved forebygging av sykehusinfeksjoner, og smittevernpersonell arbeider kontinuerlig med informasjon, opplæring og implementering av god håndhygiene, med støtte fra ledelse og helsemyndigheter. Likevel er det betydelig

rom for forbedring av håndhygienen. Med jevne mellomrom blir det derfor gjennomført kampanjer, der det legges vekt på kunnskap og kompetanse, metoder, holdninger og adferd, implementering og praktisk tilrettelegging.

Ved Oslo universitetssykehus har vi drevet aktiv forskning på disse feltene i en årrekke, og i 2011 ble det publisert en doktorgrad som viste at bruk av ringer og armbåndsur blant helsepersonell medførte en signifikant økt forekomst av potensielt patogene bakterier på hendene. Dette omfattet også glatte giftringer, og avhandlingen ga et godt faglig grunnlag for at alle former for ringer og armbåndsur/armbånd må fjernes ved klinisk arbeid.

I foretaksmøtet for Oslo universitetssykehus 28. mars 2012 ble det fattet følgende vedtak, med bakgrunn i Helse Sør-Øst sin styresak 14-2012 behandlet i styremøte 15. mars 2012:

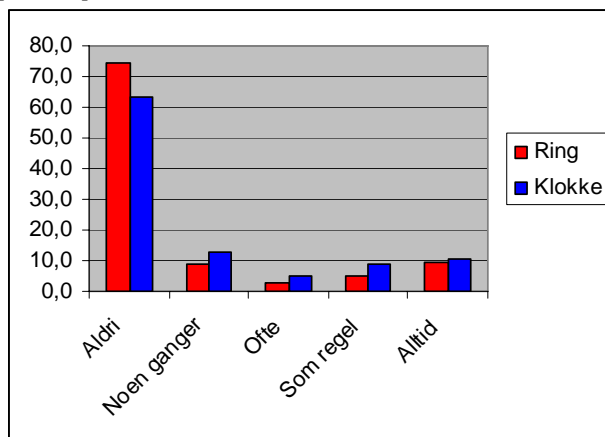
1. *Foretaksmøtet forutsetter at det i helseforetakets rutiner for pasientbehandling er innarbeidet at det ikke brukes smykker (ringer, armbåndsur, armbånd eller øredobber) av personell som er involvert i pasientbehandlingen.*
2. *Foretaksmøtet forutsetter at nødvendige endringer av rutiner og praksis i helseforetaket følges opp ledelsesmessig, for å sikre en enhetlig gjennomføring.*
3. *Foretaksmøtet forutsetter at vedtaket iverksettes i helseforetaket innen 5. mai 2012.*

I styremøte i Helse Sør-Øst RHF torsdag 19. april ble øredobber fjernet fra vedtaket i styresak 14-2012, kfr protokoll fra styrebehandlingen. Oslo universitetssykehus vil hensynta dette.

Ved Oslo universitetssykehus vil følgende gjennomføres for å iverksette vedtaket:

1. Klinikkene informeres om vedtaket og det underliggende faglige grunnlaget i utsending fra ledelsen i uke 17.
2. Markeringen av 5. mai gjennomføres hvor følgende er forberedt/planlagt:
 - a. Felles prosedyrer for profesjonell håndhygiene er utarbeidet og oppdatert på grunnlag av retningslinjer fra WHO.
 - b. Intern informasjon til alle ansatte vil bli gitt via Virksomhetsportalen i perioden 30/4 -4/5
 - c. Kartlegging av bruk av ringer og armbåndsur vil bli utført av Avdeling for smittevern ved direkte observasjon på avdelingene. I tillegg har avdelingen gjennomført en elektronisk spørreundersøkelse blant alle ansatte primo april 2012 der det blant annet ble spurt om bruk av ringer og armbånd. Det kom inn mer enn 5000 svar. Resultatene er vist i figuren under og vil bli presentert på intranett i uke 18, før observasjonene blir gjennomført.
 - d. Det er produsert ca 5.000 lomme flasker med sprit til hånddesinfeksjon med egen logo for utdeling til personalet.
 - e. Avdeling for smittevern vil være til stede ved de viktigste personalinngangene 3. -4. mai for utdeling av informasjonsmateriell og håndsprit.
3. Avdeling for smittevern vil følge opp vedtaket i foretaksmøte vis-a-vis klinikkene utover året med tilbud om undervisning. Observasjon av ringer og armbåndsur vil bli gjentatt og resultatene presentert på intranett.

Resultater av spørreundersøkelse om bruk av ringer og armbåndsur blant ansatte ved Oslo universitetssykehus primo april 2012.



5. Samhandling og internasjonalt samarbeid

• "Improving gastroenterology and gastrosurgery in Archangels" (prosjekt B1013)

I forbindelse med samarbeidsprosjektet Oslo Universitetssykehus har med No 1 Bysykehus i Arkhangelsk, Russland vil det i tiden 15. til 20. april hospitere to kirurger, en røntgenlege, en anesteolog og en endoskopør fra No 1 Bysykehus i Arkhangelsk, Russland. Samarbeidsprosjektet er støttet av Barents helse, som har vært i aktivitet siden 2007, og som er bygget på gjensidige besøk der klinikere arbeider sammen henholdsvis i Oslo og Tromsø på den ene siden og i Arkhangelsk på den andre. Det nære samarbeidet mellom klinikere fra de to land over tid, har allerede ført til vesentlige endringer i undersøkelse og behandling av lever- og pankreas sykdommer for befolkningen i Arkhangelsk region. Det har også resultert i flere presentasjoner på internasjonale faglige kongresser.

Programmet for deres opphold nå er å arbeide sammen med kolleger på Oslo universitetssykehus, for å kunne etablere undersøkelse og behandling av pasienter i Arkhangelsk region med kreft i galle og pancreas. Disse pasientene har for tiden ikke noe behandlingstilbud på tross av at NO 1 Bysykehus har det medisintekniske utstyret som kreves. I de dagene de er her har hver av legene sin spesielle samarbeidspartner, slik at de kan konsentrere seg om praktisk klinisk arbeid.

Dette samarbeidet bygger på samme modell som hjertekirurgi-samarbeidet. Det samarbeidet har ført til at No 1 Bysykehus i Arkhangelsk har overlevelse for hjertepasienter på linje med Universitetssykehusene i Norge og nyter nå anerkjennelse i Russland for dette.

• Etablering av Tro og livssynstilbud til pasienter og pårørende på sykehus

Religiøs eller livssynsmessig betjening på norske sykehus er i dag først og fremst tilrettelagt for medlemmer i Den norske kirke gjennom sykehuspresteordningen (pastoral-klinisk tjeneste). Selv om sykehusprestene i utgangspunktet kan tjene alle, vil noen oppleve det problematisk å få tros- eller livssynsbetjening av en som ikke representerer *deres* livssyn eller tro. For å ivareta grunnleggende menneskerettigheter og pasientrettigheter knyttet til tros- og livssynsutøvelse, har OUS, i samarbeid med Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn (STL) etablert et pilotprosjekt om tros- og livssynsbetjening for alle pasienter og pårørende. Ressursteamet består av 24 personer fra totalt 12 tros- og livssynssamfunn. Som en del av pilotprosjektet, deltok disse høsten 2011 på en skreddersydd videreutdanning på Teologisk fakultet ved

Universitetet i Oslo. Etter nyttår har samtalepartnere og støttepersoner vært tilgjengelige for pasienter og pårørende som ønsker å snakke med en fra eget tros- eller livssynssamfunn.

Tilbudet gjøres kjent på sykehuset gjennom foredrag og avdelingsbesøk. I tillegg er det utarbeidet en informasjonsbrosjyre som distribueres til aktuelle avdelinger/enheter. Informasjonsbrosjyren vil bli oversatt til utvalgte språk.

Pasienter som ønsker kontakt med en samtalepartner, henvender seg til adelingen, som tar kontakt med prosjektkoordinator tilknyttet *Seksjon for likeverdig helsetjeneste*. Koordinator kontakter deretter egnet ressursperson i samtaleteamet, ihht religion/livssyn og evt. språk.

Tilbudet er gratis for pasienter og pårørende, og dekkes i pilotperioden av eksterne prosjektmidler. Brosjyrene kan lastes ned fra sykehusets hjemmeside:

www.oslo-universitetssykehus.no/samtalepartnere

6. Tilsyn

- **Varsel om pålegg fra Arbeidstilsynet som gjelder brudd på arbeidstidsbestemmelsene**
Arbeidstilsynet anmodet i brev av 29. november 2011 om følgende opplysninger:
".. oversikt over arbeidstiden i perioden 8. august til 27. november 2011 (16 uker) for hver klinikk, de ti sykepleierne, de ti legene og de ti ansatte fra de andre yrkesgruppene, som har arbeidet mest overtid ved OUS. Oversikten må også kunne fange opp om en arbeidstaker har arbeidet på tvers av avdelinger eller klinikker. "

Klinikkene fikk i oppdrag å redegjøre for arbeidstiden for de gjeldende ansatte i henhold til Arbeidstilsynets anmodning. De klinikkvise oversikter inneholdt opplysninger om arbeidstakernes timer per dag og per uke for avtalt arbeidstid, merarbeid, overtid, totalt arbeidede timer, hviletid, samt totalt antall timer for de 16 ukene.

Arbeidstilsynets vurdering

Arbeidstilsynets gjennomgang av datagrunnlaget fra hver klinikk avslører brudd på arbeidstidsbestemmelsene i hver klinikk. Arbeidstilsynet vurderer at i enkelte klinikker er bruddene omfattende og systematiske og konkluderer med at *".. arbeidsgiver skal iversette tiltak for å sikre at arbeidstidsbestemmelsene blir fulgt. Tiltakene må blant annet sikre at arbeidsgiver har oversikt over arbeidstiden for den enkelte arbeidstaker i helseforetaket. Det foreligger brudd på arbeidsmiljøloven. "*

Det er funnet brudd på arbeidsmiljølovens bestemmelser om:

- alminnelig daglig arbeidstid
- samlet daglig arbeidstid
- daglig arbeidsfri periode mellom to hovedarbeidsperioder
- kompenserende hvile
- overtidarbeid på inntil 15 timer i løpet av syv dager
- "Åtte ukers regelen", regelen om at hverken alminnelig eller samlet ukentlig arbeidstid kan overstige 48 timer i løpet av syv dager. Grensen på 48 timer kan gjennomsnittsberegnes over en periode på åtte uker.

Arbeidstilsynet varsler i brev av 27. mars 2012 pålegg om følgende forhold:

Iverksetting av tiltak for å sikre at arbeidstidsbestemmelsene blir fulgt, og ha tiltak som sikrer

oversikt som viser hvor mye den enkelte arbeidstaker har arbeidet i helseforetaket, med frist innen 15. juni 2012.

I tillegg har Arbeidstilsynet bedt om ytterligere rapportering om arbeidstid ved Medisinsk klinikk og Akuttklinikken for en periode på åtte uker i juni og juli 2012, med frist innen 3. august 2012.

Vår vurdering

Pålegget viser flere alvorlige forhold og det skal foretas en gjennomgang og vurdering av Arbeidstilsynets funn ved klinikkene, i samarbeid med den enkelte klinikk.

Det vil iverksettes tiltak i henhold til arbeidstilsynets pålegg. Det vurderes at foretaket allerede har rutiner og tiltak på flere områder Arbeidstilsynet ber om. Behov for opplæringstiltak vil derfor kartlegges og eventuelt gjennomføres for å sikre kunnskap og innsikt om arbeidstidsbestemmelsene og forhold knyttet til ressursplanlegging hos relevante ledere. Det vil også vurderes kontrolltiltak ut over den oppfølgingen og rapporteringen av brudd på arbeidstidsbestemmelsene som foretaket praktiserer i dag.

Arbeidstilsynet har regelmessige møter med Oslo universitetssykehus på mange områder. Vi har bedt om egne møter med Arbeidstilsynet for å sikre grundig gjennomgang av saken om arbeidstidsbestemmelsene. Oslo universitetssykehus har bedt om utvidet frist til september 2012 på grunn av sakens omfang og av kapasitetshensyn.

• **IKT hendelse torsdag 22. mars 2012**

Torsdag 22. mars ca klokken 09.00 oppstod det en alvorlig feil i databasen til foretakets pasientadministrative system (PAS). Feilen medførte at ingen av foretakets ansatte fikk tilgang til pasientadministrative opplysninger. På Ullevål mistet personalet også tilgang til den elektroniske pasientjournalen (EPJ). Feilen rammet ikke Aker som har eget PAS/EPJ. Foretaket gikk umiddelbart over på nødrutiner på de lokalisasjoner som var rammet.

På bakgrunn av hendelsen ble det etablert grønn beredskap ved Oslo universitetssykehus og Sykehuspartner (SP) etablerte gul beredskap i sin organisasjon.

Feilen i databasemiljøet på Rikshospitalet ble raskt identifisert som kritisk og ekstern hjelp fra databasleverandør og PAS- leverandør ble innhentet. Overgang til stand-by miljøet på Ullevål ble ikke iverksatt umiddelbart da feilen ikke var tilstrekkelig identifisert og det var fare for at man ved overgang til stand-by miljøet kunne fremprovosere samme alvorlige feil i dette miljøet.

Feilen ble identifisert ca 11.30 og løsningsforslag fra leverandører ble testet. Da feilen var identifisert og preventive tiltak var gjort i stand-by miljøet ble det klokken 13.50 besluttet å flytte produksjonen til stand-by miljøet på Ullevål.

Klokken 14.32 var stand-by produksjonsmiljø i drift og tilganger til PAS og EPJ reetablert for foretakets ansatte. Klokken 17.25 var alle kjente feil løst og ”køene” av laboratorie- og radiologisvar var tømt.

I ettertid har det vært opprydding av enkelte svar som ble feilsendt i begynnelsen av feilsituasjonen. I tillegg er miljøet på Rikshospitalet reetablert og fungerer nå som stand-by miljø.

For å sikre forsvarlig pasientbehandling ble det i samråd med omkringliggende sykehus besluttet å snu enkelte pasientstrømmer samme dag som hendelsen oppstod. Den siste pasientstrømmen ble snudd tilbake fredag 23. mars klokken 08.00.

Fylkesmannen i Oslo og Akerhus har opprettet en tilsynssak på bakgrunn av hendelsen. Oslo universitetssykehus HF er gitt svarfrist 15. mai.

7. Revisjon

• Riksrevisjonens pågående undersøkelse av omstillingen i Helse Sør-Øst RHF - hovedstadsprosessen

I forbindelse med Riksrevisjonens selskapskontroll for 2011 gjennomfører Riksrevisjonen en undersøkelse av planleggingen av omstillingene i Hovedstadsområdet.

Undersøkelsen vil blant annet omfatte hvorvidt planleggingen av sentrale deler av omstillingen i Oslo universitetssykehus er basert på nødvendige risikoanalyser og realistiske rammer. I den forbindelse ser Riksrevisjonen på planleggingen som er gjennomført på de tre nivåene i styringskjeden; Helse- og omsorgsdepartementet, Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF. Oppdraget tar utgangspunkt i omstillingsoppdraget som ble vedtatt på foretaksmøtet i Oslo universitetssykehus 5.januar 2009 (sak 4) og behandlet i styremøte 29.januar 2009 (sak 18/2009).

Riksrevisjonen vil se nærmere på følgende deloppdrag i Oslo universitetssykehus:

- Endringer i funksjons- og oppgavefordeling mellom sykehus og behandlingssted (somatikk)
- Overføring av ansvaret for pasienter til Ahus og forutsatt nedbemanning i Oslo universitetssykehus.

Datainnsamling foregår fram til mai 2012. Dette innebærer dokumentasjonsinnhenting og intervjuer. Styret vil bli orientert om resultater av undersøkelsen når disse foreligger.

8. RETTSTVISTER

Styret er tidligere informert om mottatt stevning fra ass.lege i midlertidig utdanningsstilling med krav om fast stilling. Spørsmålet er om leger i spesialisering lovlig kan ansettes midlertidig i henhold til lovens krav om unntak for praksisarbeid. Foretaket samarbeider med Spekter i saken på grunn av sakens prinsipielle karakter. Helseministeren har uttalt at flest mulig skal ansettes fast. Dette utfordrer dagens utdanningsmodell i foretakene. Arbeidslivets parter arbeider med dette spørsmålet. Dom er avsagt av Oslo tingrett og foretaket fikk medhold. Avgjørelsen er viktig for foretaket som utdanningsinstitusjon og stadfester utdanningssystemet for LIS. Saksøker har anket saken til lagmannsretten. Saken er berammet til 18-19. oktober.

Styret er tidligere informert om tvistesak med tidligere ansatt om forståelse av arbeidskontrakt nå det gjelder lønnskrav. Dom falt 31/10 og gav sykehuset medhold på to punkter og saksøker medhold på ett punkt. Saksøker dvs. den tidligere ansatte, har anket deler av dommen til lagmannsretten. Saken er berammet i 2013. Det har vært gjennomført rettsmekling i lagmannsretten 8. mars uten at løsning ble oppnådd. Saken går videre til ordinær lagmannsrettbehandling.

Sykehuset er stevnet av ansatt som krever erstatning for ikke økonomisk tap (oppreisning) for suspensjon og påstand om trakassering. Saken har sitt utspring i episode som skjedde på et arrangement i arbeidstakerens fritid og sykehusets håndtering av konsekvensene av det som det som skjedde som arbeidsgiver. Saken har fått sin løsning i rettsmekling.

Sykehuset er stevnet av ansatt. Saken gjelder ugyldig oppsigelse, herunder krav om erstatning. Det underliggende er at den ansatte har hatt permisjon og frivillig tiltrer annen stilling med andre lønnsbetingelser. Saken har fått sin løsning i rettsmekling.

Sykehuset har nylig mottatt stevning av to ansatte. Saken gjelder advarsler som tidligere er gitt for opptreden i tjenesten og som ved stevning anføres er urettmessige og i realiteten framstår som gjengjeldelse av varsling. Det kreves også erstatning.

I tillegg foreligger det to kollektive arbeidsrettssaker som skal gå for Arbeidsretten:

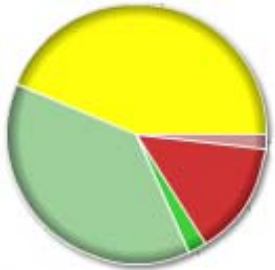

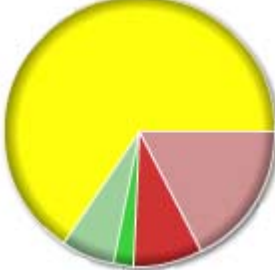

Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS) og Delta – en arbeidstakerorganisasjon i YS har saksøkt foretaket og Spekter. Saken gjelder om lønnsjustering til uorganiserte arbeidstakere ved Oslo universitetssykehus er tariffstridig. Grunnlag: forståelse av overenskomsten mellom Spekter og YS-Spekter ved lønnsjustering av de uorganiserte etter tariffoppgjøret 2010. Saken føres av Spekter på vegne av foretaket. Saken er berammet i september.

Tekna – Teknisk-naturvitenskapelig forening har saksøkt foretaket og Spekter. Saken gjelder brudd på bestemmelsene om arbeidstid i overenskomst del B mellom Tekna og Oslo universitetssykehus. Den lokale overenskomsten inneholder bestemmelser om arbeidstid og når en kan fravike ordinær arbeidstid. Det er uenighet i forståelse av dette ved planlagt pasientbehandling ut over kl. 17.00 på hverdager. Spekter fører saken på vegne av foretaket. Saken er berammet i september.

9. Mediebildet mars og april 2012

Antall mediasaker om Oslo universitetssykehus økte kraftig i mars. Mediebildet ble også vektet langt mer negativt i mars måned. I første halvdel av april presenterte mediene færre negative saker om Oslo universitetssykehus enn de har gjort de siste 15 måneder.

Rødt viser andel svært negative/svakt negative saker, grønt viser andel svært positive/svakt positive saker, mens gult viser andel saker som er vektet nøytralt.

Periode	Antall saker	Vekting	Vekting prosent	Kommentar
1. – 19. april	600		Positiv: 40 Negativ: 16 Nøytral: 44	Stor andel svakt positive saker er ekspertuttalelse om effekter av kokainbruk og om at mange kan bli immune mot antibiotika. Ellers ble saken om at "Sjefsleger sier opp i protest", presentert nærmere 100 ganger i ulike lokale medier i påsken.
Mars 2012	2184		Positiv: 11 Nøytral: 32 Negativ: 57	Stor andel negative saker skyldes saken om ventelister og saken om ansettelse av tre filippinske sykepleiere.
Februar 2012	1294		Positiv: 9 Nøytral: 66 Negativ: 25	Stor andel nøytrale saker om at Anders Bering Breivik muligens ikke skal til Dikemark.
Januar 2012	1450		Positiv: 25 Nøytral: 47 Negativ: 28	Positive saker om raskere hjertehjelp, redusert ventetid for pasienter med prostatakreft og at flere sier ja organdonasjon. Negative saker om et titalls ulike temaer.

Fra og med april vektes noen saker som tidligere var vektet som nøytrale (gult) som svakt positive (lysegrønt). Antall negative saker påvirkes ikke av endring i metode for vekting. De er sammenlignbare. Vi vekter nå saker der medarbeidere har en ekspertkommentatorrolle i saken, svakt positiv i stedet for nøytralt, fordi:

** en tilbakemelding fra Intermediums eksperter på vekting (de vekter blant annet for A-hus), som mener av vi har vært i overkant selvkritiske når det gjelder vektig av ekspertsaker.*

**at ekspertsakene viser at journalistene naturlig velger Oslo universitetssykehus for å få medisinskfaglige uttalelser, at våre eksperter viser samfunnsansvar ved å bruke tiden sin på å opplyse allmennheten, at våre eksperter ikke bare er interessert i å behandle, men også å forebygge, at vi har spesialkompetanse på å behandle de alvorligste skadene. Denne type saker i mediene virker positivt inn på folks tillit til sykehuset, og blir derfor vektet svakt positivt.*

10. Oppdrag og bestilling OUS HF 2012 hvor styrets ansvar er særskilt nevnt

Styret har tatt Oppdrag og bestilling 2012 til etterretning. Administrasjonen arbeider i henhold til oppdrag og bestilling. Alle oppgaver i oppdrag og bestilling er fordelt i organisasjonen og følges opp i foretakets systematiske ordning for oppfølging og rapportering. Styret ba i møte 29. mars 2012 om å få en oversikt over oppgaver som var lagt spesifikt til styret. De gjengis nedenfor.

Oppdrag	Oppfølging
INNSYN OG KONSERNREVISJON side 5	
Oslo universitetssykehus HF skal styrebehandle alle rapporter som mottas fra konsernrevisjonen som beslutningssaker og etablere handlingsplaner som angir tiltak, ansvar og frister. Handlingsplanene skal også behandles som beslutningssaker og fremdrift og virkning av tiltakene skal følges opp av styret.	Følges opp fortløpende
OVERORDNEDE STYRINGSBUDSKAP side 7	
Styret må være bevisst sitt ansvar for å sikre kvalitativt gode spesialisthelsetjenester, bærekraftig utvikling, godt omdømme og oppslutning om offentlige helsetjenester. Styret har ansvar for at en bredt anlagt forståelse av samfunnsansvar blir ivaretatt. Styret har ansvar for at tiltak for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet følges opp.	Følges opp i faste rapporteringssaker, herunder ledelsens gjennomgang
INTERN KONTROLL OG RISIKOSTYRING side 8	
Minimum én gang per år skal styret ha en samlet gjennomgang av tilstanden i helseforetaket med hensyn til risikovurdering, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik.	Samlet gjennomgang tertialvis i ledelsens gjennomgang
NYE LOVER OG FORSKRIFTER side 11	
Helse og omsorgstjenestelov og folkehelseloven. Det forutsettes at helseforetaket er kjent med innholdet i lovene og forskriftene og påser at det gis nødvendig informasjon og opplæring til styret, administrasjon, brukerutvalg og ansatte om nye helselover og -forskrifter.	Aktuelt regelverk er og vil bli orientert om. Samhandlingsreformen tema i flere saker.
TILGJENGELIGHET, BRUKERVENNLIGHET OG BRUKERMEDVIRKNING side 14	
Alle helseforetak skal ha styrebehandlet mål og strategier for brukermedvirkning.	Arbeid iverksatt. Styresak 2. halvår
IKT side 26	
Helseforetakene skal bidra til utvikling og innføring av IKT-tjenester i samsvar med Langtidsplan IKT herunder bidra til standardisering og samhandling i tråd med nasjonale og regionale føringer. Oslo universitetssykehus HF skal med utgangspunkt i Langtidsplan IKT innen 1.9.2012 videreutvikle og styrebehandle egen områdeplan for IKT iht. regionale koordinerte føringer for dette arbeidet.	Styresaker i møtene 3.5.2012 og 20.6.2012
RAPPORTERING I ÅRLIG MELDING side 42	
I helseforetakenes vedtekter er det lagt til grunn at helseforetakene i Helse Sør-Øst skal levere årlig melding til Helse Sør-Øst RHF. I årlig melding skal det rapporteres på oppfølging av oppgaver i oppdrag og bestilling for 2012. Meldingen til Helse Sør-Øst RHF skal være godkjent av styret for helseforetaket. Frist for innsendelse av styrets årlige melding for 2012 er 1. mars 2013	Årlig melding utarbeides og legges frem for styret i henhold til frister fra HSØ.

Møteprotokoll

Styre: Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Helse Sør-Øst RHF, Hamar
Dato: Styremøte 19. april 2012
Tidspunkt: KI 0915 – 1530

Følgende medlemmer møtte:

Per Anders Oksum	styreleder	
Ansgar Gabrielsen	nestleder	
Turid Birkeland		Forfall
Kirsten Brubakk		Forfall Vara Anna E. Uran
Trine Dønhaug		Forfall
Terje Bjørn Keyn		
Andreas Kjær		
Irene Kronkvist		
Bernadette Kumar		
Anita Ihle Steen		
Dag Stenersen		
Lizzie Irene Ruud Thorkildsen		
Svein Øverland		
Signe Øye		

Fra brukerutvalget møtte:

Geir Bornkessel
Tove Larsen

Følgende fra administrasjonen deltok:

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

Konstituering:

Innkalling og sakliste ble godkjent. Administrerende direktør opplyste at det ville bli gitt noen tilleggsorienteringer under administrerende direktørs orienteringer.

Saker som ble behandlet:

023-2012	GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 15. MARS 2012
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Protokoll fra styremøtet 15. mars 2012 ble godkjent med endring i sak 14-2012, vedtakspunkt 1, linje 4 hvor ordet "øredobber" i parentesen skal strykes.

024-2012	OPPDATERING OG VIDEREUTVIKLING AV INNETEKSTMODELLEN FOR HELSE SØR-ØST
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Målet med utvikling av en kriteriebasert inntektsmodell for Helse Sør-Øst er å fordele inntekter til sykehusområdene slik at de kan levere gode og likeverdige helsetjenester som er tilpasset befolkningens ulike behov og sykehusområdenes forskjellige kostnadmessige forutsetninger.
2. Styret presiserer at fordeling av inntekter ved bruk av kriteriebasert modell må ses i sammenheng med andre økonomiske virkemidler. De særlige utfordringer implementering av inntektsmodellen kan få for enkelte sykehusområder, håndteres i forbindelse med økonomisk langtidsplan og de årlige budsjetter.
3. Styret slutter seg til de anbefalte forslag til justeringer og tillegg til inntektsmodellen i Helse Sør-Øst, slik det framgår av denne saken. Dette innebærer følgende:
 - *Abonnementsprisen for spesialiserte tjenester endres.*
 - *Det etableres et nytt abonnement for polikliniske tjenester innen somatikk ved Oslo sykehusområde for øvrige sykehusområder.*
 - *Poliklinisk strålebehandling gis en sats på 100 % av ISF i gjestepasientoppgjøret.*
 - *Kostnadskompensasjonen i modellen for psykisk helsevern knyttet til lange reiseavstander innen sykehusområdene endres.*
 - *I kostnadskomponenten for somatikk synliggjøres finansiering av utdanningsoppgavene for medisinerstudenter og høgskolestudenter.*
4. Innenfor tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, endres tidligere vedtatt implementeringstakt for modellen slik at omfordelingene innføres over i alt 5 år, med 10 % i 2013, og det resterende i årene 2014-2016.
5. Det gjøres en gjennomgang av Sørlandet sykehusområdes bruk av lands- og regionsfunksjoner for å sikre at befolkningens behov er ivarettatt og for å vurdere riktig nivå på abonnement på disse tjenestene.

6. Arbeidet med inntektsmodellen knyttet til prehospitaltjenester sluttføres slik at dette kan vurderes implementert fra 2013. Dette vil bli avklart i forbindelse med behandlingen av budsjett 2013.
7. Det vil fortsatt være behov for å videreutvikle og oppdatere enkelte elementer i inntektsmodellen basert på erfaringer, ny kunnskap og eventuelle endringer i den statlige finansieringen av de regionale helseforetakene. Dette vil være en del av det løpende arbeidet som gjøres i tilknytning til økonomisk langtidsplan og det årlige budsjettarbeidet.

Stemmeforklaring fra styremedlemmene Øverland, Keyn, Ruud Thorkildsen, Kronkvist og Uran:

Utfordringer med innføring og omstillinger må hensyntas ved innføringstempo og overgangsordninger slik at pasienttilbud og omstilling under trygghet for ansatte ivaretas. Det er viktig at modellen evalueres fortløpende mht å avdekke uønskede effekter

025-2012	ERKLÆRING OM LEDERNES ANSETTELSESVILKÅR
-----------------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret vedtar erklæring om ledernes ansettelsesvilkår som innarbeides i note til årsregnskapet for 2011 som egen sak.

026-2012	ÅRSBERETNING OG REGNSKAP FOR 2011
-----------------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret godkjenner årsberetning og regnskap for 2011.
2. Styret gir styreleder fullmakt til å godkjenne mindre endringer i årsberetningen 2011.

027-2012	AKTIVITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER FEBRUAR 2012
-----------------	---

Konserndirektør Atle Brynestad presenterte de foreløpige tallene per mars 2012.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar aktivitets- og økonomirapport per februar 2012 til etterretning.

028-2012	REGIONAL ANSKAFFELSE AV ØKONOMI- OG LOGISTIKKSYSTEM
----------	---

Styrets

VEDTAK

1. Styret slutter seg til at det gjennomføres en regional anskaffelse av økonomi- og logistikkssystem i Helse Sør-Øst. Det legges til grunn at anskaffelsen håndteres i tråd med prosedyrer og fullmakter vedrørende regionale IKT-anskaffelser for øvrig.
2. Styret presiserer at arbeidsprosesser på økonomi- og logistikkområdet i størst mulig grad skal standardiseres og tilpasses nasjonale standarder på området.
3. Styret viser til tidligere vedtak om at det skal legges til rette for at transaksjonstunge prosesser kan sentraliseres og stordriftsfordeler utnyttes gjennom bruk av felles tjenesteleverandør.

Votering:

Punkt 3 ble vedtatt mot 5 stemmer

Stemmeforklaring fra styremedlemmene Øverland, Keyn, Ruud Thorkildsen, Kronkvist og Uran:

Saken bør rendyrkes som anskaffelsesbeslutning. Pkt 3 i saken er unødvendig og tvetydig og bør strykes. Eventuelle forslag som antydes i pkt 3 må konkret vurderes i en bred prosess med medbestemmelse, konsekvensanalyser og alternativer og fremmes som egen styresak.

029-2012	ÅRSOPPSUMMERING FOR 2011 NASJONAL IKT
----------	---------------------------------------

Styrets enstemmige

VEDTAK

Nasjonale IKTs årsoppsummering for 2011 tas til orientering.

030-2011	MEDARBEIDERUNDERSØKELSEN 2011 – ARBEIDSFORM OG RESULTATER
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar saken om den regionale medarbeiderundersøkelse og rapport for 2011 til orientering.

2. Styret forutsetter at styrene i helseforetakene følger opp medarbeiderundersøkelsen i tråd med regionens prioriterte mål og med særskilt fokus på avdelinger med utfordringer.

031-2011

ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER 2012

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker tas til orientering.

ANDRE ORIENTERINGER

1. Driftsorienteringer fra administrerende direktør med flg tilleggsoorienteringer:
 - Pasientsikkerhetskulturundersøkelse
 - Uautorisert uthenting av helseopplysninger gjennom leverandørs fjerntilgang
2. Uttalelse fra Kongsberg kommunestyre vedr. nedbygging av lokalsykehuset
3. Brev fra Kongsbergregionen vedr. sykehustilbudet
4. Dagkirurgi – dokumentasjon mht. registrering og kodepraksis ved Oslo universitetssykehus HF
5. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Kontroll- og konstitusjonskomiteen vedr. ventelistesaken ved Oslo universitetssykehus HF
6. Protokoll datert 18. april 2012 fra drøftinger mellom Helse Sør-Øst RHF og de konserntillitsvalgte.
7. Brev datert 29.03.2012 fra Helse- og omsorgsdepartementet vedr ansattevalgte i styret for Helse Sør-Øst RHF

TEMASAK

TEMA vedr. rullering av plan for strategisk utvikling

- Teknologi og eHelse v/viseadministrerende direktør Steinar Marthinsen

Møtet hevet kl. 15:30

Hamar, 19. april 2012

Per Anders Oksum
styreleder

Turid Birkeland

Trine Dønhaug

Andreas Kjær

Bernadette Kumar

Dag Stenersen

Svein Øverland

Ansgar Gabrielsen
nestleder

Kirsten Brubakk

Terje Bjørn Keyn

Irene Kronkvist

Anita Ihle Steen

Lizzie Irene Ruud Thorkildsen

Signe Øye

Tore Robertsen
styresekretær

MØTEREFERAT - UTKAST 1

Møtenavn: Brukerutvalget

Dato dok: 27.03.2012

Dato møte: 26.03.2012

Referent: Nina Malme Gulbrandsen

Tilstede: Heine Århus, Arve Nordlie, Dag A. Omholt, John Bjørnøy, Lilli-Ann Stensdal, Veslemøy Ruud, Richard Madsen(kom kl. 13.00 til sak 006), Faridah Shakoor, Kolbjørn Forfang

Frafall: Shoaib Sultan, Jon Storaas, Stine Strømsø, Nina Adolfsen, Grete Müller

Ledelsen: Eva Bjørnsborg (sak 022), Tove Strand (sak 024), Cathrine Lofthus og Bjørn Erikstein (sak 029)

Sakliste (følgende saker ble drøftet / orientert om):

Saknr.	Sakstittel/ -innhold	Ansvar	Frist
020-2012	Godkjenning av referat 20.02.12 Utsettes til neste møte grunnet mange endringer		
021-2012	Årshjul 2012 – Handlingsplan frem mot 2020 Er i ferd med å lage en strategiplan for brukermedvirkning frem mot 2020. Denne er bestilt av HSØ og skal godkjennes av ledelsen. Vil legge den frem for Brukerutvalget på møtet den 21. mai. Inviterer Anders Baalsrud til møtet i september for presentasjon av pasientundersøkelsen.		
022-2012	Ungdomsråd for Oslo universitetssykehus ved Eva Bjørnsborg Ønsker en representant fra Brukerutvalget. Forespørsel er også sendt til klinikkene, SAFO, FFO, Unge funksjonshemmede, Ungdomsutvalget i Kreftforeningen. Frist for innmelding er 15. april. Forslag til mandat er sendt ut, men rådet vil lage sitt eget mandat når rådet er konstituert. Ungdomsrådet vil ligge under stab Samhandling, Seksjon for pasient- og pårørendeopplæring. Valgt: Faridah Shakoor		
023-2012	Høringssak fra HSØ-felles prioriterte innsatsområder To kommentarer kom inn. Nina MG sendte tilbakemelding til HSØ innen fristen.		
024-2012	Minoritetshelse ved Tove Strand Likeverdige helsetjenester. Kulturveiledere vil nå utdannes på høyskolen med studiepoeng. Det jobbes med tolketjenesten. Tros- og livssynsbetjening. Eget kurs gjennom Teologisk fakultet. 20 personer har tatt kurset så langt. Har drevet helseinformasjon og helsedialog på radio på forskjellige språk. Er i ferd med å evaluere dette tilbudet.		

	Fafus –helseinformasjon for kvinner. Lederutviklingsprogram for flerkulturelle.		
025-2012	<p>Samhandling ved Tove Strand Kommunene tar nå over de utskrivningsklare pasientene. Fungerer bra. Samhandlingsarena Aker. Oslo kommune har åpnet sin første rehabiliteringsavdeling. Geriatrisk ressurscenter. Det bygges en demoleilighet med forskjellige hjelpemidler. Minoritetshelse – ressurscenter – et lavterskeltilbud Samarbeidsavtalene – tjenesteavtalene 2 avtaler er klare. De andre må være ferdig politisk behandlet til 1. juli. Det jobbes med flere prosjekter: Akutt/subakutt funksjonssvikt hos eldre. Hva skal man se etter ved gradvis utvikling. Sårprosjekt. Mange eldre med liggesår som ikke gror. Samarbeid med fastlegen og bydelen. Har evaluert korttidsenheten. Positivt. Kommunen og hjemmetjenesten har nå overtatt driften av denne.</p> <p>Tove og Eva vil komme tilbake med tjenesteavtalene/samarbeidsavtalen til møtet 21. mai. De vil da også presentere handlingsplanen for stab Samhandling.</p>		
026-2012	<p>Styresaker til styremøte den 29.03.12 Areal og utviklingsplan 2025. mangler noe om pasient- og pårørendeopplæring. Har man sett på den store forventede befolkningsøkningen de neste 10 år? Ikke glem universell utforming. Strategi for pårørendeopplæring.</p>		
027-2012	<p>Administrerende direktør sin time ved Bjørn Erikstein og Cathrine Lofthus Ventelister og fristbrudd. Det er generelt mange ventende uten frist. Økende senere år. Det ryddes nå i listene. Jobber med tiltak inne de forskjellige fagområdene. Angående mediasak (Helfo) vet vi ikke med sikkerhet om dette har medført at andre pasienter har rykket ned på listen. Saken vil gjennomgås av Konsernrevisjonen. Filippinersaken. Er nå en politisak. Sykehuset er også blitt anmeldt. Politiet er i ferd med å avhøre ansatte. Ledelsen har samlet brev og mailer og laget en tidslinje. Har bedt PWC revidere måten vi rekrutterer på. GE-saken. GE Healthcare har serviceavtale på våre billeddiagnostiske maskiner. De har ved service overført pasientopplysninger til sin server. Helse Sør-Øst følger opp denne saken, samt våre rutiner i forkant av service er endret. Det jobbes med organisasjonen og lokalisasjoner. Hvordan integrere noe av Aker inn på Ullevål/Rikshospitalet. Indremedisin og akuttgeriatri skal inn på Ullevål. Har sett på kapasitet i forhold til laboratorietjenester, akuttmottak, pasientflyt etc. Gastrokirurgi, akutt og døgnvirksomhet flytter inn i 1. etg kirurgisk bygg (bygg 7). For at dette skal gå i orden må mottak styrkes, forsterke legebemanningen, operasjonskapasitet og anestesi. Indremedisin flytter inn i medisinsk bygg (bygg 3). Da blir det liten buffer i forhold til oppussing. Ser derfor på muligheten for samarbeid med Lovisenberg og Diakonsykehuset for avlastning/fordeling av pasienter.</p>		

	<p>Karkirurgi flytter ut av Aker til høsten. Urologi blir på Aker inntil nytt akuttbygg på Ullevål er ferdig.</p> <p>Gjennomgang av styresakene:</p> <p>Rapport – årsberetning. De måleparametre vi har konkluderer med at omorganiseringen ikke har ført til dårligere pasientbehandling.</p> <p>Oppdragsdokumentet – bestilling er sendt til klinikkene.</p> <p>Regnskap februar – regnskap i minus. Det er opprettet en egen innsatsgruppe som skal se på tiltak.</p> <p>Økonomisk langtidsplan – skal justeres noe.</p> <p>Arealplan 2025 – nytt klinikkbygg på Ullevål, bygg 3 og 7 rives. Det er også planlagt riving av flere bygg på Radiumhospitalet.</p>		
028-2012	<p>Brukernes deltakelse på møter, prosjekter etc.</p> <p>Grete: Kvalitetskonferansen Lillestrøm. Vil sende presentasjoner.</p> <p>John: Vært på brukerrådsmøte i klinikken den 22. mars. Orienterte rundt klinikken og samhandlingsreformen samt forventninger til brukerrådet. Diskuterte litt rundt opprettelse av ungdomsråd på klinikken. Har blitt med i Fagrådet for samhandling. Skal ha sitt første møte den 3. mai.</p> <p>Heine: Råd for barn som pårørende. Ser på mandatet. Kommer tilbake med mer senere.</p> <p>Lilli-Ann: HSØ-fagråd for nyfødttmedisin, fødsel og svangerskap. Har hatt et første møte og allerede fått oppdrag.</p>		
029-2012	<p>Presentasjon av brukerne for nytt medlem.</p> <p>Veslemøy Ruud: Brukeråd på Hjerte, lunge-karklinikken. Har fire møter i året, og mulighet for flere hvis nødvendig. Tar opp hva man har diskutert i Brukerutvalget, samt hva som skjer i klinikken.</p> <p>Jobbet med tekst på innkallingsbrev. Har en del saker som går direkte på pasientbehandling.</p> <p>John Bjørn: Brukeråd for Kreft, kirurgi og transplantasjonsklinikken. Går gjennom saker fra klinikken. Har begynt å se på samhandlingsreformen. Ser på pasientbrev, ordlyd i innkallingsbrev. Skal ha fire møter i året.</p> <p>Dag Omholt: Kvalitetsutvalget i Akuttklinikken. Går gjennom avvikssaker i klinikken.</p> <p>Heine Århus: Brukerådet i Kvinne-barn-klinikken. Har fire møter i året. Diskusjon rundt brukerrådets funksjon. Diskuterer prinsipielle pasientsaker.</p>		
030-2012	<p>Eventuelt</p> <p>Går gjennom intervju skjema for Sally Thomas. Skjema sendes ut til brukerne sammen med referat.</p> <p>Opprettelse av AU i Brukerutvalget. Gikk gjennom hva et AU er.</p> <p>Endring av møtetidspunkt ble diskutert. Settes opp på neste møte for diskusjon. Brukerne bes sende inn tilbakemelding på hvilke dager og tidspunkter som passer aller best.</p>		