

Til Styrets medlemmer

Vår ref.:
22/01640-9

Saksbehandler:
Ruth Torill Kongtorp

Telefon:
e-post: Ruth.Torill.Kongtorp@ahus.no

Dato:
20.04.2022

Innkalling til møte i styret for Akershus universitetssykehus HF

Det innkalles med dette til styremøte for Akershus universitetssykehus HF 27.04.2022.

Dato: 27.04.2022 kl 08:30 - 14:00

Sted: Akershus universitetssykehus, NN03.001 (inngang 4)

Saksliste og saksfremlegg ligger vedlagt.

Vennlig hilsen

Morten Dæhlen
Styreleder

Dokumentet er elektronisk godkjent

Postadresse:
Akershus universitetssykehus HF
Postboks 1000
1478 LØRENSKOG

Besøksadresse:
Sykehusveien 25, Nordbyhagen

Telefon: +47 67 96 00 00
E-post: postmottak@ahus.no

Bank: 8601.71.65447
Org.nr: 983 971 636

Saksliste til styremøte for Akershus universitetssykehus HF 27.04.2022**Saker til behandling:**

Sak 28/22	Protokoll fra styremøte 25.03.2022	22/01640-8
Sak 29/22	Årsberetning 2021 med regnskap	22/03364-4
Sak 30/22	Rapport pr. mars 2022	22/03364-3
Sak 31/22	Foretakets innspill til økonomisk langtidsplan 2023-2026	21/14986-10
Sak 32/22	Oppdatering av utviklingsplan for Akershus universitetssykehus HF	21/05901-77
Sak 33/22	Ledelsens gjennomgang av styringssystemet 2021	22/04013-4
Sak 34/22	Protokoll fra foretaksmøte 31.03.2022	21/13915-4
Sak 35/22	Årsplan styresaker	22/01640-10
Sak 36/22	Orientering fra brukerutvalget	Ikke eget saksfremlegg
Sak 37/22	Administrerende direktørs orienteringer	22/01642-3
Sak 38/22	Eventuelt	Ikke eget saksfremlegg
Sak 39/22	Styrets egentid	Ikke eget saksfremlegg

Til Styrets medlemmer

Vår ref.:	Saksbehandler:	Telefon:	Dato:
22/01640-8	Ruth Torill Kongtorp	e-post: Ruth.Torill.Kongtorp@ahus.no	25.03.2022

Protokoll fra styremøte i Akershus universitetssykehus HF

Vedlagt oversendes protokoll fra styremøte 25.03.2022.

Vennlig hilsen

Øystein Mæland
Administrerende direktør

Dokumentet er elektronisk godkjent

Protokoll

Fra styremøte i Akershus universitetssykehus HF,
25.03.2022 kl. 08:30 - 12:00

Til stede:

Styret:

Morten Dæhlen, styreleder
Anne Sissel Faugstad, nestleder
Kjetil A. H. Karlsen
Cathrine Strand Aaland
Ståle Clementsen
Berit Langset
Andreas Norvik
Svein Harald Øygard
Loveleen Rihel Brenna
Brita Haugum

Forfall:

Sylvi Graham

Brukerobservatører:

Cathrine Aas Moen, leder av brukerutvalget
Jannicke Boge, nestleder av brukerutvalget

Fra Sykehusledelsen:

Øystein Mæland, administrerende direktør
Ruth Torill Kongtorp, styresekretær
Jørn Limi, viseadministrerende direktør
Kari Fjelldal, direktør økonomi og finans
Dagfinn Aanonsen, kommunikasjonsdirektør
Jan Inge Pettersen, HR-direktør
Morten Løkken Bendiksen, divisjonsdirektør facilities management

Behandlede saker

Saksnr.	Tittel	Vår ref.
Sak 15/22	Protokoll fra styremøte 14.02.2022	22/01640-4

Protokoll fra styremøte 14.02.2022 var lagt frem for styret til elektronisk signering.

Styrets enstemmige vedtak:

Protokoll fra styremøte 14.02.2022 godkjennes.

Sak 16/22	B-protokoll fra styremøte 14.02.2022	22/01640-5
-----------	--------------------------------------	------------

B-protokoll fra styremøte 14.02.2022 var lagt frem for styret til elektronisk signering.

Styrets enstemmige vedtak:

B-protokoll fra styremøte 14.02.2022 godkjennes.

Sak 17/22	Rapport pr. februar 2022	22/03364-2
-----------	--------------------------	------------

Som en del av den løpende rapporteringen ble rapport per februar 2022 fremlagt. Rapporten oppsummer status på foretakets målbilde i 2022.

Kommentarer i møtet:

Det er ønskelig å få en gjennomgang av arbeidet med å redusere sykefravær, samt eksempler fra avdelinger som har lykket med dette.

Styrets enstemmige vedtak:

Styret tar rapport pr. februar 2022 til orientering.

Sak 18/22	Disponering av overskudd ut over 175 mill. kr i 2021	20/13914-29
-----------	--	-------------

Det ble lagt frem forslag til disponering av økt overskudd i 2021 til prioriterte investeringer i tråd med styrets vedtak i sak 79/21.

Kommentarer i møtet:

Betydningen av å stimulere til mer forskning og fagutvikling i hele foretaket gjennom strategiske tildelinger, ble påpekt. Styret imøteser en bredere vurdering av dette i behandlingen av utviklingsplanen med tilhørende delplan for forskning.

Styrets enstemmige vedtak:

1. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å prioritere anvendelse av 39,3 mill. kr til utvidet investeringsramme i henhold til foreslåtte prioriteringer.
2. Resterende overskudd fra 2021 på 27,5 mill. kr settes av til egenkapital for fremtidige bygg og kapasitetsutvidelser.

Sak 19/22	Oppdrag og bestilling 2022	22/02360-3
-----------	----------------------------	------------

Akershus universitetssykehus mottok oppdrag og bestilling 2022 i foretaksmøte 16. februar 2022. Basert på kravene i oppdrag og bestilling ble det foreslått å endre måltall om ventetid somatikk, i Ahus hovedmål 2022 nr. 1.

Styrets enstemmige vedtak:

1. Styret tar oppdrag og bestilling for Akershus universitetssykehus HF til etterretning.

Saksnr.	Tittel	Vår ref.
2.	Justert måleparameter for hovedmål 1 godkjennes.	

Sak 20/22	Fullmakt til inngåelse av samspillskontrakt	19/01411-3
------------------	--	------------

Det er igangsatt forprosjekt for planlegging av et nytt bygg for psykisk helsevern på Nordbyhagen (PHN). Det videre arbeidet er delt i to faser. I den første av disse velges entreprisemodell for videre utvikling av prosjektet. Prosjektstyret har valgt en samspillentreprise, som innebærer at prosjektet utvikles sammen med en totalentreprenør.

Styrets enstemmige vedtak:

1. Administrerende direktør gis fullmakt til å inngå kontrakt for fase 1, med intensjon om gjennomføring også av fase 2.
2. Det skal inngås en særskilt avtale om gjennomføringsfasen, når forutsetningene for gjennomføring er avklart og detaljert.

Sak 21/22	Protokoll fra foretaksmøter 15. og 16.02.2022	21/13915-9
------------------	--	------------

Det ble avholdt foretaksmøter 15. og 16.02.2022.

Styrets enstemmige vedtak:

Styret tar saken til etterretning.

Sak 22/22	Protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst RHF 10.03.2022	21/13483-9
------------------	---	------------

Helse Sør-Øst RHF avholdt styremøte 10.03.2022.

Styrets enstemmige vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 23/22	Årsplan styresaker 2022	22/01640-7
------------------	--------------------------------	------------

Oppdatert årsplan for 2022 ble lagt frem for styret til orientering.

Kommentarer i møtet:

HMS i offentlig sektor er egnet som tema for et fremtidig seminar.

Styrets enstemmige vedtak:

Styret tar oppdatert årsplan til orientering.

Sak 24/22	Orientering fra brukerutvalget	
------------------	---------------------------------------	--

Brukerutvalgets leder orienterte om følgende saker:

- Det er jobbet mye med innspill til utviklingsplanen. Brukerutvalget er særlig opptatt av forskning, akuttmottak og kompetanseheving.
- Nye bygg må være godt tilpasset til pasienter og pårørende.
- Det er nødvendig å se foretaket og behandlingsstedene som en helhet, og gjøre det attraktivt å jobbe alle steder. Ledere og ansatte må bygge gode team.

Sak 25/22	Administrerende direktørs orienteringer	22/01642-2
------------------	--	------------

Administrerende direktør orienterte om følgende sak:

Saksnr.	Tittel	Vår ref.
---------	--------	----------

1. Tilsyn og revisjoner

Styrets enstemmige vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 26/22 Eventuelt

Sak 27/22 Styrets egentid

Morten Dæhlen, styreleder

Anne Sissel Faugstad, nestleder

Kjetil A. H. Karlsen

Cathrine Strand Aaland

Ståle Clementsen

Berit Langset

Sylvi Graham

Andreas Norvik

Svein Harald Øygard

Loveleen Rihel Brenna

Brita Haugum

Styresak

Dato dok.:	20.04.2022	Administrerende direktør
Møtedato:	27.04.2022	
Vår ref.:	22/03364-4	Postadresse: 1478 LØRENSKOG
		Telefon: +47 67 96 00 00
Vedlegg:	1 Årsberetning 2021 2 Årsregnskap 2021 m/noter og prinsippnote fra HSØ	

Sak 29/22 Årsberetning 2021 med regnskap

Endelig resultat for Akershus universitetssykehus HF i 2021 er et overskudd på 264,3 mill. kr. Dette er en forbedring fra foreløpig resultatrapportering i styremøte i februar som viste et overskudd på 238,6 mill. kr. Hovedårsakene til denne forbedringen er:

- Høyere inntekter som følge av rekoding for 3. tertial
- Årsbonus fra Sykehusapotekene og Sykehuspartner
- Lavere pensjonskostnader etter oppdaterte beregninger fra pensjonskassene

Vedlagt følger forslag årsberetning og årsregnskap for 2021 med noter.

Administrerende direktør innstiller til følgende vedtak:

1. Styret godkjenner det fremlagte årsregnskapet for 2021.
2. Styret godkjenner årsberetningen for 2021 med de bemerkninger som fremkom i møtet. Styreleder og administrerende direktør gis fullmakt til å slutføre årsberetningen.

Øystein Mæland
Administrerende direktør

Dokumentet er elektronisk godkjent

ÅRSBERETNING FOR 2021

AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS HF

OM HELSEFORETAKET

Akershus universitetssykehus HF (Ahus) eies 100 % av Helse Sør-Øst RHF og ble stiftet 05.12.2001 i forbindelse med at ansvaret for spesialisthelsetjenesten ble overført fra fylkeskommunene til staten.

Hovedoppgavene til Akershus universitetssykehus er pasientbehandling, forskning og undervisning. Helseforetaket har alle de vanlige spesialiteter for somatiske områdesykehus og leverer spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern, rus og avhengighet. Helseforetaket er som en del av spesialisthelsetjenesten knyttet til befolkningens rett til fritt sykehusvalg.

Akershus universitetssykehus betjente i 2021 en befolkning på ca. 590 000 innbyggere fra Romerike (13 kommuner), Follo (5 kommuner), Glåmdalen (6 kommuner), bydelene Grorud, Stovner og Alna i Oslo, samt Rømskog kommune.

Somatikk

Den somatiske virksomheten er i hovedsak lokalisert på Nordbyhagen i Lørenskog og på Kongsvinger. I tillegg er det noe virksomhet ved Ski sykehus, særlig for befolkningen i Follo. I januar 2021 tok foretaket over virksomheten knyttet til invasiv kardiologi på LHL sykehuset på Gardermoen, og startet samtidig opp elektiv kirurgi i leide lokaler på samme sted. Økt kapasitet på Ahus Gardermoen består av 5 laboratorier til invasiv kardiologi, 5 operasjonsstuer, 42 senger, 1 CT, konvensjonelt røntgenutstyr, polikliniske arealer og laboratorie-fasiliteter. I tillegg er det i løpet av 2021 også etablert en ny MR på Ahus Gardermoen.

I 2021 hadde foretaket totalt 820 somatiske senger fordelt på 646 normerte og tekniske senger på Nordbyhagen i Lørenskog kommune, 18 senger til nevrorehabilitering i et eksternt bygg på Nordbyhagen, 42 senger på Ahus Gardermoen, 5 hjemme-sykehussenger for barn og ungdom samt 109 somatiske senger på Kongsvinger.

Under pandemien har det vært nødvendig å omprioritere senger (til mottak og intensivbehandling) og flytte rundt på fagområder

i somatikken for å tilpasse driften til mange inneliggende smittepasienter. I januar 2022 er det etablert 32 nye senger i Nye Nord, og med dette (inkludert påfølgende interne rokader) har fagområder som har hatt midlertidige lokaler under pandemien fått nye, permanente lokaler de kan flytte inn i.

Som en del av samhandlingsreformen ble det etablert kommunale akutte døgnplasser (KAD) i alle kommuner/bydeler i opptaksområdet. Det er til sammen ca. 70 KAD senger i opptaksområdet. Det er nært samarbeid mellom Ahus og KAD enhetene om innleggelse av pasienter.

Psykisk helsevern og rus

Divisjon psykisk helsevern og rus er den største divisjonen ved Akershus universitetssykehus. Divisjonen tilbyr spesialisthelsetjenester innenfor fagområdene psykisk helsevern for voksne, alderspsykiatri, barn- og unges psykiske helsevern, rus- og avhengighetsbehandling og voksenhabilitering. I tillegg har divisjonen en avdeling for forskning og utvikling. Omlag halvparten av ressursene innen psykisk helsevern for voksne utgjøres av lokalbaserte tjenester (DPS). I løpet av 2021 er det prioritert styrking av det polikliniske behandlingstilbudet i tråd med statlige føringer om høyere vekst i antall polikliniske konsultasjoner enn befolkningsveksten innen psykisk helsevern og rusbehandling.

I 2021 disponerte foretaket 217 senger innen psykisk helsevern for voksne fordelt på Nordbyhagen (73), Skytta (23), Lurud (30) og distriktpsykiatriske sentre (DPS) fordelt på DPS Øvre Romerike (18), DPS Nedre Romerike (21), DPS Kongsvinger (14), DPS Groruddalen (16) og Follo DPS (22). Som et covid-19 tiltak, har døgnenheten ved DPS Groruddalen hatt midlertidig funksjon som avlastning for akuttavdelingen med stabiliserende korttidsopphold med mulighet for bruk av tvang og noe færre døgnplasser (10 senger). Dette ble avvirket høsten 2021 og

døgnenheten gikk tilbake til ordinær drift som DPS døgn for Groruddalen.

Innen barn- og unges psykiske helsevern er det 32 plasser fordelt på Bråten behandlingssenter på Skjetten (18 hvorav 10 plasser benyttes til fleksibelt døgn-/dagtilbud) og Ungdomspsykiatrisk klinikk på Nordbyhagen (14 plasser). Avdeling rus og avhengighet (ARA) disponerer nå 60 senger fordelt på ARA Nordbyhagen (15), Klosteret på Lillestrøm (11), Elvestad på Årnes (18) og ARA Follo (16).

I tillegg leier foretaket midlertidig kapasitet på Gaustad til psykosebehandling og sikkerhetspsykiatri av Oslo universitetssykehus HF tilsvarende 18 døgnplasser og kapasitet innen psykosebehandling (enhet med 7 døgnplasser) og bruk av inntil 2 døgnplasser innen alderspsykiatri ved Sykehuset Innlandet.

Helseforetaket har også benyttet senger hos private institusjoner som er avtalepartnere med Helse Sør-Øst både innen psykisk helsevern og rusbehandling. Det kjøpes i tillegg et betydelig antall gjestepasientdøgn og polikliniske konsultasjoner fra andre foretak, hovedsakelig internt i helseregionen.

Det er besluttet å samle sykehusbasert psykisk helsevern på Nordbyhagen med etablering av et nytt bygg/senter for psykisk helsevern. Konseptfaserapporten ble godkjent i styret i Helse Sør-Øst i november 2020. Året 2021 har vært brukt til kvalitetssikring av konseptfaserapporten og forberedelser til forprosjekt. I statsbudsjettet for 2022 fikk prosjektet bevilget lånefinansiering og investeringsmidler til forprosjekt i 2022. Parallelt med byggeprosjektet er det igangsatt et eget organisasjonsutviklingsprosjekt for virksomheten som skal inn i det nye senteret, samt tilpasninger i øvrige deler av organisasjonen. Planlagt ibruktagelse av nytt bygg på Nordbyhagen er 2026.

KONSEKVENSER AV COVID-19

Pandemien har påvirket driften i foretaket i hele 2021. Belastningen har vært noe ujevn i løpet av året, men med spesielt høy belastning i månedene mars, april og mai, og økende belastning igjen fra november og ut året.

Aktiviteten i somatikken var i 2021 3,1% lavere enn budsjettet, men betydelig høyere enn i det

første året av pandemien. Aktiviteten innen psykisk helsevern har i mindre grad blitt påvirket av Covid-19 i 2021, og områdene VOP (voksenpsykiatri) og BUP (barne- og ungdomspsykiatri) har betydelig aktivitetsvekst sammenliknet med før pandemien. Disse områdene har også blitt tilført midler i RNB (revidert nasjonalbudsjett) 2021 for å øke aktiviteten, og håndtere en økt henvisningsmengde som følge av pandemien, dette gjelder særlig innen BUP.

Foretaket går inn i 2022 med et betydelig etterslep på operasjoner og polikliniske konsultasjoner i somatikken, og det jobbes med å rydde i ventelister og øke kapasitet for å redusere ventetid, og ta unna pasienter med passert tentativ tid.

Inntektene i 2021 er, på samme måte som i 2022, preget av store negative avvik på ISF-inntekter (innsatsstyrt finansiering), høye basisinntekter fordi foretaket er kompensert for pandemieffekter i revidert nasjonalbudsjett (RNB), og høye laboratorieinntekter fordi foretaket har fått oppdraget med å være storvolumlaboratorium for Covid-19 analyser. Foretaket er i 2021 tildelt 260 mill. kr i tilskudd for å dekke økonomiske konsekvenser av pandemien fra HSØ, i tillegg ble det overført 182 mill. kr fra tilskuddet som foretaket fikk i 2020. Til sammen utgjør dette 442 mill. kr til å dekke driftsøkonomiske konsekvenser av pandemien.

På kostnadssiden er det først og fremst lønn- og innleiekostnadene som har hatt en betydelig økning, i tillegg til kostnader til laboratorierekvisita på grunn av storvolum-aktiviteten.

Til sammen har foretaket hatt økonomiske konsekvenser av pandemien på til sammen 318 mill. kr i 2021, som i sin helhet er knyttet til økte kostnader (+404 mill. kr). Inntektstapet knyttet til ISF dekkes inn (og mer til) av økte laboratorieinntekter.

Foretaket har allokert midler til ekstraordinære investeringer knyttet til pandemien på til sammen 0,8 mill. kr i 2021. I tillegg ble det i 2020 satt av midler til fremtidige avskrivninger på de 49 mill. kr som ble allokert til

investeringer i forbindelse med pandemien dette året.

I og med at foretaket ikke har brukt opp tilgjengelig tilskudd i 2021, vil det også bli avsatt ubenyttede ekstramidler tildelt dette året som uopptjent inntekt for å imøtekomme økonomiske konsekvenser av pandemien i 2022. Dette beløpet er konkret på 124,2 mill. kr.

VIRKSOMHETSSTYRING OG INTERNKONTROLL

Foretaket har lagt opp virksomhetsstyring og internkontroll i samsvar med bestemmelser i lov- og regelverk og krav og føringer fra Helse Sør-Øst RHF. For å sikre at virksomheten planlegges, gjennomføres, følges opp og forbedres i samsvar med dette, er det etablert et felles styringssystem - «Orden i eget Ahus».

Prosessene, prosedyrene og verktøyene i styringssystemet er gjenstand for kontinuerlig utvikling og forbedring. I 2021 ble det bla. implementert ny prosedyre for varsel og oppfølging av alvorlige pasientrelaterte hendelser. Videre ble prosessene for budsjett og utforming av hovedmål ytterligere samordnet, samtidig som prosessen for tertialvis mål- og resultatoppfølging ble endret for å forenkle rapporteringen fra divisjonene og klinikkene. Til slutt er prosessen for ledelsens gjennomgang (LGG) av styringssystemet utvidet for å fange opp ivaretagelse av krav til systemeierskap for IKT-systemer og medisinsk teknisk utstyr. LGG er den overordnede styrende og kontrollerende delen av virksomhetsstyringen i foretaket, og som skal sikre at styringssystemet fungerer etter sin hensikt og bidrar til forbedring.

Foretaket bruker det elektroniske kvalitetsstyringssystemet EQS for å melde, behandle og følge opp uønskede hendelser/avvik og dokumentstyring av prosedyrer. Meldinger om uønskede hendelser er en viktig kilde til forbedring, og det arbeides systematisk med å bevisstgjøre og fremme en god meldekultur.

Ahus bruker fullmakter i delegering av ansvar og myndighet i organisasjonen. Fullmaktene tar utgangspunkt i relevant lov- og regelverk som regulerer Ahus sin rolle som helseforetak, sykehus, forskning/utdanningsinstitusjon, arbeidsgiver, offentlig myndighetsorgan og forretningspart. Ansatte med fullmakter

(fullmektig) forplikter seg til å anvende disse i overensstemmelse med grensene som er fastsatt i fullmaktene. Fullmaktsystemet gjennomgår årlig oppdatering og styrebehandling.

I likhet med 2020, har Covid 19-pandemien ført til færre eksterne tilsyn og revisjoner enn tidligere. Samtidig har antall interne revisjoner vært om i henhold til plan.

I 2021 ble det gjennomført åtte eksterne tilsyn og revisjoner fra i alt sju ulike tilsynsmyndigheter. Pålegg, avvik/merknader fra lov- og regelverk som avdekkes blir fulgt opp i sykehusets avviks- og meldesystem.

Utarbeidelse av handlingsplaner og oppfølging av disse har fulgt foretakets prosedyrer. Det har de siste årene blitt lagt større vekt på å sikre at alle interne revisjoner innenfor kvalitets- og pasientsikkerhetsområdet, og handlingsplaner for oppfølging av disse, presenteres og behandles i kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget på foretaksnivå.

I 2021 ble det gjennomført til sammen ti interne revisjoner, hvorav én utvidet revisjon og to systemrevisjoner på området «pasientbehandling/pasientsikkerhet». Den utvidede revisjonen tok for seg tema «Barn som på pårørende og etterlatte», og systemrevisjonene tok for seg tema «Trygg utskrivning av pasienter» og «Etterlevelse av prosedyrer for blodtransfusjoner». Det ble gjennomført fire systemrevisjoner på området «Ytre miljø og Helse, miljø og sikkerhet», to på området «Strålevern» og en på området «Styringssystem Mat og drikke».

Utover dette ble det høsten 2021 satt i gang en omfattende evaluering av foretakets håndtering av Covid-19 pandemien. Formålet med denne evalueringen er å søke svar på hvordan sykehuset har håndtert skiftende forutsetninger og tilpasninger i behovene for behandlingskapasitet, personellressurser, legemidler og utstyr, smittevernregime og test-/analysekapasitet.

PASIENTBEHANDLING

Akershus universitetssykehus skal som områdesykehus gi befolkningen i opptaksområdet et bredt tilbud innen somatiske

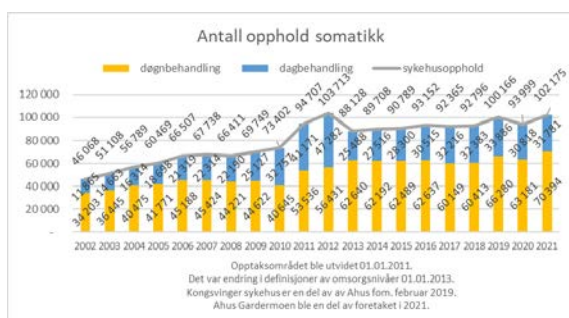
helsetjenester, psykisk helsevern, rus og avhengighet inklusive forebyggende tiltak. Foretaket kan utføre de fleste oppgaver med unntak av definerte regionssykehus-tjenester og landsfunksjoner. Tjenestene skal leveres med en kvalitet og service som tilfredsstiller nasjonale og internasjonale standarder.

Også i 2021 er aktiviteten i foretaket sterkt preget av koronapandemien, og konsekvensene av pandemien er beskrevet i eget avsnitt over.

Helseforetaket hadde fra 2020 til 2021 en økning i somatisk aktivitet på 11,9 % målt i poeng registrert i henhold til systemet for diagnoserelaterte grupper (drg/isf-poeng) til 118 302 poeng (eksklusive pasientadministrerte legemidler), men inkludert all annen somatisk aktivitet. I denne økningen er ny aktivitet på Ahus Gardermoen inkludert.



I 2021 hadde helseforetaket 70 394 somatiske innlagte pasienter, en økning på 11,4 % fra 2020. Antallet dagopphold utgjorde i 2021 31 781, en økning på 3,1 %.



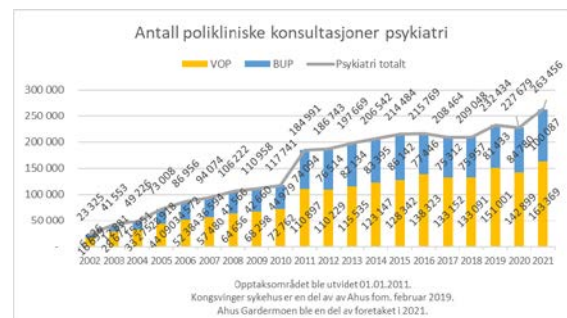
Døgn- og dagbehandling sett under ett viser en økning i antall opphold på 8,7 % i forhold til 2020.

Foretaket er landets største akutt-sykehus. I 2021 var 75,2 % av alle innleggelser til somatisk døgnerbehandling øyeblikkelig hjelp, det er en nedgang på 4,5 prosentpoeng fra året før. Det ble i

2021 utført 413 204 somatiske polikliniske konsultasjoner. Dette tilsvarer en økning på 10,1 % i forhold til 2020.



Antall polikliniske konsultasjoner innen voksenpsykiatri (VOP) har økt med 14,3 % til 163 369 i 2021. Innen barn- og unges psykiske helsevern (BUP) har antall polikliniske konsultasjoner økt fra 84 780 konsultasjoner i 2020 til 100 087 konsultasjoner i 2021, en økning på hele 18,1 %.



Det ble utført 68 491 behandlingsdøgn innen voksenpsykiatri i 2021, en økning på 2 % fra 2020. Innen BUP var det i 2021 7732 døgnopphold, en reduksjon på 3 %. UK har tett samarbeid med ambulant behandlingsteam.

Ahus har ikke tilstrekkelig kapasitet innen sikkerhetspsykiatri og psykosebehandling etter utvidelsen av sykehusområdet i 2011. Behovet dekkes midlertidig ved at Ahus kjøper en kapasitet på Gaustad fra Oslo universitetssykehus HF (OUS), hvorav 10 plasser er innen sikkerhetspsykiatri og 8 plasser er langtids psykosebehandling, til sammen 5 913 liggedøgn. Som følge av utvidet sykehusområde for foretaket fra 2. februar 2019 er det inngått en midlertidig avtale med Sykehuset Innlandet HF om kjøp av kapasitet innen psykosebehandling med syv døgnplasser

og liggedøgn tilsvarende 1-2 døgnplasser innen alderspsykiatri.

Innen rusområdet ble det i 2021 utført 32 571 polikliniske konsultasjoner, en reduksjon på 0,3 % fra 2020. Antall behandlingsdøgn i egne avdelinger var 17 121, en økning på 6,9 % fra 2020.

KVALITET I BEHANDLINGEN

Ahus har i 2021 jobbet med å etablere en prosedyre for mer systematisk oppfølging av kvalitet i behandlingen, bla. ved aktiv bruk av kvalitetsinformasjon.

Arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er nedfelt i en egen handlingsplan, og omfatter bl.a. håndtering og læring av pasientsaker og uønskede hendelser, satsingen på kvalitetsforbedring og kvalitetsorientert ledelse. Handlingsplanen ligger til grunn for divisjoner/klinikkens planer og videre arbeid.

Et av hovedmålene for foretaket har også i 2021 vært at alle avdelinger skal gjennomføre minst et forbedringsprosjekt. 10 forbedringsteam deltok i læringsnettverket «Best på å bli bedre», som ble avsluttet med forbedringsdagen 19. november. Høsten 2021 startet 15 nye team i læringsnettverket, og arbeidet fortsetter inn i 2022. Det ble også startet et læringsnettverk med temaet «Tidlig oppdagelse og behandling av forverret tilstand, med særlig vekt på sepsis» med fem deltakende team. På samlingene skal teamene lære av hverandre mens de jobber systematisk med å forbedre områder innen kvalitet, pasientsikkerhet og HMS. Det er etablert et nettverk av ansatte som veileder i forbedringsarbeid, ved årsskiftet besto dette nettverket av ca. 40 ansatte.

Kvalitetsforbedring er en integrert del i lederutviklingsprogrammet på sykehuset og er lagt inn som en del av felles kompetansemodul for leger i spesialisering. I løpet av 2021 har 44 leger i spesialisering deltatt på kurs i kvalitetsforbedring og fått sin forbedringsoppgave godkjent.

Meldinger om uønskede hendelser er en viktig kilde til forbedring i foretaket, og det arbeides systematisk med å bevisstgjøre personell på viktigheten av å melde avvik både innen pasientsikkerhet og andre områder. Andre elementer, som benyttes som utgangspunkt for læring og forbedring, er erfaringer fra klage-

/tilsynssaker og avvik gitt ved eksterne tilsyn og interne revisjoner.

I 2021 ble det registrert 5938 meldinger om pasientrelaterte uønskede hendelser i EQS, mot 5068 i 2020 og 5082 i 2019.

Alvorlige hendelser som har ført til død eller alvorlig pasientskade skal varsles til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a. Ahus varslet i 2021 om 81 hendelser, mot 58 hendelser i 2020 og 32 i 2019.

Kvalitet og pasientsikkerhetsutvalget på nivå 1 (KPU1) har hatt åtte møter hvor det tas opp prinsipielle temasaker med formål forbedring, informasjonsdeling og læring på tvers i sykehuset. Alle kliniske divisjoner følger opp og har Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg (KPU2).

Klager og tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende er ofte relatert til medisinsk behandling, ventetid, kommunikasjon og informasjon, rett til behandling, krav om endring i journal, samt bortkomne eiendeler som ønskes erstattet. I 2021 mottok foretaket 1126 klager, tilbakemeldinger og tilsynssaker, mot 1103 i 2020.

Sykehuset har i 2021 mottatt 361 nye erstatningssaker fra Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) mot 299 saker i 2020 og 280 i 2019.

Strukturerte journalundersøkelser ved bruk av Global Trigger Tool (GTT)-metoden har til hensikt å måle frekvensen av pasientskader over tid. Resultatene viser at andel pasientopphold med minst en pasientskade for Ahus er redusert fra 22,5 % i 2010 til 10 % i 2021.

Pakkeforløp for kreft

I 2021 skal de 24 organspesifikke forløpene vurderes hver for seg og ikke aggregert. Det har vært krevende å gjennomføre ønskede møteplasser og tverrfaglige diskusjoner, internt i fagavdelinger og mellom fagavdelinger. Men kreftbehandling har vært prioritert, og alle henvisninger med mistanke om kreft har blitt håndtert som tidligere og pasientene har fått sin behandling. Det er i 2021 etablert et

samarbeid i Helsefellesskapene for å implementere Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft.

Prehabilitering har i 2021 vært vanskelig å gjennomføre (med fysiske oppmøter i grupper), men er etablert også for ventrikkeltkreft i tillegg til tykk- og endetarmskreft. Opplegget vurderes breddet til flere forløp. Prehabilitering betyr fysisk og psykisk forberedelse til behandlingen som skal gjennomføres.

Styringsmålene for pakkeforløp for kreft i 2021 var:

- Andelen nye kreftpasienter inkludert i hvert av de 24 organspesifikke pakkeforløpene = >70 %
- Andelen pasienter som får igangsatt behandling innen normert standard forløpstid i hvert av de 26 organspesifikke pakkeforløpene = >70 %

Ahus har inkludert 83 % av nye kreftpasienter i pakkeforløp for kreft. Samlet for de 24 organspesifikke pakkeforløpene ble 70 % behandlet innenfor normert standard forløpstid i 2021, en reduksjon på 2 % fra 2020. Det er imidlertid fortsatt en uønsket variasjon i måloppnåelse mellom de ulike pakkeforløpene.

Tilgjengelige helsetjenester

På ventetid var målkravet for 2021 under 54 dager i somatikk, under 40 dager innen psykisk helsevern voksne (VOP), under 37 dager for psykisk helsevern barn og unge (BUP) og under 30 dager innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

- Gjennomsnittlig ventetid avvirket i 2021 var 57 dager samlet for hele foretaket.
- Gjennomsnittlig ventetid 2021 var 40 dager for avvirkede pasienter innen VOP.
- Gjennomsnittlig ventetid 2021 var 28 dager for avvirkede pasienter innen TSB.
- Gjennomsnittlig ventetid 2021 var 44 dager for avvirkede pasienter innen BUP.
- Antall langtidsventende (>365 dager) har økt betydelig i 2021 som følge av pandemien.

Pandemien har ført til økt ventetid for pasienter som fortsatt venter. Ventetid avvirket er gått ned i 2021 sammenliknet med 2020, mens gjennomsnittlig ventetid for ventende pasienter har økt. Kapasitetsutfordringene gjennom pandemien har ført til at de som kan vente lenge (medisinsk prioritering) fortsatt venter. Det har i 2021 vært et fokus på å håndtere pasienter som har ventet

uavhengig av hvor i forløpet de er og om de er ventelisteavklart eller ikke.

Kreftforløpene har vært prioritert gjennom pandemien. Det har vært utfordrende å opprettholde aktivitet på poliklinikk på grunn av sykdom og karantene (pasienter og ansatte), utbrudd på avdelinger og redusert kapasitet i operasjonsavdelingen som følge av kapasitetsutfordringer på intensiv. De avdelinger som hadde en utfordring med lange ventelister, og med mange pasienter som har passert tentativ tid, har i 2021 fått en enda større utfordring.

FORSKNING OG INNOVASJON

Forskning- og innovasjonsdivisjonen (FID) har arbeidet systematisk for å styrke forskningsaktiviteten og forskningsinfrastrukturen ved foretaket i flere år. Parametere som følges opp over tid er antall doktorgrader, publikasjoner og tilslag på ekstern finansiering. I 2021 er det totalt rapportert ca. 410 vitenskapelig publikasjoner i Cristin (80 flere publikasjoner sammenliknet med 2020). Det ble avlagt 5 doktorgrader ved Ahus i 2021, som er færre enn i 2020. Prognosen for 2022 er en kraftig økning i doktorgrader, så nivået i 2021 representerer ikke en nedadgående trend. En forklaring til det lave antallet i 2021, kan være mye klinisk arbeid knyttet til Covid-19, som vil påvirke forskere i kombinerte stillinger og stipendiater. Forskere i foretaket har lyktes med å hente 84 mill. kr fra eksterne finansieringskilder, og toppåret for ekstern finansiering i 2020 følges dermed opp på en tilfredsstillende måte. Ett viktig tiltak som videreføres på forskningsområdet er tilbudet om støtte til søknader (Grants). Dette er et lavterskeltilbud til alle forskere som søker ekstern finansiering, og er et viktig virkemiddel for å øke tilslag på eksterne forskningsmidler.

Avd. for helsetjenesteforskning (HØKH)

Avdeling for helsetjenesteforskning (HØKH) er en tverrfaglig forskningsenhet som også yter forskningsstøtte til sykehusets forskere innenfor statistikk, helseøkonomi og helsefaglig forskning. Forskningsprosjektene i HØKH spenner fra store registerstudier basert på nasjonale datakilder, til studier hvor data samles i klinikken, og kvalitativt innrettede studier basert på intervjuer, fokusgrupper eller

deltakende observasjon. Noen av prosjektene består av mange delstudier og involverer flere PhD-stipendiater og postdoktorer, mens andre er mindre og involverer enkeltforskere.

HØKHs budsjett var i 2021 på i underkant av 28 mill. kr og ekstern finansiering utgjorde nesten halvparten av budsjettet. Miljøet fikk innvilget finansiering fra Helse Sør Øst til en postdoktor stipendiat i desember. En stipendiat har disputert i løpet av året og det er publisert 93 artikler.

HØKH har siden 2013 vært koordinerende miljø for Nasjonalt nettverk i helsetjenesteforskning. De årlige konferansene i regi av nettverket er en ettertraktet møteplass for forskere og beslutningstakere. Konferansen som skulle vært arrangert i Tromsø ble utsatt på grunn av Covid-19 pandemien. I stedet ble det arrangert et 2 timers webinar 17. mars. Oppslutningen var meget god med mer enn 250 deltakere.

Personvern innen forskning

Ahus har prioritert satsning på personvern-kompetanse i forskning gjennom flere år. Dette har vært en viktig faktor for å sikre at Ahus ivaretar sitt ansvar som forsknings- og dataansvarlig institusjon, og er en tilgjengelig juridisk ressurs for forskningsmiljøene. I 2021 ble det meldt inn 249 nye forsknings- og kvalitetsprosjekter i eSkjemaløsningen, til sammenligning med 212 prosjekter i 2020. Schrems II-dommen om utlevering av personopplysninger til tredjeland og økt bruk av skybaserte elektroniske løsninger, har skapt utfordringer. Juridisk kompetanse i kombinasjon med andre fagområder, samt bistand og veiledning fra et tidlig tidspunkt, har bidratt til økt kvalitet og god kontroll på behandling av personopplysninger.

Det ble mottatt 15 forskningsavvik i 2021. FID bidrar til at prosjekter som igangsettes og gjennomføres på foretaket blir ivaretatt iht. gjeldende lover og forskrift.

Biobank

Ahus har fortsatt et behov for å bedre oversikten over innsamlet biomateriale til forskning. Foretaket har også en fragmentert infrastruktur for biobanking som bør forbedres. Økt utnyttelse av biologisk materiale bør sees i sammenheng med tilgang på kliniske data fra det sentrale datavarehuset i foretaket. Her ligger det et potensiale knyttet til økt kvalitet i forskningsprosjekter, økning av kliniske studier og

særskilt innen pragmatiske studier på store pasient-populasjoner. Dette kan fremme foretaket som forskningsinstitusjon, og gjøre foretaket til en attraktiv samarbeidspartner. I 2021 har det vært fokus på å revidere og ferdigstille rutiner for biobanking, og kartlegge alle aktive biobanker. Oversikt over prosjekter og biobanker er nå tilgjengelig i den elektroniske meldingen til personvernombudet (eSkjema). Dette gir oversikt og bedre internkontroll fordi alle endringer oppdateres kontinuerlig. Det er igangsatt prosesser med ulike prosjektledere for gjennomgang av eksisterende biobanker. Arbeidet skal vurdere kvalitet og gyldigheten av godkjenninger på eksisterende prøvemateriale.

Pragmatiske studier

Økt fokus på (og krav til) at flere pasienter skal tilbys deltakelse i kliniske studier, krever at sykehuset legger til rette for innovative studiedesign som pragmatiske, kliniske prøvninger og register-randomiserte kliniske studier. Foretaket leder arbeidspakke 13 «Pragmatiske studier» i det forskningsadministrative nettverket NorCRIN. Dette arbeidet er viktig for å identifisere og adressere utfordringer, men ikke minst for å se muligheter og dra veksler på allerede innhentede erfaringer. Initiativer fra divisjoner/klinikker håndteres fortløpende og det tilbys også en modul innen pragmatiske studier som del av "Pakkeforløp for forskning".

Kliniske studier

Ahus har i 2021 videreført tiltak for å styrke og tilrettelegge for flere kliniske behandlingsstudier. Det er i løpet av året meldt inn et rekordhøyt antall nye kliniske behandlingsstudier sammenliknet med tidligere år, til sammen 67 nye studier, hhv. 38 forsker- og 29 industri-initierte studier. Til sammenligning ble det meldt inn totalt 39 kliniske behandlingsstudier i 2020. I løpet av 2021 ble det registrert 191 kliniske behandlingsstudier med aktiv prosjektperiode i REK. Dette representerer en økning i antall aktive kliniske studier på ca. 30% sammenliknet med 2020.

Klinisk forskningspoliklinikk på Nordbyhagen er i driftsfase og det pågikk til sammen 19 studier i arealene ved slutten av 2021. I tillegg

er det igangsatt etablering av infrastruktur for gjennomføring av kliniske studier på Ahus Gardermoen og på Kongsvinger. De dedikerte arealene kan benyttes av alle divisjoner/ klinikker i foretaket, og bidrar til en tilrettelagt og effektiv gjennomføring av de kliniske studiene. Etablering av 3D-laben i «Glassgata» på Nordbyhagen ble ferdigstilt i 2021 og det er startet opp seks prosjekter i tilknytning til denne.

Andre satsninger for 2021 er dialogmøter med industrien, samt interne samarbeidsmøter med serviceavdelinger og kliniske divisjoner/klinikker. Den nasjonale handlingsplanen for kliniske studier, Riksrevisjonens undersøkelse og NorTrials har gitt sentrale føringer for arbeidet i 2021, og dette videreføres i 2022.

Innovasjon:

I 2021 har Inven2 registrert 17 Declaration of Innovation (DOI'er) og 1 lisensavtale fra Ahus-forskere/ -ansatte. Patentsøknader: 12, hvor 1 ny prioritetssøknad, 1 PCT-søknad (internasjonalt søknadssystem som gjør det enklere å søke patent på den samme oppfinnelsen i flere land), og 10 nasjonale søknader (hvorav 9 fra en utlisensiert patentfamilie). Det er registrert flere patentsøknader på foretaket i 2021 sammenlignet med 2020 der det var registrert fire patenter, 17 DOI'er og to lisensavtaler.

Digitalisering av forskerkurs og nye nettsider
Forskerkurset «Pakkeforløp for forskning» ble holdt digitalt både våren og høsten 2021. Kurset ble delt opp i seks ulike tematiske moduler, hvor det er fokus på praktisk informasjon til nytte i forskningshverdagen. Det er også påbegynt en prosess med å få etablert nye eksterne internettsider for forskning, for å styrke synliggjøringen av forskningen i foretaket og gjøre tilgjengelig relevant informasjon til forskningsmiljøene.

UTDANNING

Sykehuset var i 2021 praksisplass for rundt 800 helsefaglige studenter i grunn- og videreutdanning og det ble gitt undervisning til 1040 medisinstudenter fra UiO.

Det har gjennom året vært 65 sykepleiere i videreutdanning innen anestesi-, intensiv-, operasjons-, barne-, kreft-, nyfødtsykepleie og jordmor.

4 nye lærlinger startet i september, og totalt er det nå 8 helsefaglærlinger ansatt.

Foretaket har 70 LIS1-stillinger, hvorav 56 på Nordbyhagen og 14 på Kongsvinger. For leger i spesialisering har det blitt holdt kurs i veiledning og supervisjon samt kurs i gruppeveiledning.

Det har vært stor aktivitet innen simulering- og ferdighetstrening. I tillegg har det vært gjennomført kurs og «in-situ simulering» for ulike team.

Implementering av fullskala

Kompetanseportalen (KP) er startet. KP er et elektronisk system for å holde rede på hvilke kompetanse medarbeidere bør ha samt dokumentasjon av gjennomføring. Det er utarbeidet mange kompetanseplaner og krav både overordnet og lokalt/avdelingsvis på Ahus. Det har i 2021 vært en økning i antall gjennomføringer av e-læringskurs på ca. 20000 til 101 333 gjennomførte kurs i alt.

Kompetansebroen har en stor rolle i den digitale kompetansehevingen av helsepersonell og studenter. Det har vært en økning i trafikken med antall sidevisninger og en økning i antall unike besøkende i løpet av året.

Kontorfaglig kompetanseprogram har gjennomført tre grunnkurs og åtte kurs i «Henvisninger og ventelister», samt tre kurs «Klinisk kommunikasjons» for kontortjeneste. Foretaket har samarbeidet med fire skoler om grunn- og videreutdanning for helsesekretærer. Videre pågår et samarbeid om digitalt kurs «Helseslover og helsesekretærfaget». Foretaket har tilrettelagt for 75 praksisplasser innen kontortjenesten, men pga. driftssituasjon/pandemien har kun 21 helsesekretærer vært ute i praksis i 2021.

SAMHANDLING

Året har vært preget av mye samarbeid om pandemihåndtering. Man har forsøkt å benytte den etablerte samhandlingsstrukturen i størst mulig grad, men det har vært behov utover det etablerte.

Koronamøtet – en ny møtearena mellom kommuneoverleger og ledere ved Ahus ble etablert i 2021.

Ahus har i samarbeid med kommunene (21) og bydelene Alna, Stovner og Grorud etablert to helsefellesskap. Rammer og føringer for dette har endret samarbeidsstrukturen med Oslo kommune og foretakets tre Oslo-bydeler. Med de øvrige 21 kommunene har det vært mindre justeringer, fordi strukturen vi har hatt gjennom flere år, i stor grad svarer ut krav til helsefellesskap.

Det er en forventning om at sykehus og kommuner skal planlegge og utvikle tjenestene sammen i helsefellesskapet. Vi har en felles *Overordnet samhandlingsplan* for inneværende periode. Gjennom foretakets arbeid med oppdatering av Ahus utviklingsplan, er det laget en plan for involvering av kommunehelsetjenesten, og på denne måten ønsker vi å bidra til felles planlegging av tjenestene.

I helsefellesskapet skal vi prioritere gode pasientforløp for *Skrøpelige eldre, Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, Barn og unge og Personer med flere kroniske lidelser*. I samarbeid med kommunene har vi et pågående arbeid, Prosjekt Integrerte helsetjenester for sårbare eldre med sammensatte behov, hvor målet er å gi bedre og treffsikre tjenester der pasienten bor, samt å redusere antall «blålys» tjenester i både sykehus og kommuner. Dette er et eksempel på innovasjon og bærekraftig tjenesteutvikling i vårt opptaksområde.

Nettportalen Kompetansebroen er et viktig verktøy for helsefellesskapet. Her deles kompetansetiltak i form av kurs, fagstoff og møteplasser. Det er i tillegg delingsarena for samhandlingen mellom Ahus og kommunene.

Det utadvendte sykehuset har etablert seg på flere områder under pandemien. Digital samhandling med kommunehelsetjenesten er blitt tatt i bruk gjennom nye opplæringsfilmer og mange digitale webinarer for kommunalt ansatte. Ambulerende sykepleieteam i samarbeid med Kompetansebroen har arrangert flere undervisningswebinarer med ca. 200 deltakere per undervisning. Ved å gjøre det digitalt når man flere ansatte enn tidligere hvor man reiste ut til enkeltkommuner og hadde undervisning på sykehjem og i hjemmetjenester.

Flere arrangementer og kurs er avholdt digitalt. Dette er en organisasjonsendring som trolig er kommet for å bli.

Migrasjonshelse

Det har det vært stor aktivitet for å sette i verk tiltak og legge til rette for at de ansatte ved Ahus og til publikum via Ahus.no får koronarelatert informasjon oversatt til flere språk. Migrasjonshelse har blitt tematisert i ulike fora med kommuner og bydeler. Tolkesentralen tilbyr nå videokonsultasjoner når pasienten, legen og tolken er på ulike steder.

Helsekompetanse/ Health literacy

Gjennom mange års forskning og prosjektarbeid er det utviklet kunnskap om tiltak for å få fram pasienters og pårørendes helsekompetanse. På ulike måter søker foretaket å styrke den enkelte pasients evne til livsmestring og medvirkning, blant annet gjennom opplæring av helsepersonell i gruppelederopplæring, gjennom plan for implementering av "Samvalg" som nyttig selvrefleksjon, gjennom tiltak for pårørende og gjennom ulike presentasjoner. Dette er i tråd med regjeringens strategi for å øke helsekompetanse i befolkningen, lansert i 2019.

Det er flere avdelinger som er i gang med implementering av samvalgsverktøy ved foretaket, men også på dette området har pandemien vært en brems for utvikling og satsning i de kliniske avdelingene.

SIKKERHET OG BEREDSKAP

Pandemien har også i 2021 medført et hevet beredskapsnivå over tid;

- 2.mars – 5.mai: Gul beredskap
- 5.mai – 25.mai: Grønn beredskap
- 16.desember og ut året: Grønn beredskap

Videre har beredskapsnivå vært hevet relatert til utfall av IP-telefoner som følge av nettverksfeil, samt nedetid på MetaVision systemet.

Beredskapsplanverket er revidert på bakgrunn av erfaringer og forbedringsområder avdekket ved tidligere øvelser og hendelser.

Det pågår et større arbeid knyttet til hvor alternativt mottak kan etableres. Det er også startet et arbeid knyttet til radioaktivitet og beredskap.

Det er ikke gjennomført beredskapsøvelser, men det er jobbet med planlegging av øvelser for gjennomføring i 2022. Bruk av varslingsystem Everbridge er utvidet.

Flere planlagte sikringstiltak er forskjøvet på grunn av pandemien, men det er gjort lokale tilpasninger for at sikkerheten skulle være så god som mulig gjennom pandemien. Besøkskontroll har vært opprettholdt igjennom hele 2021, men ble nedskalert noe mot slutten av året. Denne vil bli avviklet i sin helhet fra 1. mai 2022.

PERSONALET

Ved årsskiftet var det hadde Akershus universitetssykehus 10 025 ansatte (ekskludert tilkallingshjelp), og 11 091 ansatte inkludert tilkallingshjelp. Andelen fast ansatte var 69 %.

Sykehusledelsen består av 16 ansatte, hvorav 69 % er menn og 31 % er kvinner.

Ledernivå 3 – 5 består av:

- 82 avdelingsledere
- 271 seksjonsledere
- 72 enhetsledere

Pandemien har påvirket personellsituasjonen i 2021. Personell er blitt omdisponert, og det har vært behov for ekstra personell. Det har vært ansettelser i engasjement knyttet til korona, og deltidsansatte har i stor grad fått tilbud om å øke stillingsstørrelsene sine.

Utvikling av ledelse i foretaket er en viktig og bevisst satsning for å sikre løpende målsettinger, kvalitet og god drift, samt underbygge sykehusets strategiske mål i utviklingsplanen. Det jobbes på fire områder:

- Styrke lederlinjene gjennom systematisk lederoppfølging og resultatsikring
- Styrke leders kompetanse gjennom obligatoriske og behovsbaserte opplæringsstilbud og lederutviklingsprogrammer. Tilknyttet dette er det påstartet et arbeid for å utvikle digital opplæring og trening for ledere, som et supplement til mer tradisjonell opplæring.

- Utvikle læringsarenaer for ledere gjennom ledernettsverk, ledersamlinger/konferanser og mentorordning
- Styrke leders forutsetninger for å drive god ledelse gjennom hensiktsmessig organisering, tydelige funksjonsbeskrivelser, og fornuftig oppgavedeling og lederstøtte.

Gjennom 2021 har det vært tilbudt ekstra kurs og støttetiltak for ledere for å ivareta den ekstraordinære belastningen relatert til korona-situasjonen.

HMS

Vedtatte HMS-mål for perioden 2019-2021 med tilhørende HMS-plan 2019-2021 er lagt til grunn for arbeidet i 2021. Fokusområdene omfatter reduksjon i sykefravær, redusert arbeidsbelastning og økt trygghet.

Målet for andel sykefravær i 2021 var på 7,2 %. Det faktiske fraværet endte på 8,9 %. Ser en bort fra fravær knyttet til Covid-19 er sykefraværet på 8,1 %. Årsakene til sykefraværet er sammensatt og vil variere fra enhet til enhet, men det er nærliggende å anta at belastning under pandemien har hatt en negativ effekt.

Helseforetaket er en IA-bedrift og har etablerte rutiner for oppfølging av sykemeldte. Det gjennomføres samarbeidsmøter med NAV Arbeidslivssenter jevnlig. NAV bidrar inn i arbeidsmiljøarbeidet i ulike enheter med prosessveiledning, råd og annen bistand. I forbindelse med signering av IA samarbeidsavtale ble det besluttet å opprette et IA- utvalg ved Ahus høsten 2020, som et underutvalg til AMU. Første ordinære møte i IA- utvalgte ble avholdt 15.02.2021. I 2021 er det avholdt syv møter i IA- utvalget.

ForBedring, nasjonal medarbeider – og pasientsikkerhetskultur-undersøkelse, ble gjennomført våren 2021. Ahus oppnådde en svarprosent på 78 %. Deltakelsen er noe lavere enn målet om 80 %, men skyldes i stor grad pandemisituasjonen. Undersøkelsen kartlegger temaer innen arbeidsmiljø, pasientsikkerhetskultur og HMS. Det er lagt overordnede føringer for hvordan enhetene i helseforetaket skal følge opp resultatene fra undersøkelsen.

Oppfølging av undersøkelsen ble gjennomført i som planlagt. Undersøkelsen følges også opp på de ulike AMU nivåene, hvor det å sikre at alle enheter får på plass lokale handlingsplaner er et av tiltakene. Mål knyttet til brannvern og ytre miljø inngår også i den overordnede HMS planen.

Foretaket arbeider kontinuerlig med målrettede tiltak for å nå HMS-målene. Implementering av systemer og nye prosedyrer skjer blant annet gjennom informasjon i ledermøter, nyhetsbrev til ledere og gjennomføring av opplæring. Det ble gjennomført tre 40 timers kurs i HMS i 2021, der 155 deltaker fikk godkjent opplæringen. Det ble ikke gjennomført HMS-dag som planlagt i 2021.

Foretakets øverste arbeidsmiljøutvalg (AMU) har gjennomført 12 møter i 2021. Det er i tillegg gjennomført AMU-møter på divisjonsnivå, dette med noe ulike intervaller.

Det er gjennomført 6 interne revisjoner ved foretaket i 2021, hvorav fire revisjoner har vært på HMS området og to revisjoner har vært på Strålevern. Alle revisjonene er lukket i henhold til rutine.

Det ble utført brannteknisk tilsyn på Ski sykehus i 2021. Tilsynet er fulgt opp og lukket.

Det ble meldt totalt 3312 uønskede HMS-hendelser i 2021, tilsvarende tall for 2020 var 3079. Det er kategoriene organisatorisk/ psykososialt arbeidsmiljø, og særlig underkategorien arbeidsbelastning, og smittevern som har hatt størst økning gjennom 2021. Økningen kan i stor grad relateres til pandemien.

Foretaket har hatt ett foretakshovedverneombud (FHVO) og ett assisterende FHVO, begge i 100 % stilling i 2021, i tillegg er det en tilretteleggingsavtale for divisjonshovedverneombud. Verne-tjenesten ved Akershus universitetssykehus er for øvrig organisert i tråd med organisasjonskartet og er representert på alle ledernivåene i helseforetaket.

Likestilling

Foretakets status på dette området i tall er som følger:

Kjønnsbalanse Oppgitt i prosent		Midlertidige ansatte Oppgitt i prosent		Foreldrepermisjon Oppgitt i gjennomsnitt antall uker	
Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
79 %	21 %	15 %	14 %	21 uker	14 uker

Kvinner utgjør 79 % av ansatte, noe som er en liten økning fra 2020. Det er stor overvekt av kvinner innenfor de aller fleste stillingskategoriene, selv om det er noe variasjon. Foretaket har benyttet flere midlertidige ansatte tilknyttet koronasituasjonen i 2021. Det er liten variasjon i kjønnsbalansen for midlertidige ansatte. Det er henholdsvis 15 % av kvinnene og 14 % av mennene som har en midlertidig ansettelse. Gjennomsnitt antall uker foreldrepermisjon for kvinner er uendret sammenlignet med 2020, og har en svak nedgang fra 15 til 14 uker for menn.

Hovedregelen er fast ansettelse. Det vil i 2022 bli satt ytterligere fokus på redusert bruk av midlertidige ansettelser i foretaket.

Foretakets status på deltidsarbeid er som følger:

Faktisk deltidsarbeid Oppgitt i prosent		Uønsket deltidsarbeid Oppgitt i prosent	
Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
28 %	20 %	10 %	6 %

Av våre faste ansatte er 30 % ansatt på deltid og 70 % på heltid. Når det gjelder de som er deltidsansatte ligger gjennomsnittlig stillingsprosent på 69 %. 28 % av kvinner og 20 % av menn arbeider deltid. Det er flere årsaker til deltidsarbeid. 10 % av kvinner oppgir at de arbeider ufrivillig deltid, mens 6 % av menn oppgir uønsket deltid. Det er p.t. 244 personer som har krysset av i foretakets systemer for at de arbeider uønsket deltid. Av disse er 217 personer kvinner. På grunn av koronasituasjonen er deltidsansatte i større grad tilbudt økt stillingsstørrelse.

Foretaket har i 2021 kontaktet samtlige deltidsansatte hvor de oppfordres til å krysse av i foretakets personalsystem hvor de oppgir om de arbeider henholdsvis ønsket eller uønsket deltid. Selv om andelen som oppgir uønsket deltid i foretaket er svært lav, vil det i 2022 settes fokus på deltidsproblematikken. Dette gjelder spesielt de som oppgir at de jobber uønsket deltid.

Foretakets status på lønnskartlegging er som følger:

	Kjønnsfordeling	Fastlønn	Annen lønn
	Gjennomsnitt andel kvinner	Gjennomsnitt forskjell	Gjennomsnitt forskjell
Avdelingsleder	69 %	99,3%	105,7%
Seksjonsleder	85 %	94,7%	80,0%
Enhetsleder	71 %	110,8%	91,1%
Overlege	49 %	98,7%	88,7%
LIS 2/3	68 %	100,1%	88,3%
Sykepleier	89 %	94,6%	88,1%
Spesialsykepleier/jordmor	89 %	99,9%	92,9%

De største faggruppene og lederstillinger (med minst fem av hvert kjønn) danner grunnlag for lønnskartleggingen. Lønnskartleggingen viser at kvinnelige seksjonsledere og sykepleiere har i gjennomsnitt lavere lønn enn menn. Kvinnelige enhetsledere har i gjennomsnitt høyere lønn enn menn.

Foretaket har startet et arbeid for å etablere en ny lønnspolicy. Når denne implementeres, vil også veiledning knyttet til likelønn bli ivaretatt. I interne statistikker utarbeidet for å se på forskjellen mellom kvinner og menn, er det gjennomgående slik at kvinner tjener mindre enn menn. Foreløpig er det ikke konkludert med at dette skyldes kjønn, men mer stillingens ansvar og arbeidsoppgaver. Samtidig blir det viktig å sikre at lønnpolicyen bidrar til å redusere forskjellene.

Diskriminering

Ahus har flere prosedyrer og rutiner for å hindre trakassering, seksuell trakassering og mobbing, i tillegg til prosedyrer for hvordan ansatte og ledere skal behandle saker knyttet til dette sakskomplekset.

Det holdes jevnlig kurs knyttet til prosedyrene for ledere og vernetjenesten. Det er nulltoleranse for trakassering, mobbing og seksuell trakassering i foretaket. Samtidig blir det hvert år rapportert inn saker som behandles, enten som enkeltsaker eller som funn i medarbeiderundersøkelsen. Det er et lederansvar å sikre at dette gjennomgås i den enkelte enhet. Foretaket synes det er viktig å sette fokus på disse problemstillingene, i og med at funn i medarbeiderundersøkelsen viser at medarbeidere oppgir at de har sett mobbing, trakassering og seksuell trakassering. Samtidig kommer det ikke i tilsvarende grad opp enkeltsaker. Foretaket arbeider derfor med å sikre at alle medarbeidere i virksomheten er kjent med rutinene, samt fremgangsmåte ved hendelser.

I inkluderingsdugnaden er det et mål om at minst fem prosent av nyansatte skal være personer med nedsatt funksjonsevne eller «hull i CV-en». Helseforetaket har i 2021 arbeidet med å gjennomføre nødvendige tilpasninger av retningslinjer og prosedyrer for ansettelse. Dette innebærer blant annet:

- Kandidater kan «hake av» for hull i CV og nedsatt funksjonsevne i rekrutteringssystemet
- Leder skal vurdere om kandidaten inviteres til intervju dersom kriteriene oppfylles og minstekrav til stillingen er oppfylt
- Positiv særbehandling: leder kan positivt forskjellsbehandle kandidater fordi de tilhører et diskrimineringsgrunnlag
- Mangfolds erklæring inkluderes i alle utlysninger

Foretaket har et godt samarbeid med NAV som har virkemidler som kan bidra til inkludering. Dette gjelder blant annet lønnstilskudd, arbeidstrening og inkluderingsstilskudd. Foretaket har i 2021 hatt flere personer i arbeidstrening gjennom Springbrett. Det vil i 2022 være fokus på å implementere inkluderende rekruttering i foretaket.

MILJØ

FNs bærekraftsmål ser miljø, økonomi og sosial utvikling i sammenheng. Gjennom arbeid med å innfri vedtatte miljømål, tar foretaket del i dette viktige arbeidet.

Ahus har så langt vært miljøsertifisert etter ISO 14001:2015 standarden. Spesialisthelsetjenesten vurderer å gå bort fra sertifiseringen og heller satse på samarbeid på tvers av sykehusene med blant annet oppfølgingsrevisjon basert på miljømål satt av HSØ. I forbindelse med omleggingen vil de interne prosessene for å operasjonalisere miljømålene bli revidert.

	Mål	Status -21
Bredspektret antibiotika	<30%	15,5%
Co2 utslipp fra basisår	-5%	-5%
Forsyningssenteret	>75%	68%
Avfall sorteringsgrad	>47%	56%

INFORMASJONSSIKKERHET

Ahus har etablert en strategi for personvern og informasjonssikkerhet, og arbeider planmessig og strukturert med denne som utgangspunkt. Det utarbeides årlige handlingsplaner på virksomhetsnivå og enhetsnivå.

Foretakets hovedleverandør av IKT tjenester, Sykehuspartner, er ansvarlig for helhetlig IKT-sikkerhet i infrastrukturen. Ahus er ansvarlig for all informasjonen som behandles i tjenester som leveres til oss. Informasjon som behandles kan være viktig både for pasientbehandlingen for å tilby forsvarlig helsehjelp, eller for driften av sykehuset. Foretakets ansvar er derfor å behandle informasjonen på en forsvarlig måte, samt å forsikre at tjenester levert kan oppbevare denne informasjonen i henhold til gjeldende krav. Krav til informasjonssikkerhetstiltak varierer avhengig av hvor kritisk informasjonen er for å levere forsvarlig helsehjelp og forsvarlig drift av sykehuset.

Det primære trusselbildet i dag er trusler fra internett. Ahus er derfor helt avhengige av at Sykehuspartner og andre mindre leverandører evner å motstå forsøk fra trusselaktører. Foretakets evne til å levere forsvarlig helsehjelp, og informasjon foretaket er ansvarlig for, kan bli skadelidende ved vellykkede angrep, og det må være så lav sannsynlighet som mulig for at angrep lykkes. Dette tilsier at foretaket bør ha høy oppmerksomhet på svakheter som kan føre til at angrep lykkes.

EIENDOMSUTVIKLING

Forprosjektfasen for nytt bygg for Psykisk helsevern (PHN) er igangsatt i starten av 2022 etter en mellomfase med blant annet vurdering av entreprisemodeller i 2021.

Kreft og Somatikkbygget (KSB) fikk godkjent prosjektinnrammingen i 2021, og starter opp konseptfase i starten av 2022.

Som en del av strategisk arealplan stod to etasjer i Nye Nord med senger og polikliniske arealer klart i desember 2021. Det ble også etablert en midlertidig brakke for kontor-arbeidsplasser i juli 2021 for de administrative ansatte som ble flyttet ut av Nye Nord

Nytt administrativt bygg «Fellesbygget» er også i konseptfase. Det har vært jobbet godt med et nytt arbeidsplasskonsept som en del av dette prosjektet.

Det har vært utredet mulighet for plassering av nytt bygg for OsloMET på nabotomten til Fellesbygget gjennom store deler av 2021. OsloMET valgte til sist en plassering i Lillestrøm i desember.

Det er inngått leieavtale med NKS i deres nybygg for å flytte både Voksenhabilitering og Nevrologisk rehabilitering inn i dette bygget. Begge disse områdene er i dag plassert i bygg som er under utfasing. De fysiske byggearbeidene på det nye NKS bygget er i gang, med planlagt innflytting i slutten av 2023.

På Kongsvinger er det igangsatt arbeid med arealbruksplan for lokasjonen, som ventes ferdigstilt første halvår 2022.

Det er utarbeidet en ny eiendomsstrategi for foretakets portefølje i 2021 etter Sykehusbyggs veileder.

Det er vedtatt en enhetlig prosjektmodell for bygg i tråd med HSØ sin veileder for prosjekteierstyring i foretaket. Intensjonen er at alle byggeprosjekter skal følge samme metodikk i en skalerbar modell. Modellen rulles ut ved e-læringsmoduler våren 2022, og modulene skal gjennomføres av alle som har roller i byggeprosjektene i foretaket.

BRUKERMEDVIRKNING

Brukerutvalgets viktigste oppgave er å ivareta pasienters og pårørendes interesser og behov, særlig knyttet til utforming og kvalitetssikring av pasienttilbudet. Brukerutvalget er oppnevnt av styret basert på forslag fra FFO, SAFO, Kreftforeningen og Pensjonistforbundet. I 2021 har brukerutvalget og ledelsen i foretaket fortsatt arbeidet med å øke forståelse for og fremheve viktigheten av brukermedvirkning. Brukerutvalget har hatt ni møter i 2021.

Leder og nestleder i brukerutvalget har møterett som observatører i foretakets styre.

Brukerutvalget er representert i utvalg for kvalitet- og pasientsikkerhet, klinisk etisk komité, helse- og omsorgsfaglig samarbeidsutvalg mellom Ahus og kommuner, tvisteutvalg kommuner, rehabiliterings-nettverket, ledersamarbeidsforum Nedre og Øvre Romerike, samarbeidsforum Ahus og bydeler. Brukerne er i tillegg representert i flere prosjekter og utvalg av tidsbegrenset varighet, bl.a. er de representert i prosessene knyttet til nye bygg, arbeidet med pasientforløp og kapasitetsforbedring lokalt og regionalt.

Brukerutvalget har i 2021 hatt innflytelse og innvirkning på de saker som er behandlet i utvalget. Dette gjelder blant annet høringer og deltagelse i faglige utvalg og prosjekter. Brukerutvalget vil likevel signalisere at potensialet for involvering av brukere er enda større knyttet til utviklingsarbeid, pasientsikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen.

Ungdomsrådet ved Ahus ble opprettet i 2012. Det representerer brukergruppen ungdom fra 12 til 25 år. Ungdomsrådet er et rådgivende organ og en høringsinstans for sykehuset i arbeidet med å utvikle og opprettholde gode helsetjenester for ungdom. Leder for ungdomsrådet deltar i brukerutvalget sine møter.

FORTSATT DRIFT

Fra 01.01.2002 ble det inngått avtale med Helse Sør-Øst RHF om leveranse av spesialisthelsetjenester, og avtalen revideres årlig. I samsvar med regnskapsloven § 3-3 bekreftes det at forutsetning om fortsatt drift er til stede og er lagt til grunn ved avleggelsen av årsregnskapet. Statens ansvar for helseforetakene er regulert i Lov om

helseforetak. Konkurs og gjeldsforhandling etter konkursloven kan ikke åpnes i helseforetak, jf. lovens § 5.

Foretaket har et disponibelt tilskudd knyttet til driftsmessige Covid-19 effekter på 124 mill. kr overført fra 2021. I tillegg er foretaket tildelt 34 mill. kr til økte Covid-19 kostnader i styresak 021-2022 i HSØ. Etter februar er det brukt 90 mill. kr i Covid-19 tilskudd. Uten ytterligere tilskudd er det sannsynlig at effektene av Covid-19 vil overstige tilgjengelig finansiering inneværende år. HSØ vil dele ut ytterligere midler i juni og det er også muligheter for finansiering av Covid-19 effekter i RNB 2022.

INVESTERINGER, FINANSIERING OG LIKVIDITET

Totale investeringer for Akershus universitetssykehus HF i 2021 er på 529,4 mill. kr. Av dette er 18,3 direkte relatert til pandemien. Covid-19 investeringene er MTU, øvrige investeringer består hovedsakelig av investeringer gjort i MTU og bygningsmasse knyttet til nødvendig oppgradering av sykehuset. 8,2 mill. kr av investeringene tilhører konseptfasen av nytt psykiatribygg. Det er ikke gjort nye investeringer i 2021 som er finansiert med finansiell leasing. I tillegg har Sykehuspartner investert i IKT-utstyr på foretakets vegne for 9,8 mill. kr.

Pr. 31.12.2021 utgjorde kortsiktig gjeld 23,7 % av samlet gjeld. Foretakets egenkapitalandel var på 29,5 %.

Foretakets likviditetsbeholdning pr. 31.12.2021 var 649,4 mill. kroner i form av kontanter, bankinnskudd og liknende. Driftskonto er reklassifisert til fordring på morselskap iht gjeldende prinsipper i konsernet. Fordringen var 642,3 mill. kr ved årsskiftet. Kontantstrømmen i 2021 var totalt sett positiv med 37,2 mill. kr. I 2020 var kontantstrømmen positiv med 13,6 mill. kr.

ÅRSRESULTAT OG DISPONERINGER ØKONOMI

Akershus universitetssykehus hadde i 2021 en omsetning på 12 375 mill. kr, mot 11 074 mill. kr i 2020. Foretaket har for 2021 et regnskapsmessig overskudd på 264,3 mill. kr. I

2020 var overskuddet på 437,4 mill. kr. Det har vært nok et annerledes år som følge av koronasituasjonen, se eget kapittel om effektene av dette i regnskapet. Effektene av pandemien er i stor grad nøytralisert ved mottatt inntektskompensasjon.

Regnskapet for 2021 er avlagt etter samme prinsipper som foregående år. Helseforetaket har ikke fri egenkapital pr 31.12.2021.

STYRET

Ved utgangen av 2021 hadde styret følgende medlemmer:

Morten Dæhlen (styreleder)
Anne Sissel Faugstad (nestleder)
Sylvi Graham
Kjetil A H Karlsen
Loveleen Rihel Brenna
Svein Harald Øygard
Andreas Norvik
Brita Haugum (ansattrepresentant)
Ståle Clementsen (ansattrepresentant)
Cathrine Strand Aaland (ansattrepresentant)
Berit Langset (ansattrepresentant).

I tillegg har følgende fra brukerutvalget vært observatører i styret i 2021:
Cathrine Aas Moen, leder
Jannicke Boge, nestleder.

Styret var også i 2021 særlig opptatt av hvordan koronapandemien påvirket driften og arbeidsbelastningen, samt realisering av foretakets planer for å håndtere ulike faser av pandemien gjennom året. For øvrig var hovedsakene, ut over rapportering og oppfølging, knyttet til arbeidet med oppdatering av utviklingsplanen og å skape tilstrekkelig kapasitet i sykehuset gjennom ombygging i eksisterende bygningsmasse og planlegging av nybygg. Videre har styret lagt vekt på arbeidet med å styrke universitetssykehusfunksjonen. Styret har også prioritert arbeidet med informasjonssikkerhet og personvern, kvalitet og

pasientsikkerhet, samt å gi befolkningen et godt og fullverdig tjenestetilbud.

Som følge av raskt opptak av ordinær drift i perioder med lavere antall covid-19-pasienter, har foretaket lyktes med å opprettholde en god økonomisk utvikling. Det er dermed lagt et godt grunnlag for investeringer til nødvendig vedlikehold og nysatsinger. Imidlertid vil det fortsatt være viktig å skape overskudd til fremtidige investeringer. Økonomisk bærekraft er en forutsetning for utviklingen av virksomheten og bygningsmassen. Styret vil i 2022 fortsette arbeidet med å planlegge kapasitetsutvidelse i takt med behovet, samtidig som eksisterende areal på alle foretakets behandlingssteder utnyttes best mulig. Videreføring av helseforetakets utviklingsarbeid vil også stå sentralt, slik at pasienttilbudene er best mulig tilpasset behovet og i takt med den medisinske og teknologiske utviklingen.

Styret berømmer den ekstraordinære innsatsen både ansatte og ledelse har gjort i løpet av det som var et svært krevende år.

Helse Sør-Øst RHF har tegnet en masteravtale på styreansvarsforsikring i Arch Insurance/Riskpoint AS som gjelder alle foretak under Helse Sør-Øst RHF, inklusiv Akershus Universitetssykehus HF. Forsikringssummen er NOK 25 000 000. Det er ikke egenandel på forsikringen. Forsikringen gjelder for ethvert nåværende, tidligere og fremtidig styremedlem eller ledende ansatt inkl. daglig leder. Forsikringen omfatter sikredes rettslige erstatningsansvar for ren formuesskade som sikrede kan pådra seg i egenskap av sin styrefunksjon. For forsikringen gjelder avtale og forsikringsvilkår 10.102 Styreansvar NO 09.2010.

Lørenskog, 27. april 2022

Morten Dæhlen
Styreleder

Anne Sissel Faugstad
Styremedlem

Loveleen Rihel Brenna
Styremedlem

Kjetil Karlsen
Styremedlem

Cathrine Strand Aaland
Styremedlem

Ståle Clementsen
Styremedlem

Berit Langset
Styremedlem

Sylvi Graham
Styremedlem

Andreas Norvik
Styremedlem

Svein Harald Øygard
Styremedlem

Brita Haugum
Styremedlem

Øystein Mæland
Administrerende direktør

Årsregnskap
Resultatregnskap 01.01 - 31.12-2021
Akershus universitetssykehus HF
 (Alle tall i NOK 1000)

	Note	2021	2020
DRIFTSINNEKTER OG DRIFTSKOSTNADER			
Basisramme	2	7 489 191	7 011 247
Aktivitetsbasert inntekt	2	4 017 840	3 371 176
Annen driftsinntekt	2	867 478	692 032
Sum driftsinntekter		12 374 508	11 074 455
Kjøp av helsetjenester	3	1 474 000	1 272 350
Varekostnad	4	1 754 968	1 535 330
Lønn og annen personalkostnad	5	7 298 108	6 412 856
Ordinære avskrivninger	9,10	379 300	360 580
Annen driftskostnad	6	1 162 756	1 006 287
Sum driftskostnader		12 069 132	10 587 403
Driftsresultat		305 376	487 052
FINANSINNEKTER OG FINANSKOSTNADER			
Finansinntekt	7,12	10 525	11 411
Finanskostnad	7	51 580	61 042
Netto finansposter		-41 056	-49 631
Resultat før skattekostnad		264 320	437 421
ARSRESULTAT		264 320	437 421
OVERFØRINGER			
Overført til annen innskutt egenkapital		264 320	437 421
		264 320	437 421

Årsregnskap

Balanse per 31.12.2021

Akershus universitetssykehus HF

(Alle tall i NOK 1000)

	Note	2021	2020
EIENDELER			
Anleggsmidler			
Immatrielle eiendeler			
Immaterielle eiendeler	9	6 693	7 192
Sum immaterielle eiendeler		6 693	7 192
Varige driftsmidler			
Tomter, bygninger og annen fast eiendom	10	5 962 869	6 226 918
Medisinskteknisk utstyr, Inventar, transportmidler og lignende	10	549 036	418 796
Anlegg under utførelse	10	395 150	114 645
Sum varige driftsmidler		6 907 055	6 760 359
Finansielle anleggsmidler			
Investeringer i andre aksjer og andeler	11	336 762	288 721
Andre finansielle anleggsmidler	12	7 291	7 061
Pensjonsmidler	16	1 506 406	1 299 837
Sum finansielle anleggsmidler		1 850 458	1 595 620
Sum anleggsmidler		8 764 206	8 363 171
Omløpsmidler			
Varer	4	3 959	3 205
Fordringer			
Fordringer	13	1 115 391	1 303 515
Sum fordringer		1 115 391	1 303 515
Bankinnskudd, kontanter o.l.			
Sum omløpsmidler		1 388 793	1 539 009
SUM EIENDELER		10 152 999	9 902 180

EGENKAPITAL OG GJELD

Egenkapital

Innskutt egenkapital

Foretakskapital		100	100
Annen innskutt egenkapital		2 315 277	2 315 277
Sum innskutt egenkapital	15	2 315 377	2 315 377

Opptjent egenkapital

Annen egenkapital		680 396	416 076
Sum opptjent egenkapital	15	680 396	416 076
Sum egenkapital		2 995 772	2 731 452

Gjeld

Avsetning for forpliktelser

Pensjonsforpliktelser	16	45 179	20 155
Andre avsetninger for forpliktelser	17	1 624 282	1 647 314
Sum avsetninger for forpliktelser		1 669 462	1 667 469

Annen langsiktig gjeld

Øvrig langsiktig gjeld	12	3 311 849	3 419 808
Sum annen langsiktig gjeld		3 311 849	3 419 808

Kortsiktig gjeld

Skyldige offentlige avgifter		475 116	414 437
Annen kortsiktig gjeld	18	1 700 800	1 669 015
Sum kortsiktig gjeld		2 175 916	2 083 452
Sum gjeld		7 157 227	7 170 728
SUM EGENKAPITAL OG GJELD		10 152 999	9 902 180

Morten Dæhlen
Styreleder

Anne Sissel Faugstad
Styremedlem

Loveleen Rihel Brenna
Styremedlem

Kjetil Karlsen
Styremedlem

Berit Langset
Styremedlem

Cathrine Strand
Aaland
Styremedlem

Ståle Clementsen
Styremedlem

Sylvi Graham
Styremedlem

Brita Haugum
Styremedlem

Svein Harald Øygard
Styremedlem

Andreas
Nordvik
Styremedlem

Øystein Mæland
Administrerende
direktør

Årsregnskap

Kontantstrømoppstilling

Akershus universitetssykehus HF

(Alle tall i NOK 1000)

	2021	2020
KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER:		
Årsresultat	264 320	437 421
Tap/gevinst ved avgang anleggsmidler	2 117	-20 159
Ordinære avskrivninger	379 300	360 580
Endring i omløpsmidler	10 958	-651 415
Endring i kortsiktig gjeld	163 714	440 618
Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn-/utbetalinger i	-181 544	-218 630
Inntektsført investeringstilskudd	-76 984	-78 261
Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter	561 881	270 154
KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGSAKTIVITETER:		
Innbetalinger ved salg av driftsmidler	1 830	37 709
Utbetalinger ved kjøp av driftsmidler	-529 444	-283 767
Utbetalinger ved kjøp av andre finansielle eiendeler	-48 040	-16 103
Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	-575 653	-262 161
KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER:		
Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld	-229	3 857
Utbetalinger ved nedbetaling av langsiktig gjeld	-2 797	-2 797
Innbetaling av investeringstilskudd	48 500	2 700
Endring øvrige langsiktige forpliktelser	5 452	1 817
Endring foretakskapital uten kontanteffekt		
Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	50 926	5 577
Netto endring i likviditetsbeholdning	37 153	13 571
Likviditetsbeholdning pr 01.01.	232 289	218 718
Beholdning av bankinnskudd, kontanter og lignende pr 31.12	269 443	232 289
Ubenyttet trekkramme 31.12		
Likviditetsreserve 31.12	269 443	232 289
Innvilget trekkramme 31.12.		
Bankinnskudd, kontanter o.l.	269 443	232 289

Regnskapsprinsipper

Generelt om regnskapet

Årsregnskapet er avlagt i samsvar med regnskapsloven og god regnskapsskikk.

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

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

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

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

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

Vurderings- og klassifiseringsprinsipper

Virksomhetsoverdragelser

Virksomhetsoverdragelser mellom foretak i Helse Sør-Øst bokføres etter regnskapsmessig kontinuitet. Nettoeffekten av bokførte verdier av overførte eiendeler og forpliktelser knyttet til overført virksomhet føres som et tingsuttak i form av en kapitalnedsettelse i avgivende helseforetak, og et tingsinnskudd i mottakende helseforetak.

Generelt om inntekts- og kostnadsføringsprinsipper

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

Prinsipper for inntektsføring

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

Grunnfinansiering

Grunnfinansieringen består av basisramme drift. Grunnfinansieringen tildeles foretakene fra Helse Sør-Øst RHF som fast bevilgning til drift og investering i foretaket. Grunnfinansieringen er normalt et driftstilskudd uten bestemte vilkår som gis nærmest uavhengig av aktivitet for å opprettholde en kapasitet som er tilstrekkelig for det sykehusområde et helseforetak er ansvarlig for. Dette tilsier normalt sett at grunnfinansieringen inntektsføres i sin helhet innenfor det året bevilgningen gis. Gjennom Revidert nasjonalbudsjett 2020 ble Helse Sør Øst tildelt en ekstra basisbevilgningen for å sikre at helseforetakene har tilstrekkelig med midler til å bekjempe Covid-19 pandemien. Den ekstra bevilgningen er vurdert å ikke være tidsbegrenset, og ved utgangen av 2020 kan pandemien ikke sies å være under kontroll. Den delen av ekstrabevilgning som per desember ikke er benyttet til dette formålet har Helse Sør Øst derfor besluttet å avsette som utsatt inntekt i balansen for å inntekomme negative økonomiske effekter av pandemien i 2021. Avsetningens størrelse er begrenset av både forventet ekstra bevilgning i 2021 knyttet til bekjempelse av pandemien, samt konkrete vurderinger knyttet til tilhørende pandemikostnader i 2021

Aktivitetsbaserte inntekter

Aktivitetsbaserte inntekter består i all hovedsak av ISF (ISF = innsatsstyrt finansiering), polikliniske inntekter (refusjoner fra HELFO og egenandeler), gjestepasientinntekter, inntekter fra selvbetalende pasienter og salg av laboratorie- og røntgentjenester. Oppførte ISF-refusjoner er basert på koding i Norsk Pasientregister (NPR). Det er fokus i helseforetakene på betydningen av riktig koding for å få vist korrekte inntekts tall. Gjestepasientoppgjør føres brutto, dvs. kostnadsføring for kjøp av helsetjenester med tilhørende ISF innen somatisk virksomhet, og inntektsføring for salg av helsetjenester. ISF-refusjoner og poliklinikkinntekter inntektsføres i den perioden aktiviteten er utført.

Andre inntekter

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

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

Prinsipper for kostnadsføring

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

Klassifisering av balanseposter

Omløpsmidler og kortsiktig gjeld omfatter poster som forfaller til betaling innen ett år etter anskaffelsestidspunktet. Øvrige poster er klassifisert som anleggsmidler/langsiktig gjeld. Omløpsmidler vurderes til laveste av anskaffelseskost og virkelig verdi. Kortsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på opptakstidspunktet. Anleggsmidler vurderes til anskaffelseskost på anskaffelsestidspunktet

og avskrives lineært over forventet brukstid. Anleggsmidler nedskrives dersom de ikke lenger vil være i bruk. Langsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på etableringstidspunktet. Første års avdrag på langsiktig gjeld vises sammen med øvrig langsiktig gjeld.

Varige driftsmidler

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

Tomter avskrives ikke da disse anses å ha ubegrenset økonomisk levetid.

Utgifter forbundet med periodisk vedlikehold og reparasjoner på produksjonsutstyr, periodiseres. Utgifter forbundet med normalt vedlikehold og reparasjoner blir løpende kostnadsført. Utgifter ved større utskiftninger og fornyelser som øker driftsmidlenes levetid vesentlig, balanseføres. Driftsmidler som erstattes, kostnadsføres. Renter som knytter seg til anlegg under oppføring blir aktivert som en del av kostprisen.

Immaterielle eiendeler, herunder forskning og utvikling

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

Usikre forpliktelser

Dersom det etter selskapets oppfatning er sannsynlig at en usikker forpliktelse vil komme til oppgjør, og verdien av oppgjøret kan estimeres pålitelig, kostnadsføres forpliktelsen i resultatregnskapet og tas inn som en avsetning for forpliktelser i balansen. Investeringsstilskudd avsettes i balansen og inntektsføres i takt med avskrivningene på den tilhørende investeringen.

Behandling av felleskontrollerte virksomheter

Med felleskontrollert virksomhet (joint venture) menes virksomhet hvor deltakerne sammen har felles kontroll. Ingen deltaker alene har bestemmende innflytelse, men sammen har man bestemmende innflytelse. Samarbeidet må være regulert i en samarbeidsavtale som hjemler felles kontroll, og deltakelsen må ikke være midlertidig. Helse Sør-Øst vurderer felleskontrollert virksomhet etter egenkapitalmetoden i morselskapets og foretaksgruppens regnskap.

Tilknyttede selskap

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

Egenkapitalinnskudd pensjonskasser

Egenkapitalinnskudd i KLP og andre pensjonskasser er verdsatt til anskaffelseskost.

Pensjoner

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

Pensjonsmidlene er vurdert til virkelig verdi og fratrukket i netto pensjonsforpliktelse i balansen. Eventuell overfinansiering balanseføres i den grad overfinansieringen kan utnyttes eller tilbakebetales. Den enkelte pensjonsordning vurderes for seg, men verdi av overfinansiering i en ordning og underfinansiering i andre ordninger nettoføres i balansen såfremt pensjonsmidlene kan overføres mellom ordningene. Netto pensjonsmidler presenteres som andre langsiktige fordringer, mens netto pensjonsforpliktelser presenteres som avsetning for forpliktelser.

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

Det er gjort en endring i NRS 6 Pensjonskostnader som påvirker regnskapsføring av planendringer. Det er besluttet at eventuelle planendringsgevinster som oppstår i forbindelse med ubetingede planendringer, nå kan benyttes til å redusere uinnregnede estimatavvik. Dette er et likestilt alternativ med resultatføring av slike gevinster, og er et valg av regnskapsprinsipp som må anvendes konsistent for alle ordninger og fra periode til periode. Endringene fremkommer i NRS 6 punkt 56. Endringen trer i kraft for regnskapsår som starter 1. Januar 2020 eller senere, men det er tillatt å ta i bruk de nye reglene også for 2019 regnskapet. Helse Sør-Øst har valgt å tidligimplementere endringen i NRS 6 med virkning for 2019 og har dermed endret sitt tidligere prinsipp med direkte resultatføring. Dette innebærer at planendringer i 2019 som medfører gevinst reduserer eventuelle uinnregnede kostnader ved tidligere perioders pensjonsopptjening som er tilknyttet den samme ordningen. Dersom det ikke er uinnregnede kostnader resultatføres gevinsten direkte. Øvrige planendringer innregnes i resultatregnskapet umiddelbart.

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

Arbeidstakers andel av pensjonspremien er kommet til fradrag i lønnskostnaden.

Konsolideringsprinsipper

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

Fordringer

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

Varebeholdninger

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

Valuta

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

Kontantstrømoppstilling

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

Konsernkontoordning

Helseforetakenes innskudd og gjeld på konsernkontoen er klassifisert som kortsiktig fordring/gjeld mot Helse Sør-Øst RHF. Foretaksgruppens netto innskudd i konsernkontoordningen er klassifisert som omløpsmidler. Renteinntekter- /kostnader er behandlet som konserninterne renter i helseforetaket.

Endringer i regnskapsprinsipp og feil i tidligere perioder

Virkningen av endringer i regnskapsprinsipp og korrigering av feil i tidligere perioder er ført direkte mot egenkapitalen. Tilsvarende er enkelte tall i noter og balanseoppstilling endret.

Sikringsbokføring

Helse Sør Øst handler finansielle kontrakter (sikringsinstrument) på Nord Pool for å redusere risikoeksponeringen i forhold til varierende strømpris (sikringsobjekt).

Helse Sør Øst benytter seg av sikringsbokføring ved at endringen i verdien på sikringsinstrumentet og sikringsobjektet utligner hverandre.

Skatt

Foretakets virksomhet, sykehusdrift, er ikke skattepliktig. Skatteberegning som fremkommer i regnskapet til foretaksgruppen knytter seg til skattepliktig virksomhet i datterdatter foretak, samt publikumsdelen av Sykehusapotekenes virksomhet.

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

Leieavtaler

Helseforetak har anledning til å inngå finansielle leiekontrakter, jf. Helseforetaksloven § 33 og vedtektene til Helse Sør-Øst RHF § 12. De finansielle leieavtalene er balanseført til kostpris og som langsiktig gjeld, og avskrives over eiendelens levetid, fordelt på de ulike delkomponentene.

Nøytral merverdiavgift

Gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2016-2017) for Helse- og omsorgsdepartementet ble det fra 1.januar 2017 innført en ordning med nøytral merverdiavgift for helseforetakene. Ordningen innebærer at helseforetakene får kompensert merverdiavgiftsutgifter på en rekke varer og tjenester som inngår i driften av virksomheten.

Årsregnskap
Note 1 - Virksomhetsområder
Akershus universitetssykehus HF
 (Alle tall i NOK 1000)

	2021	2020
Driftsinntekter pr virksomhetsområde		
Somatiske tjenester	9 570 634	8 579 399
Psykisk helsevern VOP	1 772 421	1 641 412
Psykisk helsevern BUP	567 311	433 306
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	375 933	354 675
Annet	88 209	65 663
Overføringer til datterforetak		
Driftsinntekter pr virksomhetsområde	12 374 508	11 074 455
Driftskostnader pr virksomhetsområde		
Somatiske tjenester	-9 452 124	-8 196 037
Psykisk helsevern VOP	-1 701 395	-1 593 850
Psykisk helsevern BUP	-520 693	-427 471
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	-325 736	-301 661
Annet	-69 183	-68 383
Kjøp av helsetjenester fra datterforetak		
Driftskostnader pr virksomhetsområde	-12 069 132	-10 587 403
Driftsinntekter fordelt på geografi		
Pasienter hjemmehørende i Helse Sør-Øst RHF sitt opptaksomr	12 289 711	10 993 306
Pasienter hjemmehørende i resten av landet	75 543	69 306
Pasienter hjemmehørende i utlandet	9 254	11 843
Driftsinntekter fordelt på geografi	12 374 508	11 074 455

Årsregnskap

Note 2 - Inntekter

Akershus universitetssykehus HF

(Alle tall i NOK 1000)

	2021	2020
DRIFTSINTEKTER		
Basisramme		
Basisramme	7 489 191	7 011 247
Basisramme	7 489 191	7 011 247
Aktivitetsbasert inntekt		
Behandling av egne pasienter i egen region 1)	3 135 754	2 775 398
Behandling av pasienter internt i egen region	230 660	109 133
Behandling av egne pasienter i andre regioner 2)	22 386	15 659
Behandling av andre pasienter i egen region 3)	33 815	29 224
Poliklinikk, laboratorie og radiologi	524 486	373 063
Utskrivningsklare pasienter	22 621	18 520
Andre aktivitetsbaserte inntekter	48 118	50 179
Aktivitetsbasert inntekt	4 017 840	3 371 176
Annen driftsinntekt		
Øremerket tilskudd til psykisk helsevern		
Kvalitetsbasert finansiering	45 157	46 296
Øremerket tilskudd til "Raskere tilbake"	0	0
Øremerkede tilskudd til andre formål	435 857	255 021
Inntektsføring av investeringstilskudd 4)	76 984	78 261
Driftsinntekter fra apotekene 5)	0	0
Andre driftsinntekter	309 480	312 455
Annen driftsinntekt	867 478	692 032
Sum driftsinntekter	12 374 508	11 074 455

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

Aktivitetstall

Aktivitetstall somatikk

Antall DRG poeng iht. "sørge for" ansvaret	126 603	114 867
Antall DRG poeng iht. eieransvaret	122 355	110 115
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	413 204	375 153

Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og unge

Antall utskrevne pasienter fra døgntil behandling	122	89
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	100 087	84 780
Antall ISF-poeng iht eieransvar	33 299	26 940

Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne

Antall utskrevne pasienter fra døgntil behandling	4 201	4 535
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	163 369	142 899
Antall ISF-poeng iht eieransvar	23 292	19 719

Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere

Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	1 154	1 164
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	32 571	32 681
Antall ISF-poeng iht eieransvar	4 889	4 503

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

DRG-systemet klassifiserer sykehusopphold i grupper som er medisinsk og ressursmessig tilnærmet homogene. Inntektene i DRG-systemet er i 2021 satt til 50 % av full DRG-pris, det vil si kr 23.360 per DRG poeng.

Aktivitetstallene inkluderer ikke aktivitet finansiert av Raskere tilbake og eventuelt andre øremerkede midler/særskilt finansiering. Aktivitetstallene består også av pasienter behandlet hos private.

Fra og med 2017 er den aktivitetsbaserte finansieringen av poliklinisk psykisk helsevern og poliklinisk tverrfaglig spesialisert rusbehandling overført til ISF-ordningen. I antall polikliniske konsultasjoner for TSB og PH for 2017 inngår også de konsultasjonene som er finansiert gjennom ISF (antall DRG-poeng).

Ved innføring av ISF-refusjon er det samtidig endret tellemåte når det gjelder antall konsultasjoner.

Årsregnskap
Note 3 - Kjøp av helsetjenester
Akershus universitetssykehus HF
 (Alle tall i NOK 1000)

	2021	2020
KJØP AV HELSETJENESTER		
Kjøp av offentlige helsetjenester somatikk eksternt	64 720	50 316
Kjøp av offentlige helsetjenester somatikk internt i foretaksgruppen	880 511	766 725
Kjøp av private helsetjenester somatikk	179 357	152 747
Kjøp av offentlige helsetjenester psykiatri eksternt	9 890	6 756
Kjøp av offentlige helsetjenester psykiatri internt i foretaksgruppen	180 779	177 680
Kjøp av private helsetjenester psykiatri	21 330	20 055
Kjøp av offentlige helsetjenester rus eksternt	966	610
Kjøp av offentlige helsetjenester rus internt i foretaksgruppen	22 696	15 418
Kjøp av private helsetjenester rus	16	28
Sum gjestepasientkostnader	1 360 265	1 190 336
Innleie av helsepersonell fra vikarbyrå	105 674	79 106
Andre kjøp av helsetjenester	8 061	2 909
Sum kjøp av andre helsetjenester	113 735	82 015
RHF-ets kjøp av helsetjenester fra datterforetakene		
Sum kjøp av helsetjenester	1 474 000	1 272 350

På kjøp av helsetjenester innen somatikk har vi - grunnet Covidpandemien - en økning i konserninterne gjestepasientkostnader innenfor lab/røntgen. Økningen er på over kr 80 mill. fra 2020 til 2021 (fra kr 198,7 mill. til kr 280, mill.). Fra 2019 til 2020 var økningen også på nesten kr 40 mill. I 2020 hadde vi en betydelig kostnadsreduksjon på andre kjøp innen somatikk. I 2021 har kjøpet økt fra 2020-nivå, men vi er fortsatt betydelig lavere enn budsjett på kjøp av andre somatiske tjenester (foruten lab).

Årsregnskap
Note 4 - Varer
Akershus universitetssykehus HF
 (Alle tall i NOK 1000)

	2021	2020
VAREBEHOLDNING		
Annet medisinsk forbruksmaterieell (eget bruk)	3 959	3 205
Andre varebeholdninger (eget bruk)		
Sum lager til eget bruk	3 959	3 205
Sum varebeholdning	3 959	3 205
Anskaffelseskost	3 959	3 205
Bokført verdi 31.12	3 959	3 205
VAREKOSTNAD		
Legemidler	943 381	889 575
Medisinske forbruksvarer	730 245	571 812
Andre varekostnader til eget forbruk	74 850	68 132
Innkjøpte varer for videresalg	6 492	5 811
Sum varekostnad	1 754 968	1 535 330

Kostnader til lab. Rekvisita (konto 404) har økt fra kr 92,4 mill. i 2019, til kr 163,1 mill. i 2020 og så til kr 238,8 mill. i 2021. Det er en vekst på nesten 260% på to år, som i sin helhet er knyttet til Covid-19 analyser og storvolum laboratoriet.

Arsregnskap

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

Akershus universitetssykehus HF

(Alle tall i NOK 1000)

	2021	2020
LØNNSKOSTNADER		
Lønnskostnader	5 495 634	5 026 170
Arbeidsgiveravgift	776 510	655 450
Pensjonskostnader inkl arbeidsgiveravgift	959 976	682 308
Andre ytelser	65 989	48 927
- balanseførte lønnskostnader egne ansatte		
Sum lønn og andre personalkostnader	7 298 108	6 412 856

Gjennomsnittlig antall ansatte	10 968	10 543
Gjennomsnittlig antall årsverk	8 398	7 944

(Tall i kroner)

Lønn til ledende ansatte

Navn	Tittel	Lønn	Pensjon	Andre Godtgjørelser	Sum	Tjeneste- periode	Ansettelses- periode
Øystein Mæland	Admin. direktør	2 008 147	329 683	10 159	2 347 989	12.05.2014	12.05.2014
Pål Wiik	Direktør	1 631 398	345 215	9 667	1 986 280	01.01.2006	26.07.1984
Jørn Arthur Limi	Direktør	1 695 341	323 491	14 132	2 032 964	01.09.2009	01.09.2005
Erik Borge Skei	Direktør	1 720 174	286 528	12 521	2 019 223	01.07.2017	23.08.2008
Inge Skråmm	Direktør	1 511 262	347 479	12 411	1 871 152	16.11.2015	01.05.1993
Pernille Schønsby	Direktør	1 527 944	332 177	9 045	1 869 166	18.07.2016	01.01.2009
Janne Pedersen	Direktør	1 523 717	349 305	7 389	1 880 411	01.09.2013	01.05.2007
Jan Inge Pettersen	Direktør	1 439 188	330 821	11 175	1 781 184	01.04.2010	01.04.2010
Dagfinn Aanonsen	Direktør	1 401 409	360 483	9 474	1 771 366	01.05.2015	01.05.2015
Morten Løkken Bendiksen	Direktør	1 438 980	319 926	14 574	1 771 480	01.06.2008	01.06.2008
Kari Fjeldal	Direktør	1 450 403	377 049	4 914	1 832 366	01.09.2017	01.01.2009
Helge Røsjo	Direktør	1 453 916	292 740	522	1 747 178	06.08.2018	06.08.2018
Anne Karin Lindahl	Direktør	1 689 952	352 475	13 487	2 055 914	19.02.2018	19.02.2018
Øystein Kjos	Direktør	1 682 307	329 312	5 913	2 017 532	01.02.2015	01.02.2015
Kirsten Haugland	Direktør	1 545 220	350 600	4 914	1 900 734	05.08.2019	05.08.2019
		23 717 358	5 027 284	140 297	28 884 939		

Tilleggsopplysninger pensjonsavtale ledende ansatte

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

Godtgjørelse til styrets medlemmer

Navn	Tittel	Styrehonorar	Lønn	Annen godtgjørelse	Sum
Morten Dahlen	Styreleder	263 000			263 000
Anne Sissel Faugstad	Styrets nestleder	184 000			184 000
Andreas Norvik	Styremedlem	134 000			134 000
Loveleen Rihel Brenna	Styremedlem	134 000			134 000
Sylvi Graham	Styremedlem	134 000			134 000
Kjetil A. H. Karlisen	Styremedlem	134 000		282	134 282
Svein Harald Øygard	Styremedlem	134 000			134 000
Cathrine Strand Aaland	Tillitsvalgt	134 000	460 242	4 548	598 790
Ståle Clementsen	Tillitsvalgt	134 000	1 718 435	522	1 852 957
Berit Langset	Tillitsvalgt	134 000	761 160	4 914	900 074
Brita Haugum	Tillitsvalgt	100 500	662 053	522	763 075
Willy Hellen	Tillitsvalgt	44 667	456 429	522	501 618
Turid Lillian Mathisen	Tillitsvalgt	20 680	656 677	522	677 879
		1 684 847	4 714 996	11 832	6 411 675

(Tall i kroner)

Revisjonshonorar fordeler seg på følgende tjenestekategorier:

Lovpålagt revisjon	412 468	367 800
Utvidet revisjon		
Andre attestasjonstjenester	13 000	10 800
Skatte-og avgiftsrådgivning		
Andre tjenester utenfor revisjon	41 100	89 280
Sum godtgjørelse til revisor	466 568	467 880

Spesifikasjon av andre tjenester utenfor revisjon

Arbeid knyttet til oppføring av nytt adm.bygg	41 100	70 000
Honorar utført relasjonsanalyse		70 000
Bistand ifbm virksomhetsoverdragelse fra LHL		19 280
Spesifikasjon av andre tjenester utenfor revisjon	41 100	89 280

Arsregnskap

Note 5B – Erklæring om fastsettelse av lønn og godtgjørelse

Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår

Akershus universitetssykehus HF definerer personer i stillingene administrerende direktør, viseadministrerende direktør, alle direktører på nivå to, alle assisterende direktører og alle avdelingssjefer på nivå tre som ledende ansatte, hvorav kun til og med nivå 2 omtales i noten til årsregnskapet. Iht styresak 50/2015 følger Akershus universitetssykehus HF de nye "Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel", fastsatt med virkning fra 13. februar 2015, hvor hovedprinsippet er at lederlønningene i selskaper med helt eller delvis statlig eierskap skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper. Selskapene skal bidra til moderasjon i lederlønningene.

Nye retningslinjer for lederlønn for 2022

Med bakgrunn i endrede regler om lederlønn i allmennaksjeloven, fastsatte Nærings- og fiskeridepartementet nye retningslinjer for lederlønn i selskaper med statlig eierandel 30.4.2021. Dette innebærer at helseforetakets retningslinjer i samsvar med asal § 6-16a og forskriften skal legges frem for godkjenning for ordinært foretaksmøte fra og med 2022. Lønnsrapport i samsvar med asal § 6-16b og forskriften skal senest legges frem for ordinært foretaksmøte fra og med 2023.

Lederlønnspolitikken i Helse NN for regnskapsåret 2021 er basert på tidligere retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel (fastsatt med virkning fra 13. februar 2015), og er redegjort for nedenfor:

Redegjørelse for lederlønnspolitikken i 2021

Lønn og godtgjørelse til adm. direktør er behandlet og fastsatt av styret på styremøtet i september. Lønn og godtgjørelse for øvrige ledende ansatte er fastsatt administrativt. Den gjennomsnittlige lønnsveksten til medlemmene av ledergruppen var i 2021 2,56 %.

Lønnsjusteringene for sykehusledelsen gjelder fra 1. juli, med unntak av administrerende direktør som gjelder fra 1. januar. Lønn for ledende ansatte er i all hovedsak fast lønn.

Fastsettelse av basislønn

Ved fastsettelse av basislønn skal følgende kriterier legges til grunn:

- lønnsutviklingen i samfunnet for øvrig,
- lønnsnivået i sammenlignbare stillinger i statseide selskaper,
- oppnådde resultater i forhold til virksomhetens hovedmål basert på status per årsavslutning og utøvelse av lederskap og evne til å skape godt arbeidsmiljø

For Akershus Universitetssykehus HF innebærer dette at lønnsutviklingen til ledende ansatte skal følge lønnsutviklingen ellers i Helse Sør-Øst og ellers i sammenlignbare stillinger.

Naturalytelser

Ledende ansatte får ytelser som gratis telekommunikasjon og tilsvarende basert på behov, dog begrenset til å gjelde:

- Mobiltelefon
- Internett
- Utstyr til hjemmekontor i tråd med virksomhetens bestemmelser
- Avisabonnement
- Personalforsikringer med samme dekning som alle ansatte i foretaket

Pensjonsordning

- Pensjonsvilkår skal være på linje med andre ansattes vilkår i foretaket, det vil si gjennom ordinære vilkår i de pensjonskasser foretaket har medlemmer i. For foretaket skal samlet pensjonsgrunnlag ikke overstige 12 G

Sluttvederlag

Ved fastsettelse av sluttvederlag gjelder følgende prinsipper:

- Sluttvederlag skal ikke benyttes ved frivillig avgang.
- Sluttvederlag og lønn i oppsigelsestid skal normalt ikke overstige 12 måneders fastlønn.
- Ved ansettelse i ny stilling eller ved inntekt fra næringsvirksomhet som vedkommende er aktiv eier av, skal sluttvederlaget reduseres med et forholdsmessig beløp beregnet på grunnlag av den nye årsinntekten. Reduksjon kan først skje etter at vanlig oppsigelsestid for stillingen er ute.

Sluttvederlaget kan holdes tilbake hvis vilkårene for avskjed foreligger, eller hvis det i perioden hvor det ytes sluttvederlag oppdages uregelmessigheter eller forsømmelser som kan lede til erstatningsansvar eller at vedkommende blir tiltalt for lovbrudd. For øvrig håndteres sluttvederlag i tråd med foretakets retningslinjer som vedtatt av styret i sak 50/2015.

Det er ikke gjort noen avtaler om sluttvederlag i ledergruppen.

Variable godtgjørelser eller særskilte ytelser som kommer i tillegg til basislønn

Det finnes ikke variable elementer i selskapets godtgjørelse til ledende ansatte.

Andre bestemmelser

Personer i ledelsen skal ikke ha særskilt godtgjørelse for styreverv i andre foretak i samme konsern.

Akershus universitetssykehus HF har i 2021 hatt som målsetting å tilby ledende ansatte konkurransedyktige arbeidsvilkår. Lederlønnspolitikken i det foregående regnskapsår har i hovedsak bygget på de prinsipper som beskrevet over. Styret i Akershus Universitetssykehus HF mener at lønnspolitikken i 2021 har vært i tråd med de statlige retningslinjene.

Retningslinjer for 2022

Akershus universitetssykehus HF vil det kommende år ha som målsetting å tilby ledende ansatte konkurransedyktige arbeidsvilkår. Lederlønnspolitikken bygger på vedtatte retningslinjer og i tråd med prinsipper som beskrevet over.

Årsregnskap

Note 6 - Andre driftskostnader

Akershus universitetssykehus HF

(Alle tall i NOK 1000)

	2021	2020
Transport av pasienter	2 629	1 915
Bygninger og kontorlokaler inkl energi og forsikring	267 710	176 979
Kjøp og leie av medisinskteknisk utstyr, IKT, inventar mv.	69 382	75 277
Konsulenttjenester	36 583	37 479
Annen ekstern tjeneste	601 877	535 679
Reparasjon vedlikehold og service	106 669	102 305
Kontor og kommunikasjonskostnader	24 916	24 471
Kostnader forbundet med transportmidler	3 976	4 604
Reisekostnader	6 560	9 032
Forsikringskostnader	4 183	2 968
Pasientskadeerstatning	-2 617	1 514
Øvrige driftskostnader	40 888	34 065
Andre driftskostnader	1 162 756	1 006 287

Årsregnskap

Note 7 - Finansinntekter- og kostnader

Akershus universitetssykehus HF

(Alle tall i NOK 1000)

	2021	2020
Finansinntekter		
Resultatandel FKV og TS		
Konserninterne renteinntekter	9 636	7 796
Andre renteinntekter	143	2 443
Andre finansinntekter	745	1 172
Finansinntekter	10 525	11 411
Finanskostnader		
Resultatandel FKV og TS		
Konserninterne rentekostnader	50 807	59 867
Andre rentekostnader	196	153
Andre finanskostnader	577	1 022
Finanskostnader	51 580	61 042

Årsregnskap

Note 8 - Forskning og utvikling

Akershus universitetssykehus HF

(Alle tall i NOK 1000)

	31.12.2021	31.12.2020
Øremerket tilskudd fra eier til forskning	46 450	38 820
Andre inntekter til forskning	47 215	32 076
Basisramme til forskning	167 710	154 895
Sum inntekter til forskning	261 375	225 791
Øremerkede tilskudd fra eier til utvikling	1 330	416
Andre inntekter til utvikling	3 414	8 166
Basisramme til utvikling	14 867	14 248
Sum inntekter til utvikling	19 610	22 830
Sum inntekter til forskning og utvikling	280 985	248 620

Kostnader til forskning :

- somatikk	213 710	186 352
- psykisk helsevern	33 061	28 856
- TSB	14 604	10 583
- annet		
Sum kostnader til forskning	261 375	225 791

Kostnader til utvikling :

- somatikk	12 437	19 819
- psykisk helsevern	7 174	3 011
- TSB	0	0
- annet		
Sum kostnader til utvikling	19 610	22 830
Sumkostnader Forskning og utvikling	280 985	248 620

Ant avlagte doktorgrader	5	20
Ant publiserte artikler	380	335
Ant årsverk forskning	187	174
Ant årsverk utvikling	14	14

Årsregnskap

Note 9 - Immaterielle driftsmidler

Akershus universitetssykehus HF

(Alle tall i NOK 1000)

2021	Forskning og utvikling	EDB programvare	Anlegg under utførelse	Sum Immaterielle eiendeler
Anskaffelseskost 1.1	0	54 705	0	54 705
Korrigeringer IB				0
Åpningsbalanse korrigert	0	54 705	0	54 705
Tilgang ekstern		1 561		1 561
Anskaffelseskost 31.12.21	0	56 266	0	56 266
 Akkumulerte avskrivninger 1.1	0	-47 513	0	-47 513
Korrigeringer IB				0
Akkumulerte avskrivninger korrigert	0	-47 513	0	-47 513
Årets avskrivning		-2 060		-2 060
Akkumulerte avskrivninger 31.12.21	0	-49 573	0	-49 573
 Akkumulerte nedskrivninger 1.1	0	0	0	0
Korrigeringer IB				0
Akkumulerte nedskrivninger korrigert	0	0	0	0
Årets nedskrivning				0
Akkumulerte nedskrivning 31.12.21	0	0	0	0
 Bokført verdi 31.12.21	0	6 693	0	6 693

Årsregnskap

Note 10 - Varige driftsmidler

Akershus universitetssykehus HF

(Alle tall i NOK 1000)

2021	Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	Medisinsk- teknisk utstyr	Transportmidl. og annet	Sum varige driftsmidler
Anskaffelseskost 1.1	136 596	10 260 717	114 645	1 367 965	693 815	12 573 738
Korrigeringer IB						0
Åpningsbalanse korrigert	136 596	10 260 717	114 645	1 367 965	693 815	12 573 738
Tilgang ekstern		4	425 320	80 872	21 687	527 883
Tilgang intern (inkl virk.overdragelse)						0
Tilgang egentilvirket 1)						0
Tilgang fra anlegg under utførelse		12 518	-144 815	126 501	5 796	0
Avgang ved salg, ekstern				-3 947		-3 947
Avgang ved salg, intern (inkl virk.overdragelse)						0
Utrangering						0
Reklassifisering						0
Anskaffelseskost 31.12.21	136 596	10 273 239	395 150	1 571 390	721 298	13 097 674
Akkumulerte avskrivninger 1.1	0	-4 170 396	0	-1 013 428	-629 556	-5 813 379
Korrigeringer IB						0
Akkumlerte avskrivnigner korrigert	0	-4 170 396	0	-1 013 428	-629 556	-5 813 379
Årets avskrivning		-276 571		-85 769	-14 901	-377 240
Akk. Avskrivning ved avgang ekstern						0
Akk.avskr ved avgang, intern						0
Akk. Avskrivning ved utrangering						0
Akk.avskrivninger reklassifisering						0
Akkumulerte avskrivninger 31.12.21	0	-4 446 966	0	-1 099 197	-644 456	-6 190 619
Bokført verdi 31.12.21	136 596	5 826 273	395 150	472 194	76 842	6 907 055
1) herav balanseførte lånekostnader						
0						
Operasjonell leasing/ leieavtaler	Årlig leiebeløp	Varighet (år)				
Akershus universitetssykehus HF	151 983	12				
Bygninger	151 983					
Akershus universitetssykehus HF	4 463	2				
Transportmidler og annet	4 463					
	Bokført	Estmert leiebeløp			Årlige	Varighet
Finansielle leieavtaler	verdi 31.12	Neste år	2 til 5 år	utover 5 år	avskrivninger	kontrakt (år)
Akershus universitetssykehus HF	11 317	2 457	8 856	5	2 457	6
Medisinsk-teknisk utstyr	11 317	2 457	8 856	5	2 457	

Årsregnskap

Note 11 - Eierandel i datter- og tilkn. foretak

Akershus universitetssykehus HF

(Alle tall i NOK 1000)

Disposisjonsretten til medlemsinnskudd KLP er begrenset. Verdien av tilskuddet vil først kunne bli utbetalt dersom foretaket går ut av KLP (slik KLP er organisert p.t.). Ved en eventuell omdanning eller annen omorganisering av KLP antas det at medlemmene får tildelt aksjer.

	Total 2021	Total 2020
Investeringer i andre aksjer og andeler		
Andre aksjer og andeler	200	200
Egenkapitalinnskudd i pensjonskasser/KLP	336 562	288 521
Sum investeringer i andre aksjer og andeler	336 762	288 721

Årsregnskap

Note 12 - Finansielle anleggsmidler og gjeld

Akershus universitetssykehus HF

(Alle tall i NOK 1000)

	2021	2020
Finansielle anleggsmidler		
Lån og fordringer til foretak i samme foretaksgruppe	7 291	7 061
Sum finansielle anleggsmidler	7 291	7 061
Langsiktig gjeld		
Langsiktig gjeld til foretak i samme gruppe	3 300 532	3 406 033
Annen langsiktig gjeld	11 317	13 774
Sum langsiktig gjeld	3 311 849	3 419 808
Herav langsiktig gjeld som forfaller senere enn 5 år	1 934 009	2 041 968

Årsregnskap
Note 13 - Kundefordringer og andre fordringer
Akershus universitetssykehus HF
 (Alle tall i NOK 1000)

	2021	2020
Fordringer		
Kundefordringer	51 170	39 072
Fordringer på foretak i foretaksgruppen Helse Sør-Øst	933 028	1 163 047
Oppljente inntekter (inkl pasienter under behandl.)	49 511	44 925
Øvrige kortsiktige fordringer	81 682	56 470
Fordringer	1 115 391	1 303 515
Avsetning for tap på fordringer 31.12		
Avsetning for tap på kundefordringer 1.1.	-10 566	-9 397
Årets endring i avsetning til tap på krav	-1 357	-1 169
Avsetning for tap på fordringer 31.12	-11 923	-10 566
Kundefordringer pålydende 31.12		
Ikke forfalte fordringer	39 738	23 050
Forfalte fordringer 1-30 dager	1 914	3 048
Forfalte fordringer 30-60 dager	1 110	1 108
Forfalte fordringer 60-90 dager	664	2 078
Forfalte fordringer over 90 dager	7 745	9 788
Kundefordringer pålydende 31.12	51 170	39 072

Årsregnskap
Note 14 - Kontanter og bankinnskudd
Akershus universitetssykehus HF
 (Alle tall i NOK 1000)

	2021	2020
Innestående skattetrekksmidler	259 840	223 455
Andre bundne konti	2 569	2 115
Sum bundne bankinnskudd	262 409	225 570
Bankinnskudd og kontanter som ikke er bundet	7 034	6 719
Sum bankinnskudd og kontanter	269 443	232 289

Akershus universitetssykehus HF har en kredittamme på 915 mill. kroner tilknyttet konsernkontoordningen.
 Av trekkrammen er det benyttet 0 mill. kroner.

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

Årsregnskap
Note 15 - Egenkapital
Akershus universitetssykehus HF
 (Alle tall i NOK 1000)

	Foretaks- kapital	Strukturfond	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderings- forskjeller	Minoritet interess	Annen egenkapital	Total Egenkapital
EGENKAPITAL 31.12.21							
Inngående balanse 1.1	100	0	2 315 277	0	0	416 076	2 731 452
Korrigeringer IB, spesifiser nedenfor							
Åpningsbalanse korrigert	100	0	2 315 277	0	0	416 076	2 731 452
Årets resultat						264 320	264 320
Egenkapital 31.12.21	100	0	2 315 277	0	0	680 396	2 995 772

Årsregnskap

Note 16 - Pensjoner

Akershus universitetssykehus HF

(Alle tall i NOK 1000)

	2021	2020
Akershus universitetssykehus HF har pensjonsordninger som omfatter i alt 37820 personer, hvorav 9350 er yrkesaktive, 21527 er oppsatte og 6943 er pensjonister. Ordningene gir rett til definerte fremtidige ytelser etter sluttlønnprinsippet. Disse er i hovedsak avhenge av antall opptjeningsår, stillingsfaktor og lønnsnivå ved nådd pensjonsalder. Pensjonsytelsene samordnes med folketrygdens ytelser. Foretakets pensjonsansvar i forhold til den ordinære tariffestede tjenestepensjonsordningen er dekket gjennom pensjonsordningene. Felles kommunal pensjonsordning, pensjonsordningen for sykehusleger og pensjonsordningen for sykepleiere i Kommunal Landspensjonskasse, SPK, Akershus fylkeskommunale pensjonskasse og Oslo pensjonsforsikring AS. I tillegg til den ordinære tjenestepensjonsordningen kommer ytelser i form av Avtalefestet pensjon (AFP) til aldersgruppen 62 til og med 66 år. AFP etter 65 år er dekket med tilskudd og utjevnet på risikofellesskapet i den enkelte "multiemployer plan".		
Pensjonsforpliktelse		
Brutto påløpte pensjonsforpliktelse	18 796 623	16 726 452
Pensjonsmidler	-17 201 035	-15 285 153
Netto pensjonsforpliktelse	1 595 588	1 441 299
Arbeidsgiveravgift på netto pensjonsforpliktelse	253 482	211 071
Ikke resultatført tap/(gev) av estimat- og planavvik inkl ag	-3 310 296	-2 932 052
Netto balanseførte forpliktelse inkl arbeidsgiveravgift	-1 461 226	-1 279 682
Herav balanseført netto pensjonsforpliktelser inkl aga	45 179	20 155
Herav balanseført netto pensjonsmidler inkl aga	1 506 406	1 299 837

Spesifikasjon av pensjonskostnad		
Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året	924 201	755 560
Rentekostnad på pensjonsforpliktelsen	297 149	339 296
Årets brutto pensjonskostnad	1 221 350	1 094 856
Forventet avkastning på pensjonsmidler	-490 363	-545 527
Administrasjonskostnad	24 659	26 568
Netto pensjonskostnad inkl adm.kost	755 647	575 897
Aga netto pensjonskostnad inkl adm kost	101 309	99 954
Resultatført aktuarielt tap/(gevinst)	95 592	4 040
Resultatført aga av aktuarielt tap/(gevinst)	7 428	2 417
Resultatført planendring		
Årets netto pensjonskostnad	959 976	682 308

Pensjonsmidler - premiefond

Brutto pensjonsmidler inkluderer premiefond med følgende beløp og bevegelser i løpet av regnskapsåret:

Premiefond 01.01.	444 171	410 181
Tilførte premiefond	316 934	162 590
Uttak fra premiefond	-111 704	-128 600
Saldo per 31.12.	649 401	444 171

Økonomiske forutsetninger

Diskonteringsrente	1,9%	1,7%
Forventet avkastning på pensjonsmidler	3,70%	3,10%
Årlig lønnsregulering	2,75%	2,25%
Årets pensjonsregulering	1,73%	1,24%
Regulering av folketrygdens grunnbeløp	2,50%	2,00%

Pensjonskostnaden for 2021 er basert på forutsetninger i veiledning om pensjonsforpliktelser utarbeidet av Norsk regnskapsstiftelse.

Det er utarbeidet et beste estimat for pensjonsforpliktelser pr. 31.12.2021 basert på de økonomiske forutsetningene som er angitt for 2021. Basert på avkastningen i pensjonskassene for 2021 er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene pr. 31.12.2021. Pensjonsordningen tilfredsstiller kravene i Lov om offentlig tjenestepensjon

Demografiske forutsetninger

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

			2021	2020			
Anvendt dødelighetstabell			K2013BE	K2013BE			
Forventet uttakshyppighet AFP			15-46%	15-46%			
Frivillig avgang for sykepleiere (i %)							
Alder i år	<20	20-25	26-30	31-40	41-49	50-55	>55
Sykepleiere	25,00	15,00	10,00	6,00	4,00	3,00	0,00
Frivillig avgang for sykehusleger og fellesordning (i %)							
Alder i år	<24	24-29	30-39	40-49	50-55	>55	
Sykehusleger og fellesordning	25,00	15,00	7,50	5,00	3,00	0,00	

Årsregnskap
Note 17 - Andre avsetninger for forpliktelser
Akershus universitetssykehus HF
(Alle tall i NOK 1000)

	2021	2020
Tariffestet utdanningspermisjon	116 578	105 721
Investeringsstilskudd	1 506 871	1 535 354
Avsetning for pasientskadeerstatning	0	5 411
Andre avsetninger for forpliktelser	834	828
Sum avsetning for forpliktelser	1 624 282	1 647 314

Avsetning for overlegepermisjoner omfatter 681 overlege- og psykologspesialistårsverk.

Uttakstilbøyeligheten er satt til 63 % for overlegestillingene og 100 % for psykologspesialister

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

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

Årsregnskap
Note 18 - Kortsiktig gjeld
Akershus universitetssykehus HF
(Alle tall i NOK 1000)

	2021	2020
Annen kortsiktig gjeld		
Leverandørgjeld	298 384	256 115
Kortsiktig gjeld til foretak i foretaksgruppen Helse Sør-Øst	212 960	239 037
Påløpte feriepengar	626 203	568 673
Påløpte lønnskostnader	117 702	137 228
Annen kortsiktig gjeld	445 550	467 962
Annen kortsiktig gjeld	1 700 800	1 669 015

Av annen KG utgjør 144,1 mill utsatt inntekt. Dette er knyttet til Covid 19-midler mottatt/tildelt i 2021, men som skal dekke framtidige kostnader knyttet til koronapandemien.

Årsregnskap

Note 19 - Universiteter og høyskolars rettigheter til arealer i helseforetak

Akershus universitetssykehus HF

Universitetet i Oslo

Ahus har ansvaret for undervisning av medisinerstudenter. Universitetet i Oslo har rett til å benytte 4000 kvm av Akershus universitetssykehus HF sine lokaler til undervisning og forskning. Foretaket kan ikke selge, pantsette eller på annen måte disponere over faste eiendommer hvor universitetet har rettigheter uten skriftlig samtykke fra Undervisnings- og forskningsdepartementet, eller den departementet gir myndighet.

Årsregnskap

Note 20 - Eiers styringsmål

Akershus universitetssykehus HF

(Alle tall i NOK 1000)

	2021	2020	2002-2021
Årsresultat	264 320	437 421	-680 396
Overføring fra strukturfond			
Korrigerings for endrede levetider			
Korrigert resultat	264 320	437 421	-680 396
Endrede pensjonskostnader som er blitt hensyntatt i resultat			
Resultat jf økonomiske krav fra HOD	264 320	437 421	-680 396
Resultatkrav fra HOD			
Avvik fra resultatkrav	264 320	437 421	-680 396

Arsregnskap

Note 21 – Nærstående parter

Akershus universitetssykehus HF er 100 % eid av Helse Sør-Øst RHF.

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

Henviser til note 3 for ytterligere detaljer.

Akershus universitetssykehus HF sitt kjøp fra andre innen egen region 1187,7 mill kroner i 2021 mot 1063,7 mill kroner i 2020, tilsvarende salg utgjorde 464,5 mill kroner i 2021 mot 265,1 mill kroner i 2020.

Utover dette er det ordinære kjøp av medikamenter fra Sykehusapotekene HF, ordinære kjøp av medisinsk forbruksmateriell fra den regionale leverandøren Forsyningssenteret, og kjøp av IKT- og HR tjenester av den regionale tjenesteleverandøren Sykehuspartner. Forsyningssenteret er en avdeling innunder Helse Sør-Øst RHF, mens Sykehuspartner er et eget HF. Kjøp fra og salg disse beløper seg til -1185,9 mill kr i 2021 mot -1075,8 mill kr i 2020.

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

Dette for å sikre at ansatte som er ansvarlige for, eller har innflytelse på inngåelse av vesentlige innkjøps- og/eller salgssavtaler, ikke sitter med verv eller har andre relasjoner til leverandører eller kunder mv som kan tenkes å komme i konflikt med deres rolle i foretaket.

En av foretakets ledende ansatte sitter som styreleder i Boligstiftelsen Ahus.

Morten Dæhlen
Styreleder

Anne Sissel Faugstad
Styremedlem

Loveleen Rihel Brenna
Styremedlem

Kjetil Karlsen

Berit Langset

Cathrine Strand Aaland

Styremedlem

Styremedlem

Styremedlem

Ståle
Clementsén
Styremedlem

Sylvi Graham
Styremedlem

Brita Haugum
Styremedlem

Svein Harald
Øygard
Styremedlem

Andreas Nordvik
Styremedlem

Øystein Mæland
Administrerende direktør

Styresak

Dato dok.: 20.04.2022

Administrerende direktør

Møtedato: 27.04.2022

Vår ref.: 22/03364-3

Postadresse: 1478 LØRENSKOG

Telefon: +47 67 96 00 00

Vedlegg: 1 Rapport pr. mars
2 Tabeller og grafer

Sak 30/22 Rapport pr. mars 2022

Som en del av den løpende rapporteringen fremlegges rapport per mars 2022.

Rapporten oppsummer status på foretakets målbilde i 2022.

Administrerende direktørs innstilling til vedtak:

Styret tar rapport pr. mars 2022 til orientering.

Øystein Mæland
Administrerende direktør

Dokumentet er elektronisk godkjent

Mars 2022

Innhold

1. Sammen drag	3
Kapasitet og tilgjengelighet	3
Bemanning og sykefravær	3
Økonomi	4
Forbedringsarbeid og tiltak	4
2. Hovedmål og status	5
Økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer	7
Aktivitet og inntekter	7
Kostnader	7
Resultat pr divisjon	8
Resultat 2021 mot avlevert prognose	9
Estimerte driftsøkonomiske effekter av korona	9

1. Sammendrag

Starten på det nye året har vært preget av betydelig lavere aktivitet enn planlagt i somatikken, og unormalt høyt sykefravær i hele foretaket, som igjen gir høye lønn- og innleiekostnader. Aktiviteten i mars har vært høyere enn i januar og februar, og den elektive aktiviteten er på vei mot en normalisering. Aktiviteten innen psykisk helsevern har ikke vært like mye påvirket som i somatikken, og særlig BUP har hatt høy aktivitet hittil i år.

Situasjonen beskrevet over gjør at antall fristbrudd holder seg høyt og det samme gjør antall ventende fristbrudd. Overholdelse av pasientavtaler har tatt seg opp de siste månedene til 90,6% i mars. Foretaket har brukt opp de overførte Covid-19 midlene fra 2021 per mars måned (ca. 124 mill. kr), men har igjen ca. 33,5 mill. kr av de 34,1 mill. kr som ble delt ut fra HSØ i mars. Det vil bli delt ut ytterligere midler til økte kostnader som følge av pandemien fra HSØ i juni, og det er også forventet at det kommer midler knyttet til tapte ISF inntekter i revidert nasjonalbudsjett samme måned.

Kort om de største driftsendringene på sykehuset under pandemien

Det er nå lagt konkrete planer for nedtrapping og avvikling av de siste Covid-19 tiltakene. Organisering og bemanning i akuttmottaket trappes ned i to trinn: besøkskontroll og «sortering» av pasienter i ambulansehall avvikles fra 1. mai. Styrket bemanningsnivå avvikles fra uke 24. Det samme gjør den styrkede bemanningen på Covid-19 sengeområder. Det vil si at alle tiltak i somatikken vil være avviklet før sommerferien.

Når det gjelder storvolumtestingen, har foretaket fått en ny bestilling fra HSØ som sier at storvolumlaboratoriene skal ha en beredskap tilsvarende å kunne analysere prøver fra 1% av befolkningen per uke. Laboratoriemiljøet jobber nå med å skalere ned beredskap, og tilpasse seg til det nye nivået som nå er skissert fra HSØ.

Kapasitet og tilgjengelighet

- Andel pasientovernattinger i korridor var i mars 1,4% som er 0,7 p.p. lavere enn i mars 2019 (før pandemien). Akkumulert er andelen overnattinger på korridor 1,4%. Det er 0,6 p.p. lavere enn nivået per mars 2019.
- Andel fristbrudd for nyhenviste pasienter var i mars 8,2 %. Antallet fristbrudd i mars er 569. I tillegg er antall ventende fristbrudd per mars 1760. Det er omtrent det samme nivået som i februar måned. Det betyr at det fortsatt vil bli mange fristbrudd også fremover i tid.
- Totalt antall nyhenviste pasienter som venter har økt betydelig de siste to årene. I mars er det ca. 19% flere ventende enn i mars 2021, men ca. 400 færre ventende enn ved årsskiftet. Antall ventende over 3 måneder har også økt. Her er det per mars ca. 4600 pasienter som har ventet over 3 måneder, og det er 16% flere enn i mars 2021. Også her er det færre ventende over 3 måneder enn ved inngangen til 2022.
- Gjennomsnittlig ventetid på ventende pasienter har økt fra 58 dager før pandemien startet til 80 dager ved utgangen av mars. Det er likevel 16 dager lavere enn det høyeste nivået i august 2021 som var 96 dager ventetid på ventende pasienter.
- Ventetid for avviklede pasienter var på 62 dager i mars, 9 dager høyere enn samme måned i 2019 (før pandemien startet). I mars isolert er TSB og VOP innenfor året krav til ventetid, mens somatikk og BUP ligger betydelig over kravet. BUP har hatt en sterk vekst i antall henvisninger i 2021 og 2022, og har i tillegg redusert avvisningsratene betydelig. Det forventes at ventetiden skal komme ned mot 35 dager frem mot sommeren.

Bemanning og sykefravær

- Forbruket av månedsverk i mars var 8541 mot budsjettet 8513. Det faktiske nivået i mars er 375 månedsverk høyere enn nivået i mars 2021. Nye senger (onkologi, hjerte og palliativ), ny MR på Ahus Gardermoen og økt aktivitet innen Helse- og arbeid er noen av forklaringene

til økt forbruk av bemanning. I tillegg til høyt sykefravær som også driver opp bemanningsforbruket i første kvartal.

- Budsjettavviket knyttet til lønn- og innleie er per mars på -64,6 mill. kr (justert for mer-kostnader til pensjon), hvor -44,6 mill. kr er knyttet til lønn og -20 mill. kr er knyttet til ekstern innleie. Avviket er knyttet til dyrere avtaler knyttet til merarbeid for flere yrkesgrupper spesielt, og bruk av dyre variable timer generelt for å dekke opp et høyt sykefravær.
- Det totale sykefraværet i mars er 10,8 % inklusive fravær knyttet til Covid-19. Det er 2,3 p.p. høyere enn i mars 2019 (før pandemien). Akkumulert i 2022 er fraværet på 11,2 %, og det er 2,8 p.p. høyere enn i 2019.

Økonomi

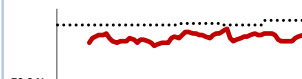
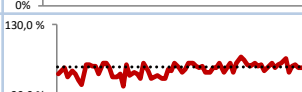
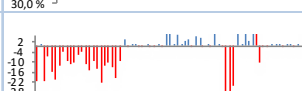
Akershus universitetssykehus har et økonomisk resultat per mars på 50 mill. kr. Dette er i tråd med budsjett. Da er salgsgevinst knyttet til Vestveien i Ski holdt utenfor fordi denne likviditeten skal benyttes inn mot de store byggeprosjektene, og gevinsten ligger heller ikke inne i budsjettet. Det er tatt inn store beløp fra balansen hver måned i 2022 for å kompensere for effekter av Covid-19. Til sammen 124,4 mill. kr i tilskudd er tatt inn i regnskapet så langt i år.

Forbedringsarbeid og tiltak

Det viktigste tiltaket for å bedre økonomien vil fortsatt være å øke aktivitet, og med det redusere negative avvik på inntektssiden. Per mars har foretaket et negativt inntektsavvik på innsatsstyrt finansiering (ISF) i somatikken på ca. -7%. Per februar var avviket på -11%, slik at situasjonen har forbedret seg noe den siste måneden. Den elektive aktiviteten er tettere på plantallene i mars, til tross for ganske høyt fravær også denne måneden.

Det jobbes også med tiltak inn mot bemanningsområdet, og da særlig med tiltak rettet mot å redusere sykefravær. I første kvartal har det vært en ekstraordinær situasjon med høyt fravær, men også før pandemien hadde foretaket det høyeste sykefraværet i HSØ, så dette er et viktig område å forbedre resultatene på. Det er enighet om at metodikken som ligger i bransjeprogrammet «Der skoen trykker» er den som bør benyttes, og det jobbes nå målrettet mot enheter med mer enn 20 ansatte som har mer enn 10% fravær i alle divisjoner.

2. Hovedmål og status

Hovedmål	Mål	Utvikling	Status	Gj.snitt hiå	Status
Gjennomsnittlig ventetid er redusert (lavere ventetid i somatikk og 40/35/30 dager VOP/BUP/TSB)	55		62	64	●
Ingen fristbrudd	< 1%		8,2 %	7,4 %	●
Overholde minst 95% av pasientavtalene for pasienter i forløp	95 %		91 %	90 %	●
Redusert sykefravær til 7,2% på foretaksnivå	7,2 %		10,8 %	11,2 %	●
Minst 70% av pakkeforløpene for kreftpasienter er gjennomført innen standard forløpstid	70 %		73 %	70 %	●
God drift og budsjettresultat for å kunne gjennomføre investeringer i bygg og utstyr	Budsjett avvik = 0		-0,0	-0,0	●
Ingen korridorpasienter	0		310	307	●

I mars var gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter 62 dager. Sammenliknet med nivået i mars 2019 (før pandemien) er ventetiden i år 9 dager høyere. Ventetiden for ventende pasienter er 80 dager, som betyr at ventetiden på avviklede pasienter (særlig innen somatikk) vil ligge høyt også i månedene som kommer.

Andel fristbrudd ved helseforetaket var 8,2 % i mars for pasienter som har fått behandling. Dette er 5,4 p.p. høyere enn i mars 2019 (før pandemien). Mange fagområder har utfordringer med fristbrudd, og antall ventende fristbrudd er høyt (1760 pasienter). Pasienter med fristbrudd meldes til Helfo for å se om de kan få et alternativt tilbud, og det jobbes med å rydde i ventelistene og skape ekstra kapasitet for å ta unna. Det er også signert en avtale med Martina Hansens Hospital om at de skal operere noen ortopediske Ahus pasienter på lørdager for å avlaste. Denne aktiviteten er beregnet å komme i gang i mai/juni.

Overholdelse av pasientavtaler for pasienter i forløp (etterslep) har hatt en positiv utvikling de siste månedene. Per 1. april 2022 overholdes 90,6% av pasientavtalene. Før pandemien var denne indikatoren på 91,2%. Fagområdene med den største utfordringen på dette området, følges opp spesielt.

Det er besluttet at prioriteringsregel i 2022 blant annet skal måles på vekst i polikliniske konsultasjoner innen VOP og BUP, mot faktisk poliklinisk aktivitet i 2021 på de samme områdene. Akkumulert per mars oppfylder både VOP og BUP dette målet. Påsken var i mars i 2021, og ligger i april i 2022. Dette bidrar til at bildet kanskje ser mer positivt enn det faktisk er per mars.

Akk. pri regel:	Jan	Feb	Mar
VOP	9,1 %	-0,8 %	3,8 %
BUP	14,6 %	6,5 %	12,2 %

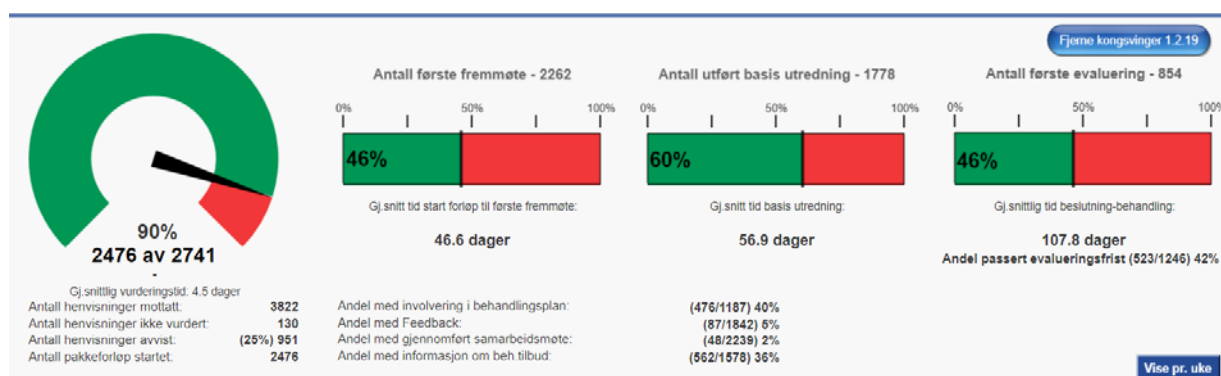
Ventetider er også et vurderingskriterium på prioriteringsregelen. I mars isolert oppfylder VOP kravet til ventetid, mens BUP ligger 10 dager høyere enn sitt krav. Aktiviteten er høy i BUP, og

avvisningsratene har gått betydelig ned, så det er mye positivt innenfor det området selv om ventetiden er noe høy siste måned.

Det totale sykefraværet i mars er 10,8 % inklusive fravær knyttet til Covid-19. Det er 2,3 p.p. høyere enn i mars 2019 (før pandemien). Akkumulert i 2022 er fraværet på 11,2 %, og det er 2,8 p.p. høyere enn i 2019.

Andel pasienter i pakkeforløp som er behandlet innen standard forløpstid for alle pakkeforløp er 73 % i mars. Hittil i år er andelen 70%, som er akkurat på målkravet for summen av alle forløp. Av de store forløpene er det prostata og lunge som ligger under 70% måloppnåelse per mars. I tillegg er det for dårlige resultater knyttet til nyrekreft, lymfomer og livmorhalskreft. Det jobbes lokalt i de ulike fagområdene med å forbedre resultater i forløpene, og på noen av forløpene (blant annet prostata) er det også tett oppfølging fra sentral stab.

Pakkeforløp innen psykisk helsevern viser at mange pasienter inkluderes i forløpene og at avvisningsratene er lavere enn tidligere år, spesielt innen BUP. Det er i starten og slutten av forløpene at resultatene er dårligst, og det er fortsatt VOP som har de svakeste resultatene dersom foretaket sammenlikner seg med andre sykehus i HSØ. Det jobbes med tiltak og opplæring for å bedre resultatene, spesielt innen VOP. TSB har per februar de beste resultatene i HSØ på sine pakkeforløp.



Antallet pasientovernattinger på korridor i mars er ca. 30% lavere enn nivået i mars 2019 (før pandemien). De siste to årene har det blitt etablert nye senger på Kongsvinger, Ahus Gardermoen og nye onkologiske senger og hjertesenger på Nordbyhagen. Mange smittepasienter i starten av 2022 gjør at det er krevende å utnytte alle sengene i foretaket på en god måte, og dette er hovedårsaken til korridorbelegget.

Andel telefon- og videokonsultasjoner skal være over 15% på foretaksnivå i 2022. Gjennomsnittet for januar og februar i 2022 ligger på 14,7%, som ikke er så langt unna målkravet. Det blir viktig for fremtidig kapasitet at foretaket lykkes med å konvertere til telefon, video eller digitale konsultasjoner.

Økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer

Økonomi (i tusen) for hele foretaket

Akershus universitetssykehus HF (tall i tusen kr)	Denne periode				Hittil i år			
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Aktivitetsbaserte inntekter	379 313	385 972	-6 659	-1,7 %	1 066 722	1 118 965	-52 243	-4,7 %
Andre inntekter	740 289	714 576	25 713	3,6 %	2 298 072	2 175 566	122 506	5,6 %
Sum driftsinntekter	1 119 602	1 100 548	19 054	1,7 %	3 364 794	3 294 531	70 263	2,1 %
Lønn -og innleiekostnader	701 482	673 425	-28 057	-4,2 %	2 113 274	2 026 852	-86 422	-4,3 %
Varekostn. knyttet til aktiviteten i foretaket	145 538	153 073	7 535	4,9 %	444 624	449 568	4 944	1,1 %
Gjestepasientkostnader	99 598	119 457	19 859	16,6 %	337 332	351 767	14 435	4,1 %
Andre driftskostnader	143 005	134 083	-8 922	-6,7 %	413 944	404 817	-9 127	-2,3 %
Sum driftskostnader	1 089 623	1 080 038	-9 585	-0,9 %	3 309 174	3 233 004	-76 170	-2,4 %
Driftsresultat	29 979	20 510	9 469	46 %	55 620	61 527	-5 907	-10 %
Netto finans	3 183	3 842	659	17,2 %	10 383	11 527	1 144	9,9 %
Resultat	26 796	16 668	10 128		45 237	50 000	-4 763	
Gevinst salg av tomt i Vestveien		-	-		17 686		17 686	
Økte pensjonskostnader i 2022	7 421		7 421		22 415		22 415	
Resultat eksklusive salgsgevinst og økt pensjon	34 217	16 668	17 549	105,3 %	49 966	50 000	-34	-0,1 %

Aktivitet og inntekter

I mars er det et positivt inntektsavvik på 19,1 mill. kr, akkumulert er inntektene 70,3 mill. kr høyere enn budsjett (+52,6 eksklusive salgsgevinst).

De viktigste elementene i inntektsavviket per mars:

- Reduserte ISF-inntekter (hovedsakelig somatikk): - 59 mill. kr
- Reduserte egenandeler: - 4 mill. kr
- Økte GP-inntekter (inkl. lab) + 11 mill. kr
- Økt bruk av Covid-19 tilskudd utover budsjettet nivå: + 111 mill. kr
- Salgsgevinst Vestveien i Ski + 18 mill. kr

Aktiviteten i somatikken er per mars ca. 2400 DRG-poeng bak plantall. Det er det samme nivået som avviket per februar. Alle omsorgsnivåer har negative akkumulerte avvik i forhold til plantall. Til tross for høyt sykefravær har mye av den planlagte aktiviteten blitt gjennomført i mars. Fortsatt noe redusert kapasitet på dagkirurgisk senter, og noen strykninger på grunn av syke ansatte eller syke pasienter, men situasjonen er bedre i mars enn i januar og februar.

Psykisk helsevern har et positivt inntektsavvik knyttet til innsatsstyrt finansiering (ISF) per mars på +2,4 mill. kr.

Se kommentar på økt bruk av Covid-19 tilskudd under avsnitt om effekter av korona lenger ned i dokumentet.

I 2021 solgte foretaket deler av tomten som foretaket eier i Vestveien i Ski. I februar har tomten blitt overdratt til ny eier og salgsinntekt (22 mill. kr) og regnskapsmessig gevinst (17,7 mill. kr) er tatt inn i regnskapet. Likviditeten for dette salget er tenkt som egenkapital til fremtidige byggeprosjekter.

Kostnader

De samlede akkumulerte kostnadene avviker negativt med -52,6 mill. kr per mars eksklusive økte kostnader til pensjon som vil bli kompensert med økte basisinntekter fra HSØ senere i 2022. Det er det negative budsjettavviket på lønn- og innleiekostnader som er den største utfordringen på kostnadssiden i starten av 2022.

De totale lønn- og innleiekostnadene er henholdsvis -44,6 mill. kr og -20 mill. kr høyere enn budsjett per mars. Dette er eksklusive de økte pensjonskostnadene (22,4 mill. kr). Avviket på ekstern innleie skyldes at det leies inn spesialisert kompetanse der foretaket mangler dette (psykisk helsevern og spesialavdelinger) og det er også benyttet eksternt personell på grunn av høyt sykefravær. Det er kirurgisk divisjon, medisinsk divisjon og psykisk helsevern som bidrar til det store negative avviket på ekstern innleie. Medisinsk divisjon har økt sitt forbruk av denne type bemanning med nesten fem ganger per mars sammenliknet med første kvartal 2019. Avviket på lønn skyldes høye utbetalinger av variabel lønn, og avtalene som er inngått om ekstraordinær betaling for merarbeid. I mars var budsjettavviket på denne typen avlønning på -10 mill. kr som er et lavere nivå enn i januar og februar. Disse avtalene ble avsluttet til påske.

Varekostnadene har et positivt avvik per mars på +4,9 mill. kr. Det er legemidler (+8,6 mill. kr), implantater/instrumenter (+3,1 mill. kr) og lab- og røntgenrekvisita (+5 mill. kr) som driver det positive avviket. Medisinske forbruksvarer har et negativt budsjettavvik på -12 mill. kr som trekker den andre veien.

Gjestepasientkostnader avviker positivt i forhold til budsjett med +14,4 mill. kr. Det er positive avvik innen dag, døgnet og poliklinikk som er hovedårsaken til det positive budsjettavviket. Internt i regionen er det per mars et positivt avvik på disse kostnadene på ca. 21 mill. kr. Utenfor regionen er det et tilsvarende positivt avvik på 8 mill. kr. Dette er en konsekvens av at aktiviteten de første månedene har vært lav også i de andre foretakene som Ahus kjøper tjenester av. Det er heller ikke negative avvik knyttet til laboratoriekostnader i 2022 fordi HSØ har bestemt at det ikke skal faktureres GP-kostnader for Covid-19 analyser i år. Det er negative avvik knyttet til fritt behandlingsvalg (FBV) på -8,9 mill. kr per mars og et negativt avvik på kjøp fra private på -4,2 mill. kr. Det siste skyldes blant annet at det meldes pasienter inn i fritbruddportalen til Helfo.

Resultat pr divisjon

Tabellen under viser budsjettavvik pr divisjon.

Det positive avviket i 2022 på foretaket felles forklares i hovedsak med positivt avvik knyttet til salgsgevinsten i Vestveien (+17,7 mill. kr) og positivt avvik på H-resepter (+11,9 mill. kr).

Avvik mot budsjett (i hele tusen) pr divisjon

(tall i tusen kr)	Mars	HiÅ
(10) Foretaket felles	13 531	34 975
(11) Enhet for økonomi og finans	1 011	373
(16) Enhet for HR	-517	922
(20) Divisjon for facilities management	3 727	4 548
(30) Kirurgisk divisjon	-1 740	-11 512
(34) Ortopedisk klinikk	258	-2 664
(35) Kvinneklinikken	-3 429	-11 602
(40) Medisinsk divisjon	-5 171	-20 854
(43) Barne- og ungdomsklinikken	89	-646
(50) Divisjon for diagnostikk og teknologi	1 433	8 875
(70) Divisjon for psykisk helsevern	71	-9 065
(90) Forskningscenteret	865	1 887
Resultat	10 128	-4 763
Gevinst salg av tomt i Vestveien	-	17 686
Økte pensjonskostnader	7 421	22 415
Resultat eksklusive salg og økte pensjonskostnader	17 549	-34

Resultat 2022 mot avlevert prognose

Det er rapportert en prognose etter mars til HSØ på 200 mill. kr. Bakgrunnen for dette er at foretaket mener det er sannsynlig at aktiviteten innen somatikk vil ta seg opp igjen, og at lønnskostnadene også vil reduseres når fraværet blant de ansatte normaliseres. Prognosen forutsetter påfyll av Covid-19 tilskudd fra HSØ i juni, og at det kommer noe kompensasjon for tapte inntekter i revidert nasjonalbudsjett samme måned.

Estimerte driftsøkonomiske effekter av korona

I de første 4 månedene av 2022 ligger det inne budsjetterte Covid-19 effekter på trinn 1 på en del områder (blant annet akuttmottak, sengeposter, storvolum laboratorie m.m.). Samlet månedlig budsjett for disse tiltakene er 4,4 mill. kr, som gir 13,2 mill. kr akkumulert per mars. Inntektstap og økte kostnader i 2022 har vært betydelig større enn det budsjettet som er lagt inn, og foretaket har derfor tatt ytterligere 111 mill. kr av Covid-19 tilskuddet inn i regnskapet. Med tilleggsbevilgningen på 34,1 mill. kr i styresak 021/2022 i HSØ i mars ligger det 33,5 mill. kr igjen i balansen til å dekke effekter av pandemien i tiden fremover, før det er forventet ytterligere utdeling av tilskudd i juni måned.

Dette er de driftsøkonomiske effektene av Covid-19 som er rapportert til HSØ per mars:

Reduserte inntekter	HOD linje rapportering	Anslag beløp i 1000 kr
	OR1020 ISF - døgntilskudd	32 101
	OR1020 ISF - refusjon dagbehandling	8 940
	OR1030 ISF-refusjon somatisk poliklinisk aktivitet	19 528
	OR1070 Polikliniske inntekter laboratorier	-29 818
	OR1110 Andre driftsinntekter	1 099
Sum reduserte inntekter		31 850
Økte kostnader		
	OR1120 Kjøp av offentlige helsetjenester	-1 219
	OR1130 Kjøp av private helsetjenester	779
	OR1140 Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	2 556
	OR1150 Innleid arbeidskraft	5 367
	OR1170 Lønn til fast ansatte	25 046
	OR1180 Overtid og ekstrahjelp	41 488
	OR1200 Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-1 028
	OR1210 Annen lønn	18 164
	OR1240 Andre driftskostnader	1 405
Sum økte kostnader		92 558
Samlet økonomisk effekt		124 408

Dette inkluderer også storvolumtestingen som kommer inn med ekstra inntekter (vil ligge som positive tall i oppsettet over) og økte kostnader. Det er tatt inn akkurat så mye Covid-19 tilskudd i regnskapet per mars som tabellen over viser.

Vedlegg 2

Mars

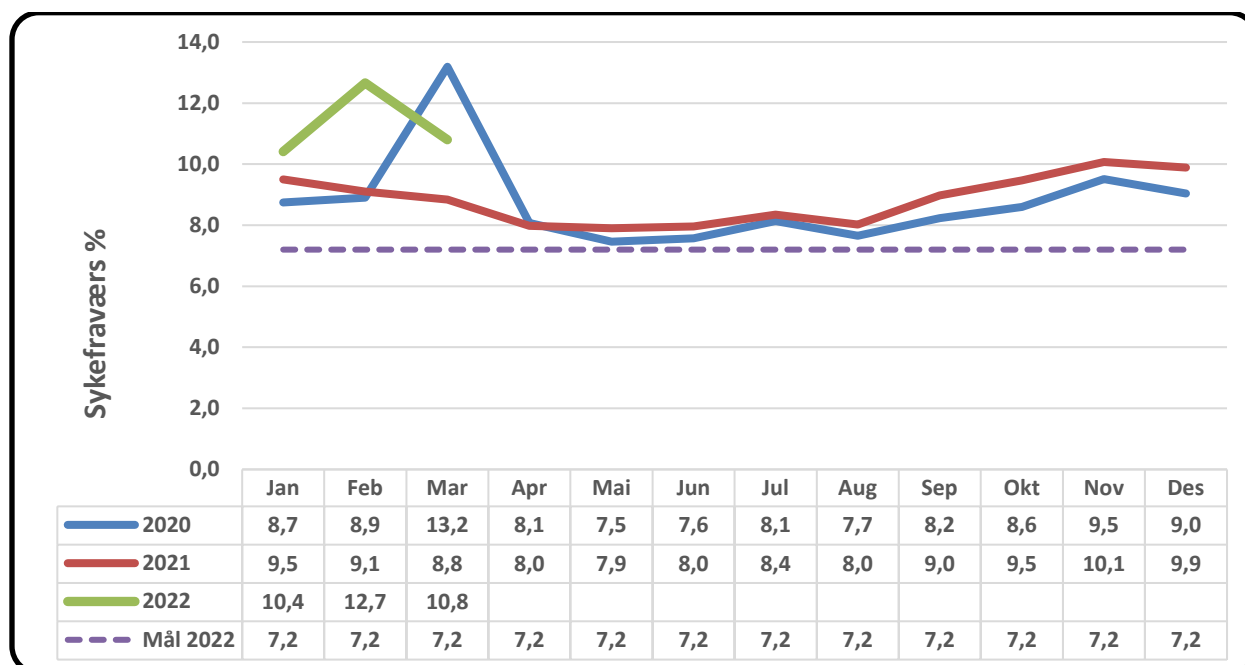
2022

Innhold

1. HR.....	3
1.1 Sykefravær.....	3
1.2 AML brudd.....	4
1.3 Bemanning totalt	5
1.4 Bemanning variabel lønn.....	5
1.5 Bemanning - ekstern innleie av helsepersonell	6
1.6 Kostnader - ekstern innleie av helsepersonell	7
2. Kvalitet.....	8
2.1 Ventetid.....	8
2.2 Fristbrudd	9
2.3 Overholdelse av pasientavtaler for pasienter i forløp	10
2.4 Andel av pakkeforløp som er gjennomført innen standard forløpstid.....	11
2.5 Andel av pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid – alle forløp	11
2.6 Pasienten får time innen 14 dager etter mottatt henvisning.....	12
2.7 Sykehusinfeksjoner	13
2.8 Reduksjon av bredspektret antibiotika	13
.....	
3. Kapasitet.....	14
3.1 Pasientbelegg.....	14
3.2 Pasientovernattinger på korridor	14
3.3 Andel pasientovernattinger på korridor pr. divisjon (somatikk)	15
3.4 Utskrivningsklare pasienter (somatikk).....	15
4. Aktivitet.....	16
4.1 Aktivitet per tjenesteområde.....	16
4.2 Status på aktivitet under pandemien.....	17
5 Økonomi.....	22
5.1 Resultatutvikling 2020-22.....	22

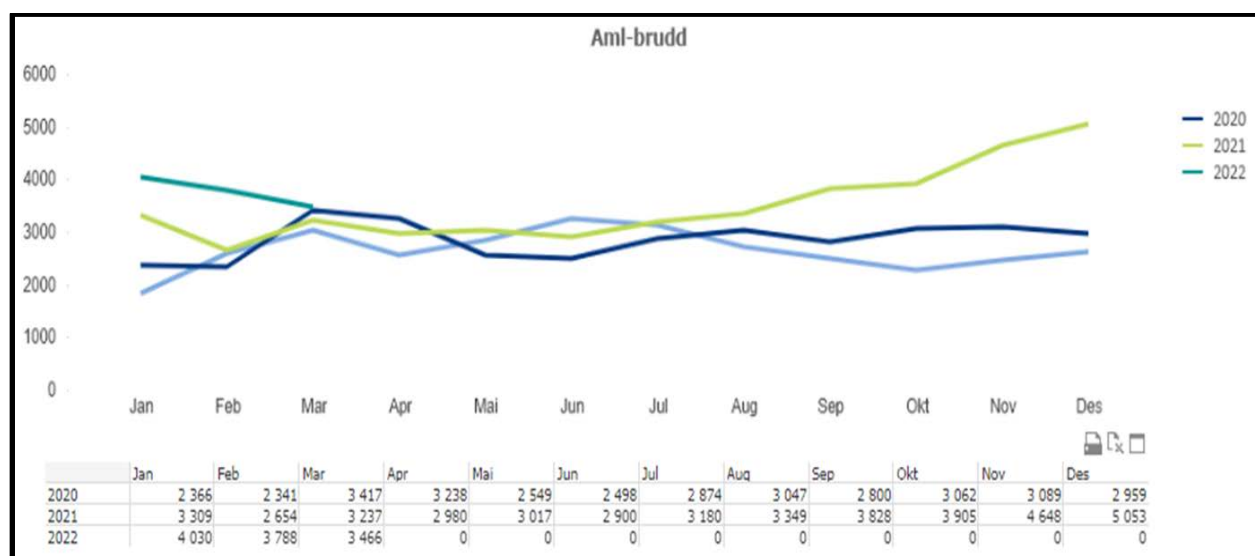
1. HR

1.1 Sykefravær



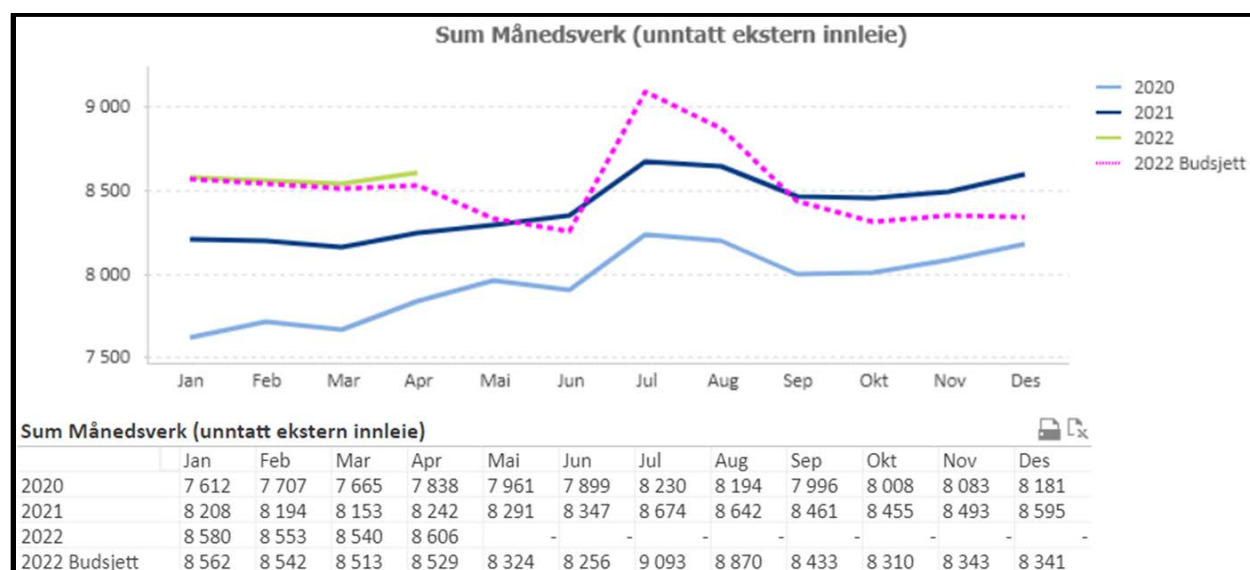
Divisjon	Mar 2022	Mar 2021	HIA 2022	HIA 2021	Hele 2021	Des 2021	Jan 2022	Feb 2022	Mål 2022
Total	10,8	8,8	11,2	9,1	8,9	9,9	10,4	12,7	7,2
1 Administrasjonsdiv	4,7	2,1	2,5	2,3	3,3	3,3	0,3	2,4	4,0
10 Administrasjonsdiv	0,0	4,1	3,5	8,2	3,3	6,5	9,1	1,5	2,9
11 Økonomidiv	3,2	4,0	3,8	4,8	2,9	1,7	3,4	4,9	3,5
16 HR-div	7,0	7,9	7,1	7,8	7,0	7,1	6,2	8,3	4,0
19 Med- og helsefagdiv	5,4	2,8	6,3	4,6	6,2	9,6	7,2	6,3	8,9
20 Facilities management div	11,9	11,9	12,9	11,9	11,2	11,6	13,5	13,4	7,6
30 Kirurgisk div	11,3	8,9	11,8	9,5	9,2	10,2	10,6	13,7	7,0
34 Ortopedisk klinikk	11,3	7,8	11,2	8,4	8,3	10,3	9,5	12,8	7,2
35 Kvinneklinikken	10,3	10,7	11,4	9,3	10,1	10,9	10,5	13,5	7,1
40 Medisinsk div	10,0	7,3	10,7	8,4	8,1	9,1	10,2	12,2	7,2
43 Barne- og ungdomsklinikken	11,3	9,5	9,9	9,9	8,7	6,8	7,7	10,6	6,4
50 Diagnostikk og teknologi div	10,7	7,6	10,6	7,8	7,9	9,1	9,6	11,5	0,0
70 Psykisk helsevern og rusdiv	11,8	10,3	12,3	9,9	9,7	11,3	11,3	14,0	7,6
90 Forsknings- og innovasjonsdiv	6,3	1,7	7,5	2,0	2,4	5,5	7,6	8,7	1,7

1.2 AML brudd

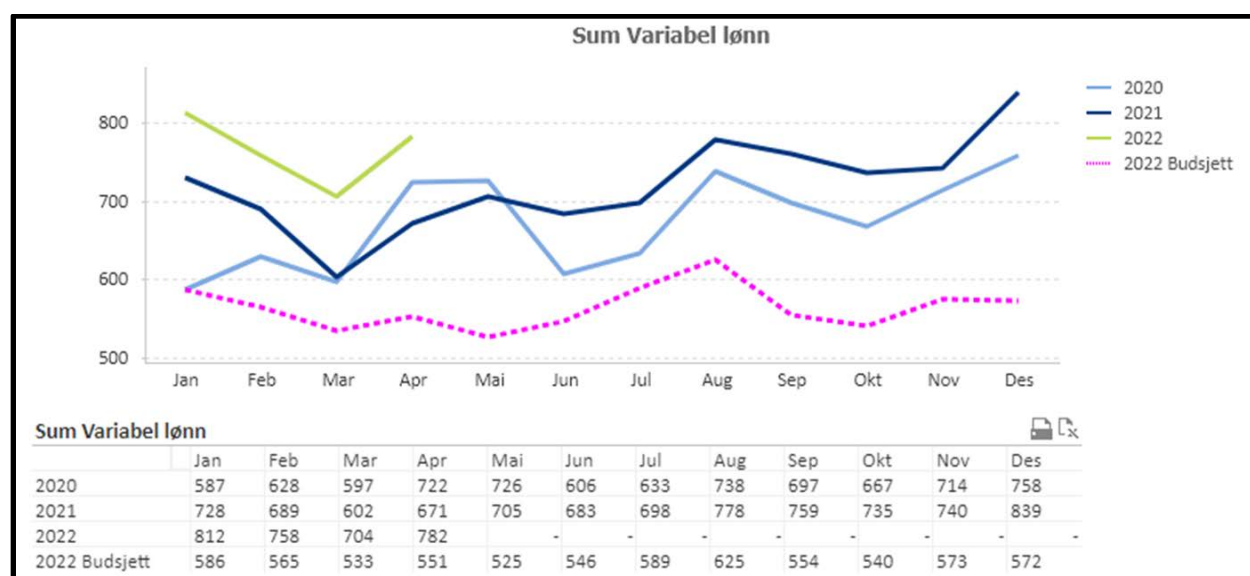


Divisjon	Mar 2022	Mar 2021	HIA 2022	HIA 2021	Brudd pr vakt Mar 2022	Brudd pr vakt Mar 2021	Brudd pr vakt HIA2022	Brudd pr vakt HIA2021
Uspesifisert	5	8	11	31	35,7%		34,4%	3 100,0%
1 Administrasjonsdiv	0	1	1	3	0,0%	0,3%	0,1%	0,3%
11 Økonomidiv	1	3	16	24	0,1%	0,5%	0,7%	1,3%
16 HR-div	224	231	784	627	20,1%	24,5%	25,4%	21,5%
19 Med- og helsefagdiv	0	8	18	17	0,0%	0,7%	0,5%	0,6%
20 Facilities management div	142	122	466	431	1,1%	0,9%	1,3%	1,2%
30 Kirurgisk div	862	1 028	2 714	2 834	3,6%	4,4%	4,0%	4,4%
34 Ortopedisk klinikk	197	119	579	358	3,6%	2,3%	3,8%	2,4%
35 Kvinneklinnen	219	331	962	841	3,8%	6,4%	6,0%	5,7%
40 Medisinsk div	1 266	770	3 833	2 181	3,6%	2,4%	3,9%	2,4%
43 Barne- og ungdomsklinikken	149	148	388	435	2,6%	2,8%	2,3%	2,9%
50 Diagnostikk og teknologidiv	123	241	632	522	0,8%	1,6%	1,4%	1,2%
70 Psykisk helsevern og rusdiv	262	221	817	882	0,7%	0,7%	0,8%	0,9%
90 Forsknings- og innovasjonsdiv	16	6	63	14	1,3%	0,6%	1,9%	0,5%
Ahus Total	3 466	3 237	11 284	9 200	2,4%	2,3%	2,8%	2,4%

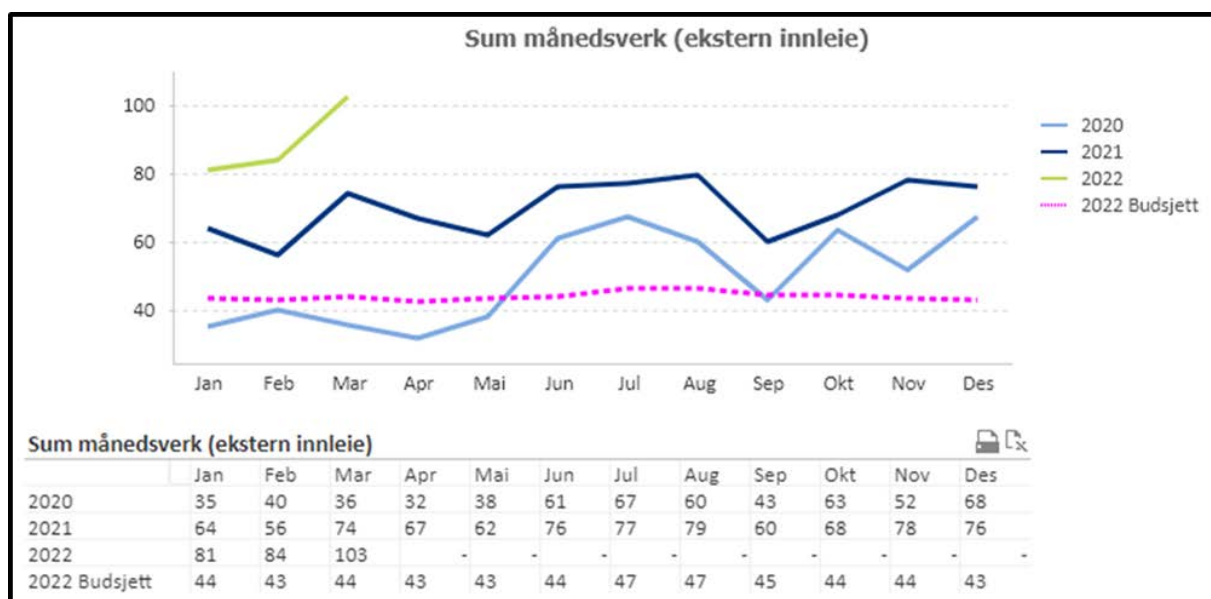
1.3 Bemanning totalt



1.4 Bemanning variabel lønn



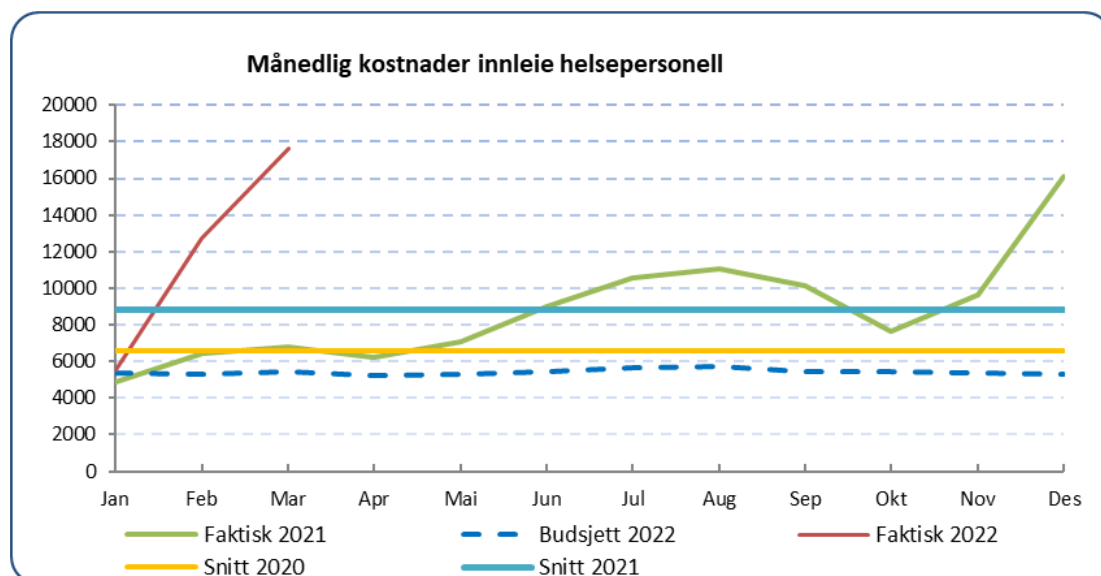
1.5 Bemanning - ekstern innleie av helsepersonell



1.6 Kostnader - ekstern innleie av helsepersonell

Månedlige kostnader innleie helsepersonell

(tall i tusen kr)	Faktisk 2022	Budsjett 2022	Faktisk 2021	Snitt 2021	Snitt 2020
Jan	5 517	5 366	4 876	8 806	6 592
Feb	12 761	5 313	6 448	8 806	6 592
Mar	17 663	5 430	6 827	8 806	6 592
Apr		5 205	6 209	8 806	6 592
Mai		5 325	7 087	8 806	6 592
Jun		5 442	9 007	8 806	6 592
Jul		5 634	10 560	8 806	6 592
Aug		5 697	11 081	8 806	6 592
Sep		5 457	10 166	8 806	6 592
Okt		5 474	7 675	8 806	6 592
Nov		5 358	9 652	8 806	6 592
Des		5 285	16 085	8 806	6 592
Akkumulert	35 941	64 985	105 673	105 673	79 107

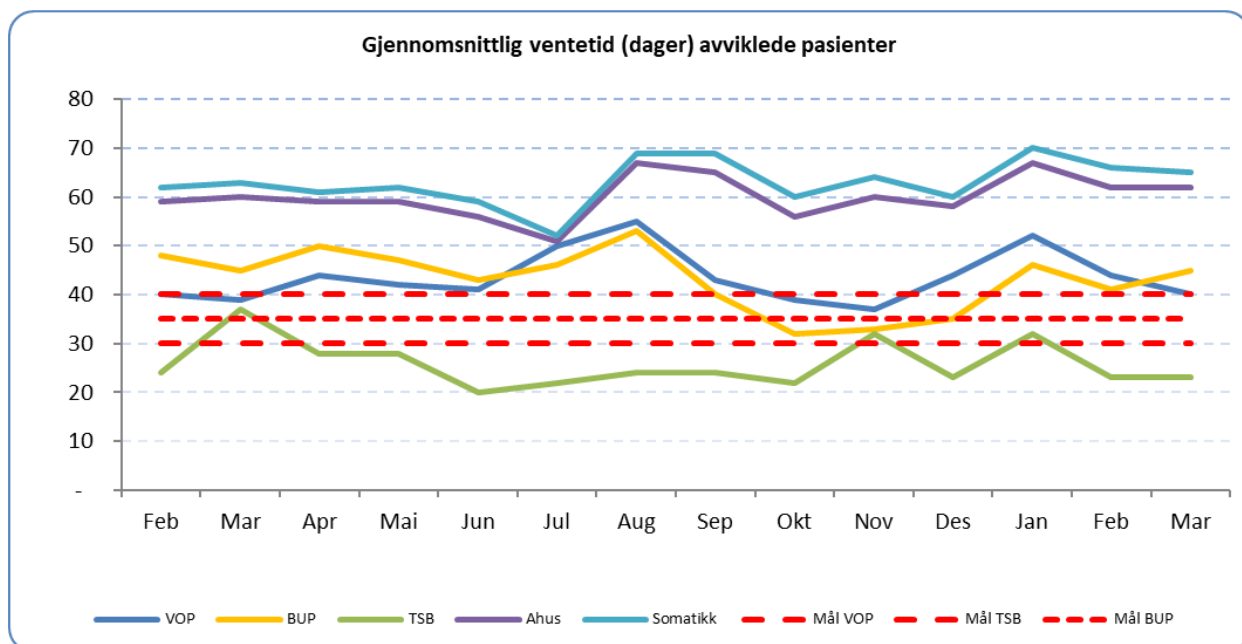


2. Kvalitet

2.1 Ventetid

Gjennomsnittlig ventetid (dager) for avviklede pasienter

Måned	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar
Ahus	59	60	59	59	56	51	67	65	56	60	58	67	62	62
Somatikk	62	63	61	62	59	52	69	69	60	64	60	70	66	65
Kirugisk divisjon	73	73	69	66	67	57	75	78	61	70	68	87	82	84
Ortopedisk klinikk	72	76	69	71	63	56	83	82	76	75	72	79	73	69
Medisinsk divisjon	53	56	57	54	67	57	64	55	47	49	45	55	51	53
Barne- og ungdomsklinikken	49	43	53	57	49	45	70	62	63	68	54	74	62	63
Kvinneklinikken	48	56	56	50	49	46	63	64	54	61	58	52	51	55
VOP	40	39	44	42	41	50	55	43	39	37	44	52	44	40
BUP	48	45	50	47	43	46	53	40	32	33	35	46	41	45
TSB	24	37	28	28	20	22	24	24	22	32	23	32	23	23
Mål VOP	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Mål BUP	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Mål TSB	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

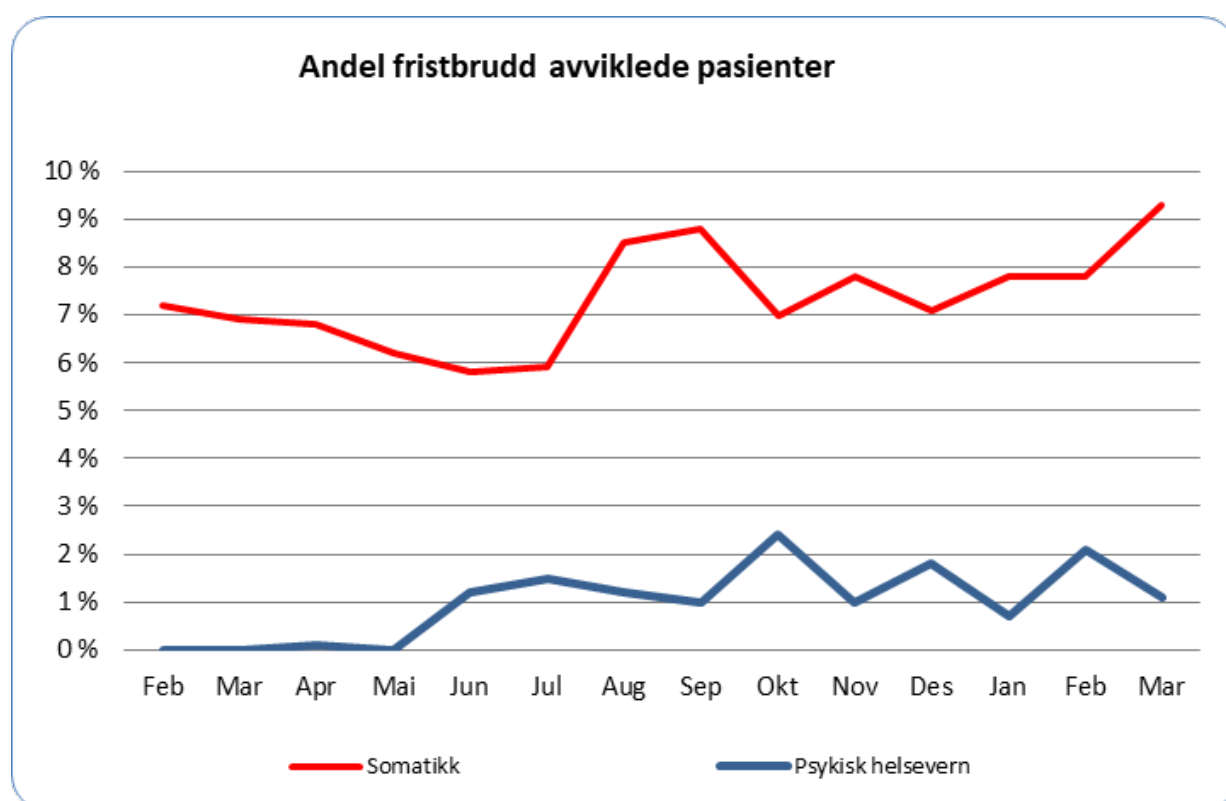


2.2 Fristbrudd

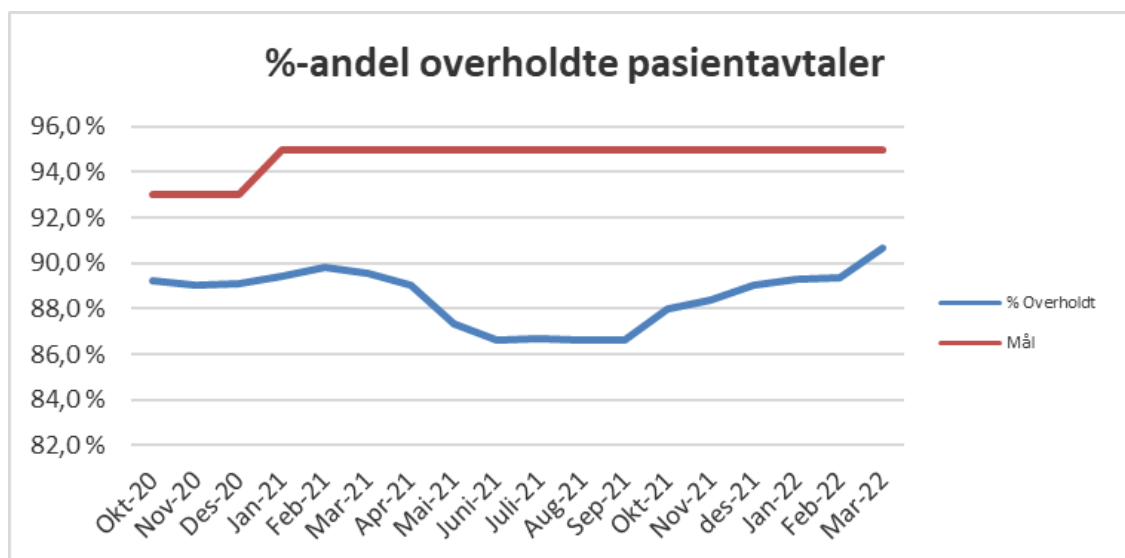
Grafen under viser andel fristbrudd målt som antall fristbrudd i perioden (dato mot dato) i forhold til antall avviklede pasienter i perioden.

Andel fristbrudd avviklede pasienter

	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar
Somatikk	7 %	7 %	7 %	6 %	6 %	6 %	9 %	9 %	7 %	8 %	7 %	8 %	8 %	9 %
Kirugisk divisjon	11 %	10 %	11 %	10 %	10 %	9 %	13 %	13 %	10 %	10 %	10 %	11 %	10 %	14 %
Ortopedisk klinikk	5 %	4 %	3 %	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	5 %	5 %	5 %	4 %	4 %	7 %
Medisinsk divisjon	7 %	8 %	8 %	7 %	7 %	8 %	10 %	12 %	7 %	8 %	8 %	8 %	8 %	8 %
Barne- og ungdomsklinikken	5 %	6 %	5 %	6 %	7 %	4 %	10 %	7 %	8 %	8 %	7 %	8 %	7 %	7 %
Kvinneklinikken	1 %	1 %	0 %	1 %	3 %	3 %	2 %	0 %	2 %	5 %	1 %	3 %	2 %	2 %
Psykisk helsevern	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	2 %	1 %	1 %	2 %	1 %	2 %	1 %	2 %	1 %
VOP	0 %	0 %	3 %	0 %	2 %	2 %	2 %	2 %	4 %	2 %	3 %	1 %	4 %	2 %
BUP	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
TSB	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %



2.3 Overholdelse av pasientavtaler for pasienter i forløp



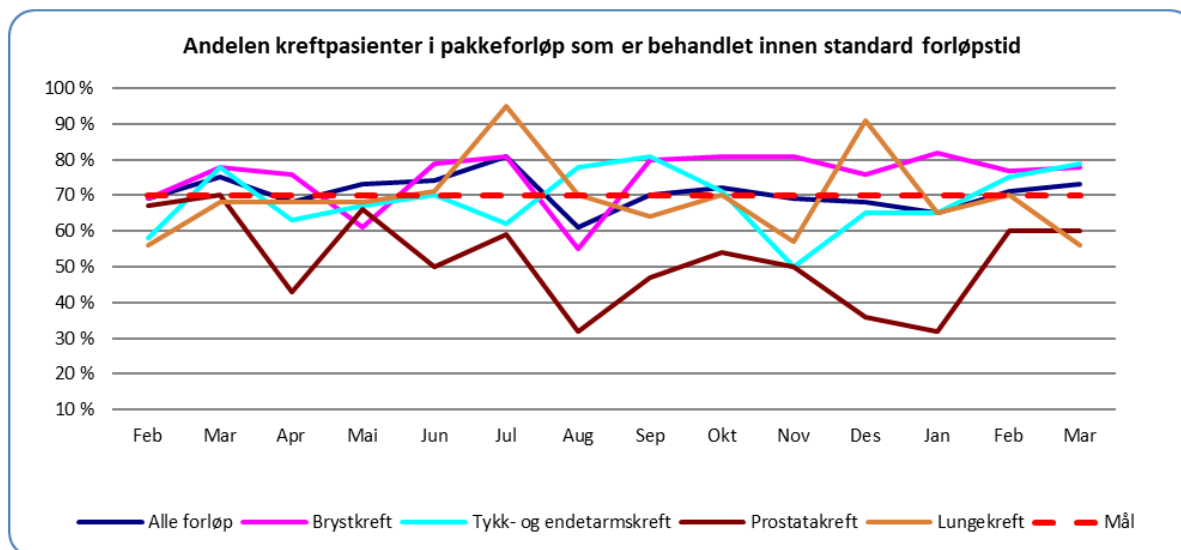
Viser andel pasienter som har fått time til avtalt tid i sine pasientforløp

Divisjon	Overholdelse av pasientavtaler per 1. april	Mål-oppnåelse
Kirurgisk divisjon	87,1 %	●
Ortopedisk klinikk	83,8 %	●
Kvinneklinikken	90,8 %	●
Medisinsk divisjon	90,3 %	●
Barne- og ungdomsklinikken	88,3 %	●
Divisjon for psykisk helsevern	96,6 %	●
Ahus Totalt	90,6 %	●

2.4 Andel av pakkeforløp som er gjennomført innen standard forløpstid

Andelen kreftpasienter i pakkeforløp behandlet innen standard forløpstid er 70%

	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar
Alle forløp	69 %	75 %	68 %	73 %	74 %	81 %	61 %	70 %	72 %	69 %	68 %	65 %	71 %	73 %
Brystkreft	69 %	78 %	76 %	61 %	79 %	81 %	55 %	80 %	81 %	81 %	76 %	82 %	77 %	78 %
Tykk- og endetarmskreft	58 %	78 %	63 %	67 %	70 %	62 %	78 %	81 %	71 %	50 %	65 %	65 %	75 %	79 %
Lungekreft	56 %	68 %	68 %	68 %	71 %	95 %	70 %	64 %	70 %	57 %	91 %	65 %	70 %	56 %
Prostatakreft	67 %	70 %	43 %	66 %	50 %	59 %	32 %	47 %	54 %	50 %	36 %	32 %	60 %	60 %
Mål	70 %	70 %	70 %	70 %	70 %	70 %	70 %	70 %	70 %	70 %	70 %	70 %	70 %	70 %



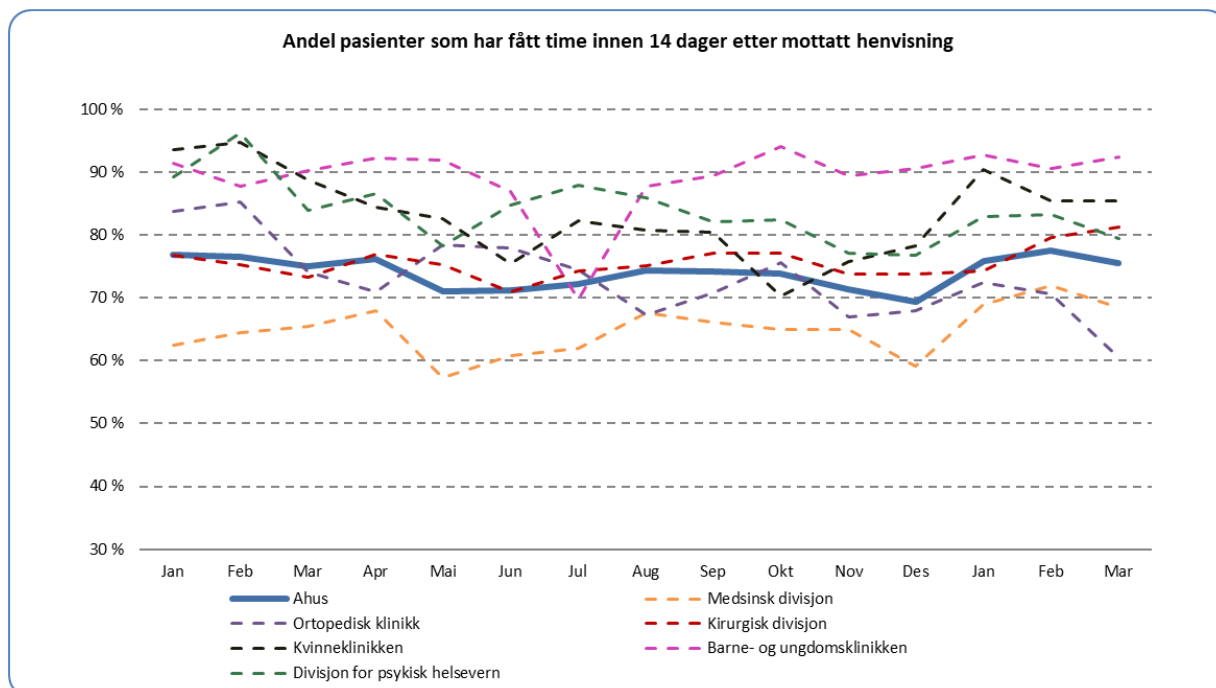
2.5 Andel av pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid – alle forløp

	2022			Totalt i 2022		
	JAN (OF4)	FEB (OF4)	Mar (OF4)	Antall	Antall innenfor	Andel (OF4) 2022
Pakkeforløp						
Brystkreft	82	77	78	121	95	79
Prostata	32	60	60	99	50	51
Lungekreft	65	70	56	81	51	63
Tykk- og endetarmskreft	65	75	79	95	68	72
Blærekreft	100	87	100	41	39	95
Malignt Melanom	90	62	95	54	46	85
Nyrekreft	14	64	75	26	14	54
Lymfom	40	33	75	12	6	50
Eggstokkreft	100	100	80	15	14	93
Livmorkreft	80	67	80	21	16	76
Livmorhalskreft	25	33	0	6	2	33
Spiserør og magesekk		50		2	1	50
Testikkelkreft	50	100	100	5	4	80
Bukspyttkjertelkreft	67	67	33	9	5	56
Hjernerkeft	75	80	50	11	8	73
Myelomatose			100	1	1	100
Nevro endokrine svulster	67	100	100	5	4	80
Galleveiskreft	0	100	50	6	3	50
Primær leverkreft	0			2	0	0
Skjoldbruskkjertel kreft		100	0	2	1	50
Peniskreft	0		100	2	1	50
Kreft hos barn		100		3	2	67
Alle forløp	64	71	73	619	431	70

2.6 Pasienten får time innen 14 dager etter mottatt henvisning

Direktebooking

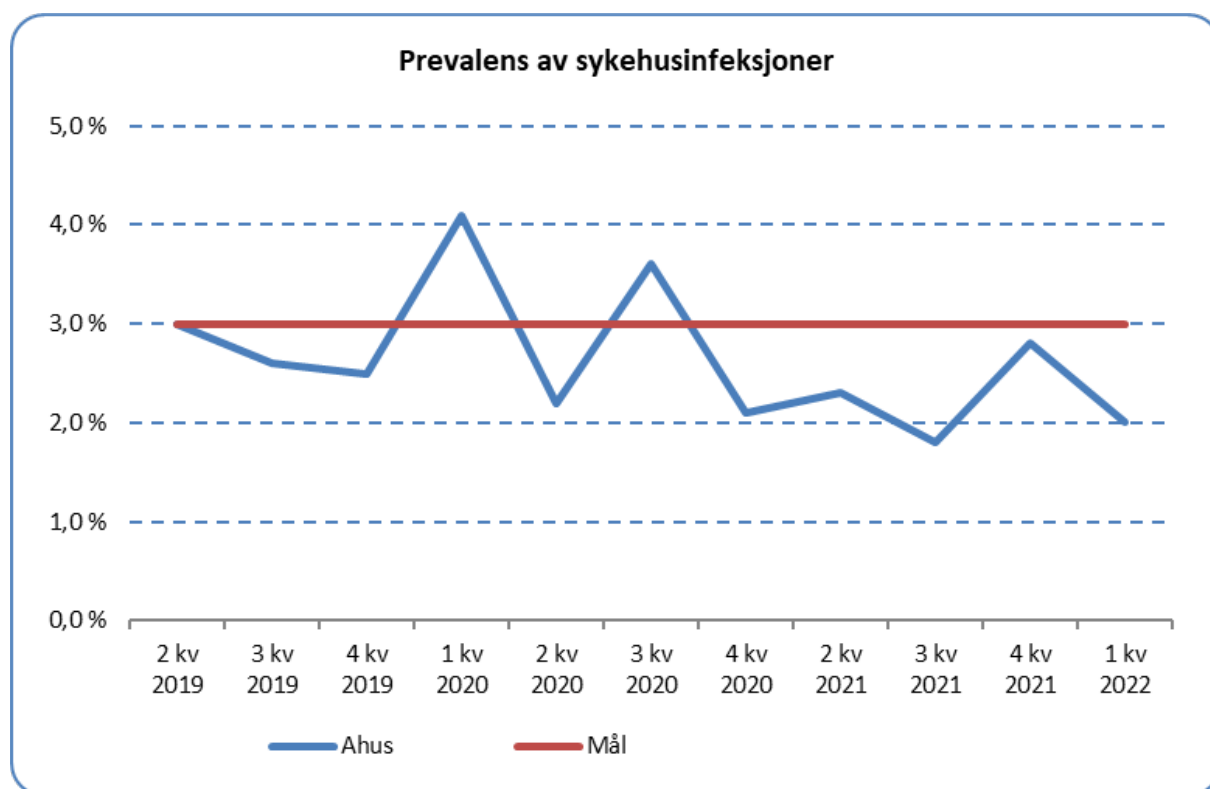
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar
Ahus	77 %	77 %	75 %	76 %	71 %	71 %	72 %	74 %	74 %	74 %	71 %	69 %	76 %	78 %	76 %
Medsinsk divisjon	62 %	65 %	66 %	68 %	57 %	61 %	62 %	68 %	66 %	65 %	65 %	59 %	69 %	72 %	68 %
Kirurgisk divisjon	77 %	75 %	73 %	77 %	75 %	71 %	74 %	75 %	77 %	77 %	74 %	74 %	74 %	80 %	81 %
Ortopedisk klinikk	84 %	85 %	74 %	71 %	78 %	78 %	75 %	67 %	71 %	76 %	67 %	68 %	72 %	71 %	61 %
Kvinneklubben	94 %	95 %	89 %	84 %	83 %	76 %	82 %	81 %	81 %	70 %	76 %	78 %	91 %	85 %	85 %
Barne- og ungdomsklinikken	92 %	88 %	90 %	92 %	92 %	87 %	70 %	88 %	90 %	94 %	90 %	91 %	93 %	91 %	92 %
Divisjon for psykisk helsevern	89 %	96 %	84 %	87 %	78 %	85 %	88 %	86 %	82 %	82 %	77 %	77 %	83 %	83 %	80 %



2.7 Sykehusinfeksjoner

Prevalens av sykehusinfeksjoner

	2 kv 2019	3 kv 2019	4 kv 2019	1 kv 2020	2 kv 2020	3 kv 2020	4 kv 2020	2 kv 2021	3 kv 2021	4 kv 2021	1 kv 2022
Ahus	3,0 %	2,6 %	2,5 %	4,1 %	2,2 %	3,6 %	2,1 %	2,3 %	1,8 %	2,8 %	2,0 %
Mål	3 %	3 %	3 %	3 %	3 %	3 %	3 %	3 %	3 %	3 %	3 %



* Siste data som er tilgjengelig er fra november 2021.

2.8. Reduksjon av bredspektret antibiotika

Akershus universitetssykehus HF, februar 2022	Siste 12 måneder	Foregående 12 mnd	2012	Endring siden 2012
Bredspektret penicillin	12 819	10 586	1 985	545,9 %
2. generasjons cefalosporiner	1 105	1 529	16 536	-93,3 %
3. generasjons cefalosporiner	21 873	18 852	20 288	7,8 %
Karbapenemer	2 598	2 646	2 920	-11,1 %
Kinoloner	5 317	4 589	9 806	-45,8 %
Total	43 712	38 201	51 535	-15,2 %

* Tabellen viser definerte døgndoser (DDD) på ulike antibiotika-kategorier i 2012 og de siste 12 månedene. Foretaket har ikke mottatt oppdaterte tall fra HSØ etter februar 2022.

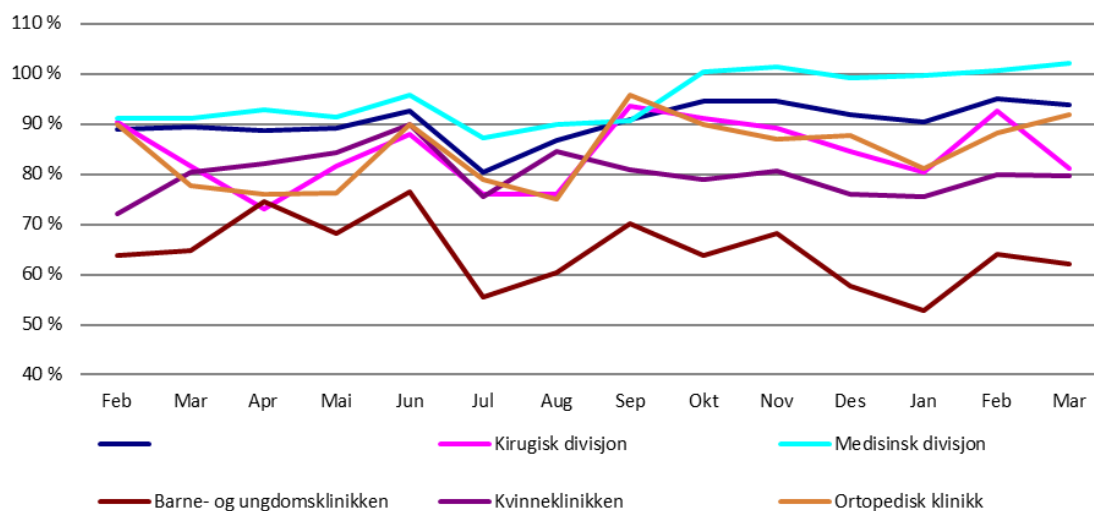
3. Kapasitet

3.1 Pasientbelegg

Pasientbelegg per divisjon (normerte senger)

	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar
	89 %	89 %	89 %	89 %	93 %	80 %	87 %	91 %	95 %	95 %	92 %	90 %	95 %	94 %
Kirugisk divisjon	90 %	82 %	73 %	82 %	88 %	76 %	76 %	94 %	91 %	89 %	84 %	80 %	93 %	81 %
Medisinsk divisjon	91 %	91 %	93 %	91 %	96 %	87 %	90 %	91 %	100 %	101 %	99 %	100 %	101 %	102 %
Ortopedisk klinikk	90 %	78 %	76 %	76 %	90 %	79 %	75 %	96 %	90 %	87 %	88 %	81 %	88 %	92 %
Barne- og ungdomsklinikken	64 %	65 %	74 %	68 %	76 %	56 %	60 %	70 %	64 %	68 %	58 %	53 %	64 %	62 %
Kvinneklinikken	72 %	80 %	82 %	84 %	90 %	76 %	84 %	81 %	79 %	81 %	76 %	75 %	80 %	80 %

Gjennomsnittlig Pasientbelegg pr divisjon

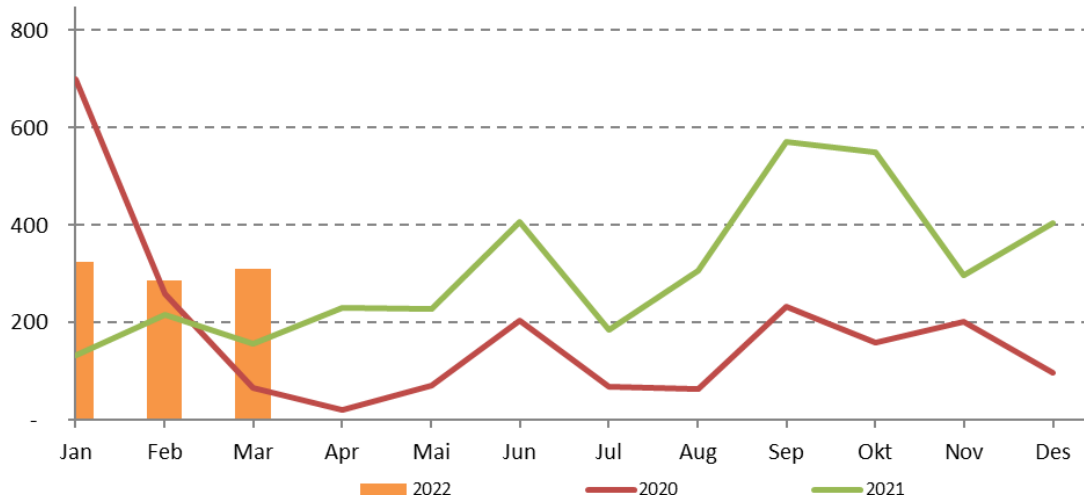


3.2 Pasientovernattinger på korridor

Pasientovernattinger på korridor

Korridor pr mnd	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
2022	325	286	310									
2021	132	217	157	230	229	408	185	307	571	549	298	404
2020	699	260	67	21	70	204	69	63	234	159	201	96
Gj.snitt pr dag	10,5	9,9	10,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-

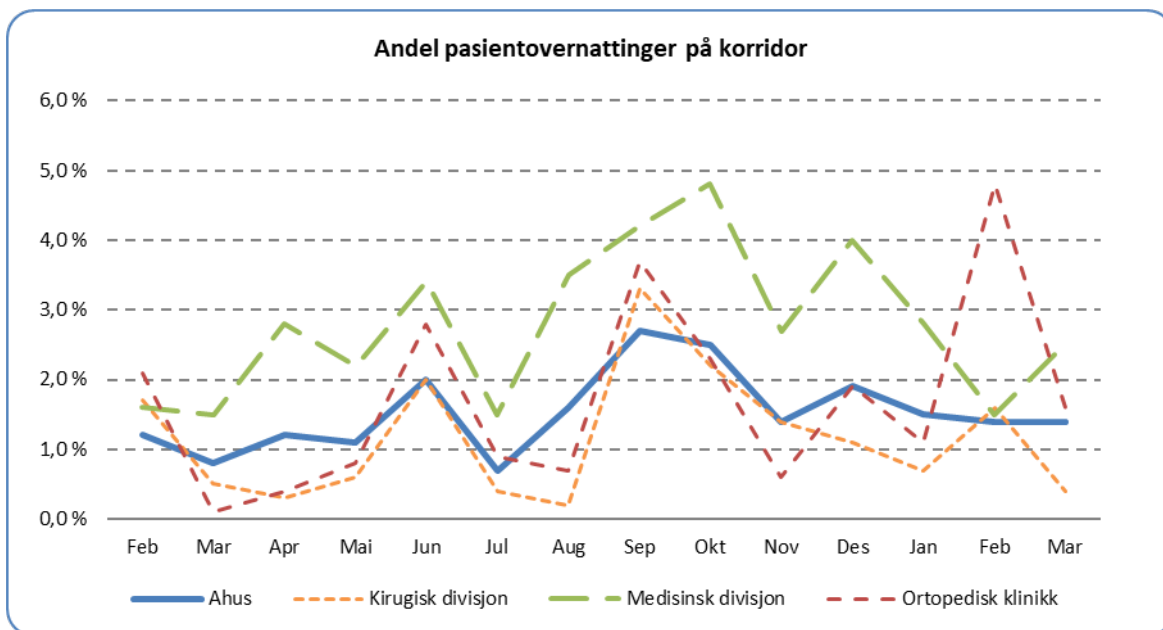
Pasientovernattinger på korridor per måned



3.3 Andel pasientovernattinger på korridor pr. divisjon (somatikk)

Andel pasientovernattinger på korridor

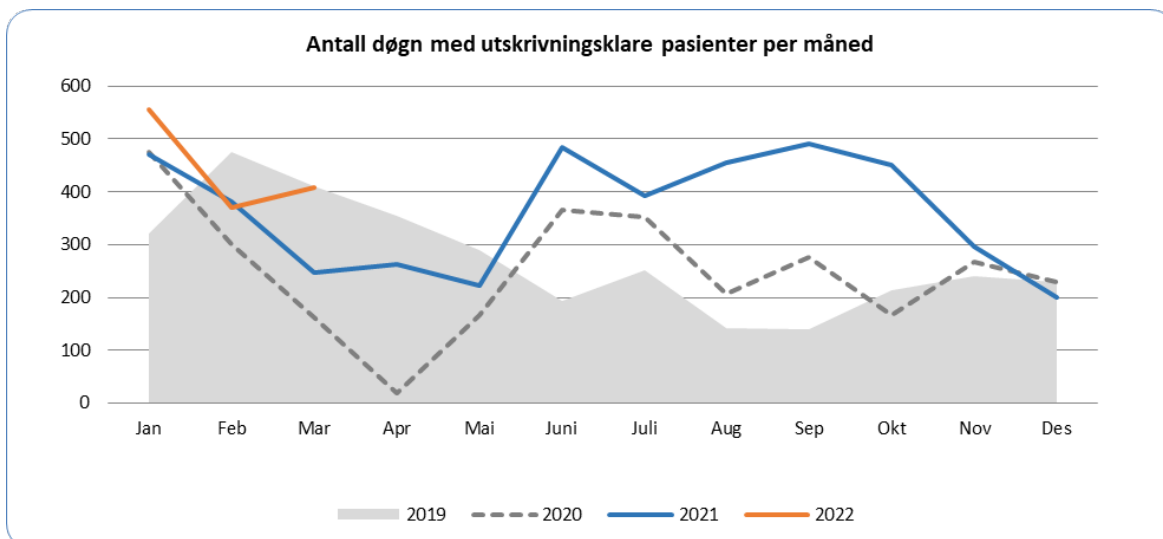
	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar
Ahus	1,2 %	0,8 %	1,2 %	1,1 %	2,0 %	0,7 %	1,6 %	2,7 %	2,5 %	1,4 %	1,9 %	1,5 %	1,4 %	1,4 %
Kirugisk divisjon	1,7 %	0,5 %	0,3 %	0,6 %	2,0 %	0,4 %	0,2 %	3,3 %	2,2 %	1,4 %	1,1 %	0,7 %	1,6 %	0,4 %
Ortopedisk klinikk	2,1 %	0,1 %	0,4 %	0,8 %	2,8 %	0,9 %	0,7 %	3,7 %	2,3 %	0,6 %	1,9 %	1,1 %	4,8 %	1,6 %
Medisinsk divisjon	1,6 %	1,5 %	2,8 %	2,2 %	3,4 %	1,5 %	3,5 %	4,2 %	4,8 %	2,7 %	4,0 %	2,8 %	1,5 %	2,5 %



3.4 Utskrivningsklare pasienter (somatikk)

Antall døgn med utskrivningsklare pasienter

	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Juni	Juli	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
2019	322	475	410	356	291	195	253	142	140	213	240	230
2020	475	302	163	20	166	367	353	208	277	166	267	229
2021	471	382	248	263	222	484	392	456	492	452	297	201
2022	556	371	409									



4. Aktivitet

4.1 Aktivitet per tjenesteområde

Somatikk - døgn, dag og poliklinikk	Per mars 2022				Resultat samme periode 2021	Endring faktisk 2021-2022	
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i prosent		Δ	Prosent
Ant. utskrevne pasienter døgnbeh.	18 364	19 720	-1 356	-6,9 %	16 752	1 612	9,6 %
Ant. liggedøgn døgnbehandling	64 802	68 898	-4 096	-5,9 %	58 997	5 805	9,8 %
Ant. dagbehandlinger	8 430	8 991	-561	-6,2 %	8 207	223	2,7 %
Ant. inntekstgivende polikl. kons.	114 114	126 223	-12 109	-9,6 %	104 786	9 328	8,9 %
DRG Sørge for ansvar (eks. dyre biol. legem.)	30 961	33 342	-2 381	-7,1 %	28 584	2 377	8,3 %
DRG Totalt (egne og pas. fra andre regioner)	31 129	33 551	-2 422	-7,2 %	28 753	2 376	8,3 %

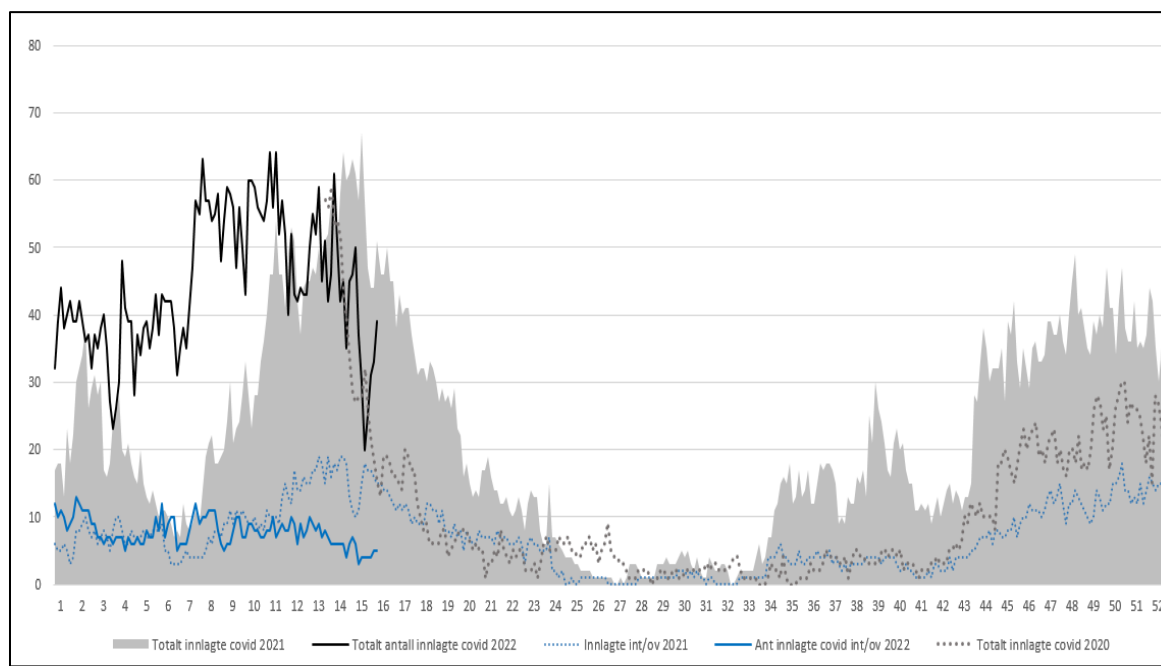
Voksenpsykiatri	Per mars 2022				Resultat samme periode 2021	Endring faktisk 2021-2022	
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i prosent		Δ	Prosent
Ant. utskrevne pasienter døgnbeh.	1 098	1 051	47	4,5 %	1 044	54	5,2 %
Ant. liggedøgn døgnbehandling	17 302	17 131	171	1,0 %	16 261	1 041	6,4 %
Ant. kjøp av liggedøgn utenfor Helse Øst	230	200	30	15,0 %	136	94	69,1 %
Ant. polikliniske konsultasjoner	43 845	46 354	-2 509	-5,4 %	42 225	1 620	3,8 %

Barne og ungdomspsykiatri	Per mars 2022				Resultat samme periode 2021	Endring faktisk 2021-2022	
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i prosent		Δ	Prosent
Ant. utskrevne pasienter døgnbeh.	31	30	1	2,9 %	27	4	14,8 %
Antall liggedøgn - døgnbehandling	1 701	2 025	-324	-16,0 %	1 825	-124	-6,8 %
Ant. polikliniske konsultasjoner	29 222	25 034	4 188	16,7 %	26 055	3 167	12,2 %

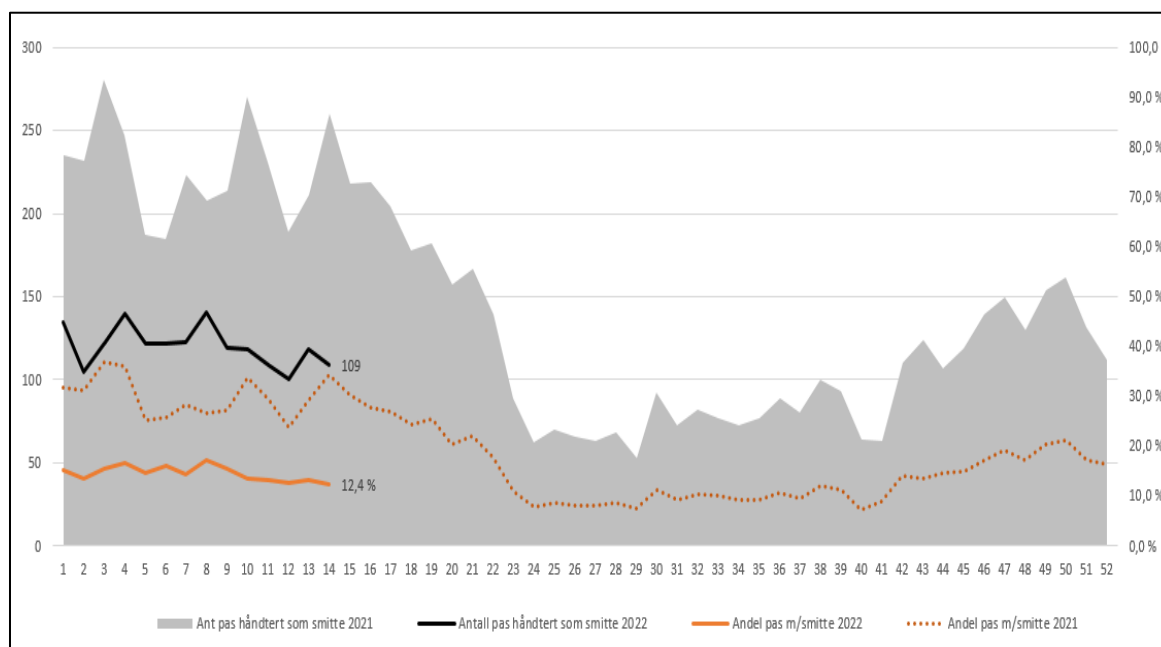
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	Per mars 2022				Resultat samme periode 2021	Endring faktisk 2021-2022	
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i prosent		Δ	Prosent
Ant. utskrevne pasienter døgnbeh.	282	230	52	22,6 %	277	5	1,8 %
Ant. liggedøgn døgnbehandling	4 625	4 572	53	1,2 %	4 175	450	10,8 %
Ant. polikliniske konsultasjoner	8 144	9 616	-1 472	-15,3 %	8 644	-500	-5,8 %

4.2 Status på aktivitet under pandemien

Antall innlagte pasienter med bekreftet koronasmitte per dag



Antall ankomster som er håndtert som smittepasienter på Nordbyhagen



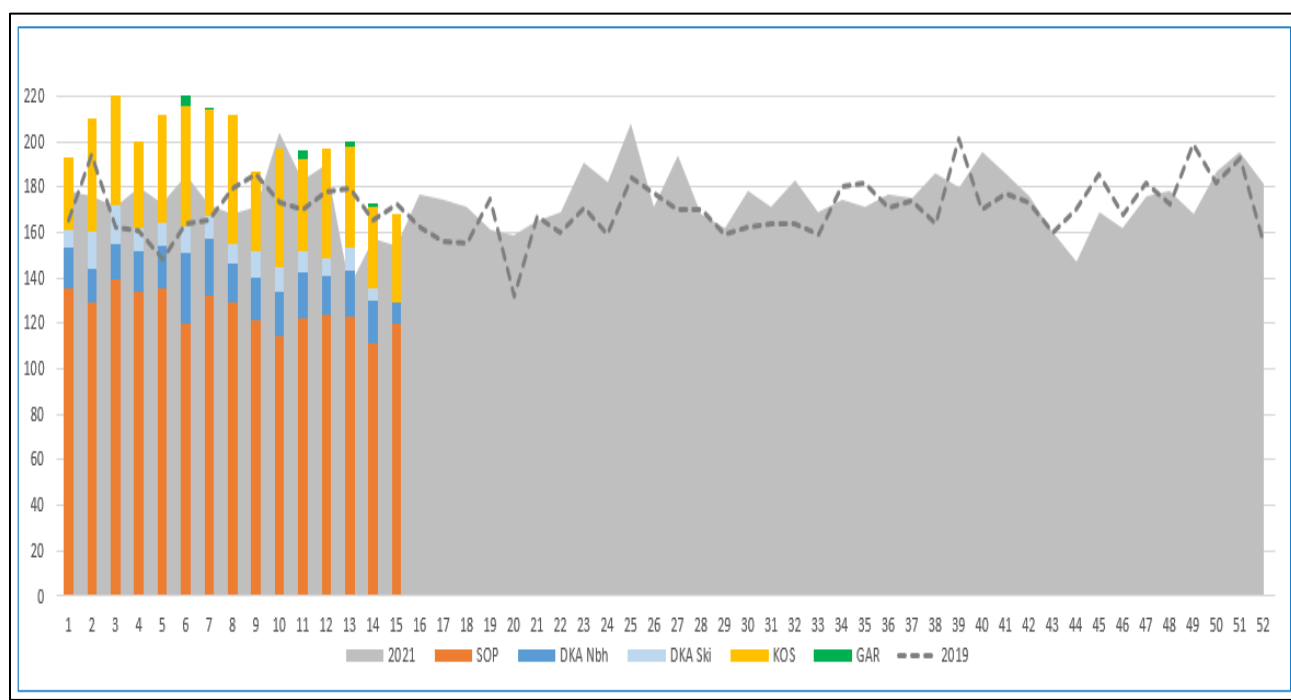
The chart displays the number of patients in various medical specialties in the BUK region for 2021 and 2019. The Y-axis represents the number of patients from 0 to 1000. The X-axis shows weeks from 1 to 52. The 2021 data is only available for the first 15 weeks, while the 2019 data is available for all 52 weeks.

Legend:

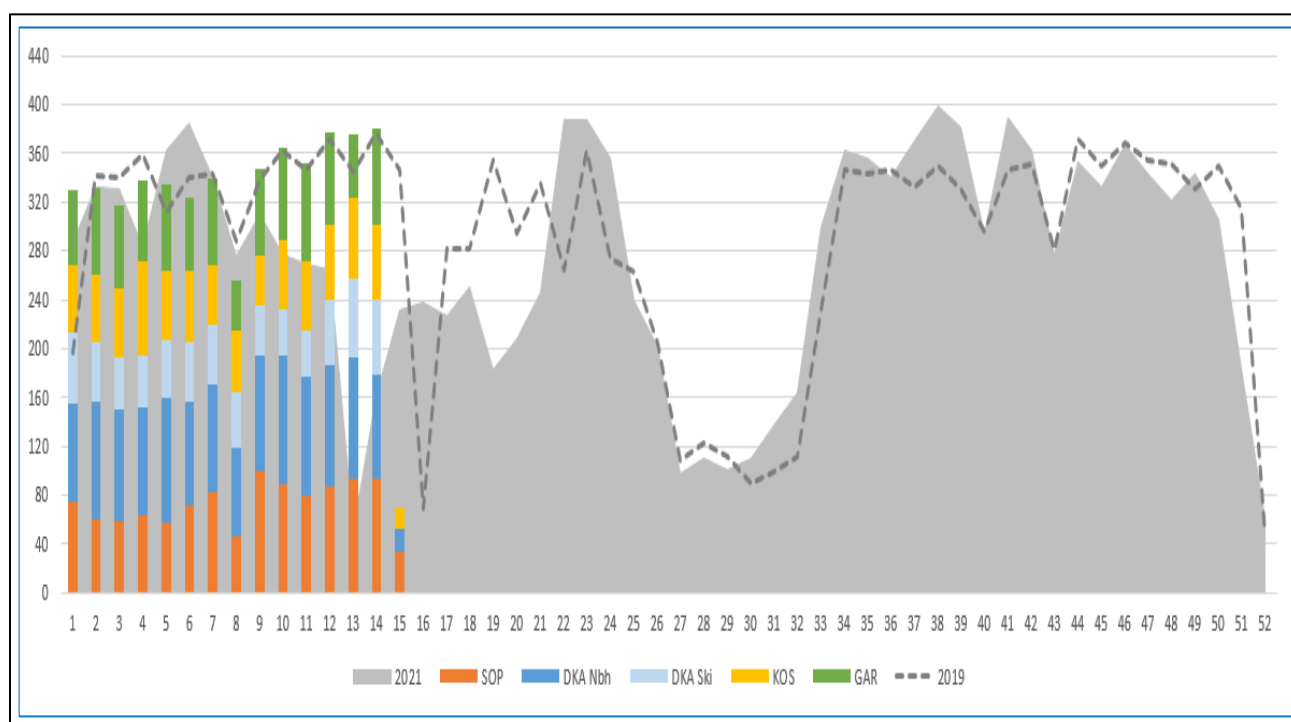
- 2021 (Solid bars)
- Indre medisin (Blue)
- Nevrologi (Green)
- Kirurgi (Orange)
- Ortopedi (Purple)
- KK (Yellow)
- BUK (Grey)
- 2019 (Dashed line)

[illegible]

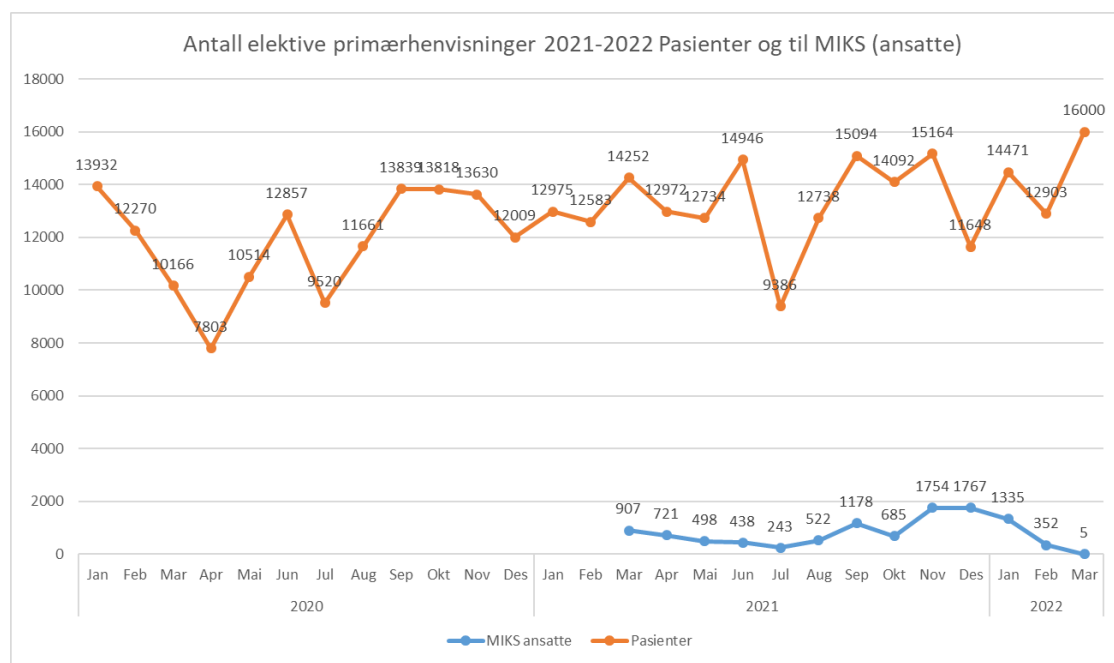
Antall operasjoner – Øyeblikkelig hjelp



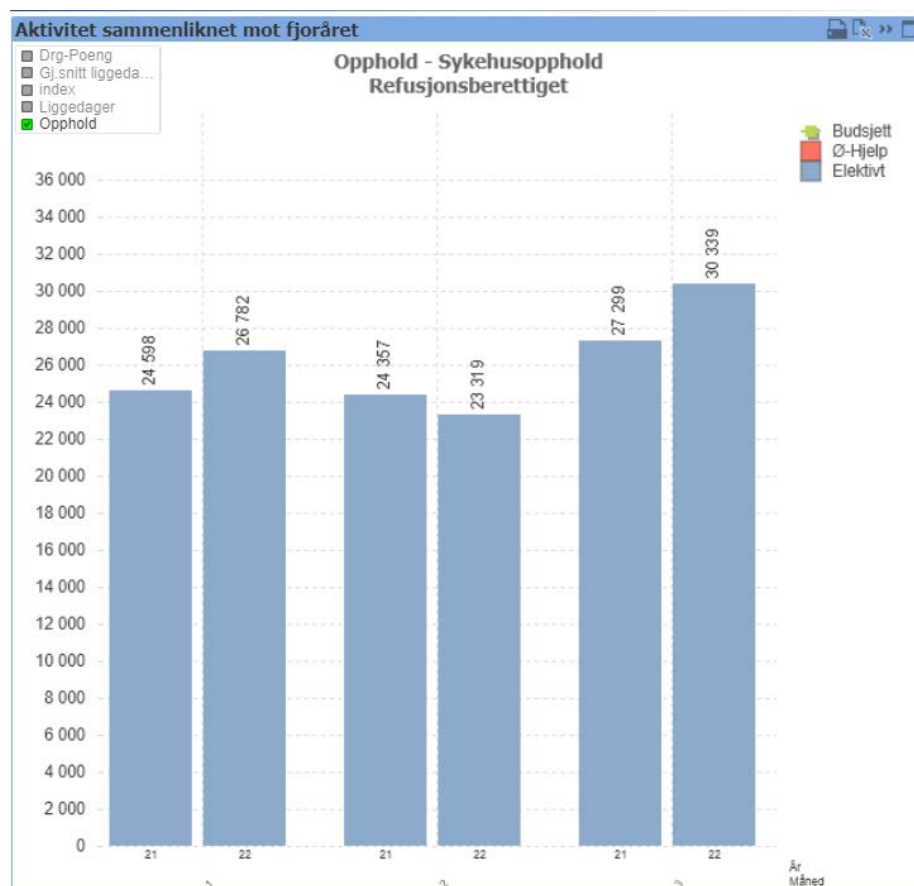
Antall operasjoner – Elektive



Utvikling i antall henvisninger

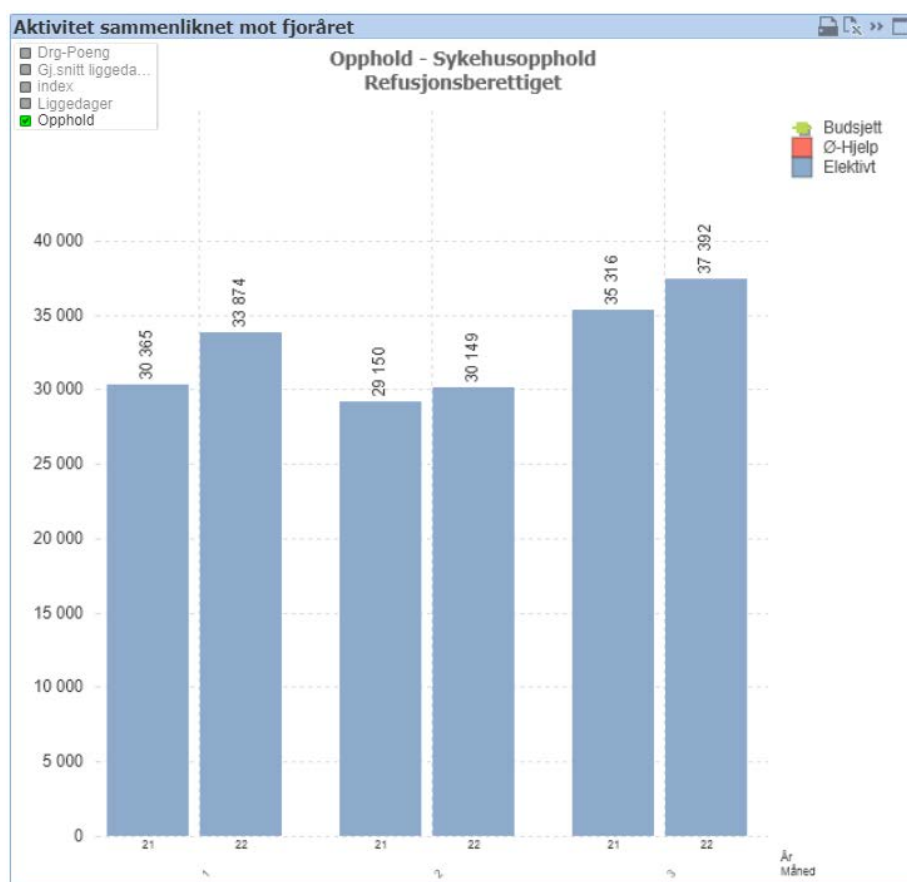


Poliklinisk aktivitet (elektiv) – psykisk helsevern



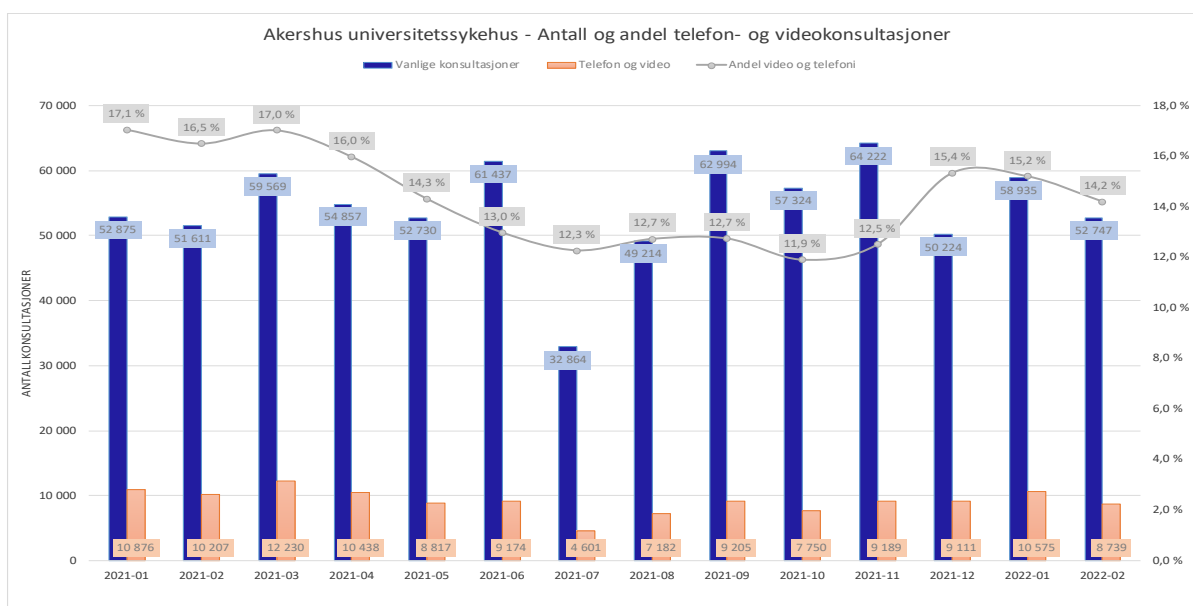
* Aktivitet i 2021 i kolonnene til venstre og aktivitet i 2022 i kolonnene til høyre

Poliklinisk aktivitet (elektiv) – somatikk



* Aktivitet i 2021 i kolonnene til venstre og aktivitet i 2022 i kolonnene til høyre

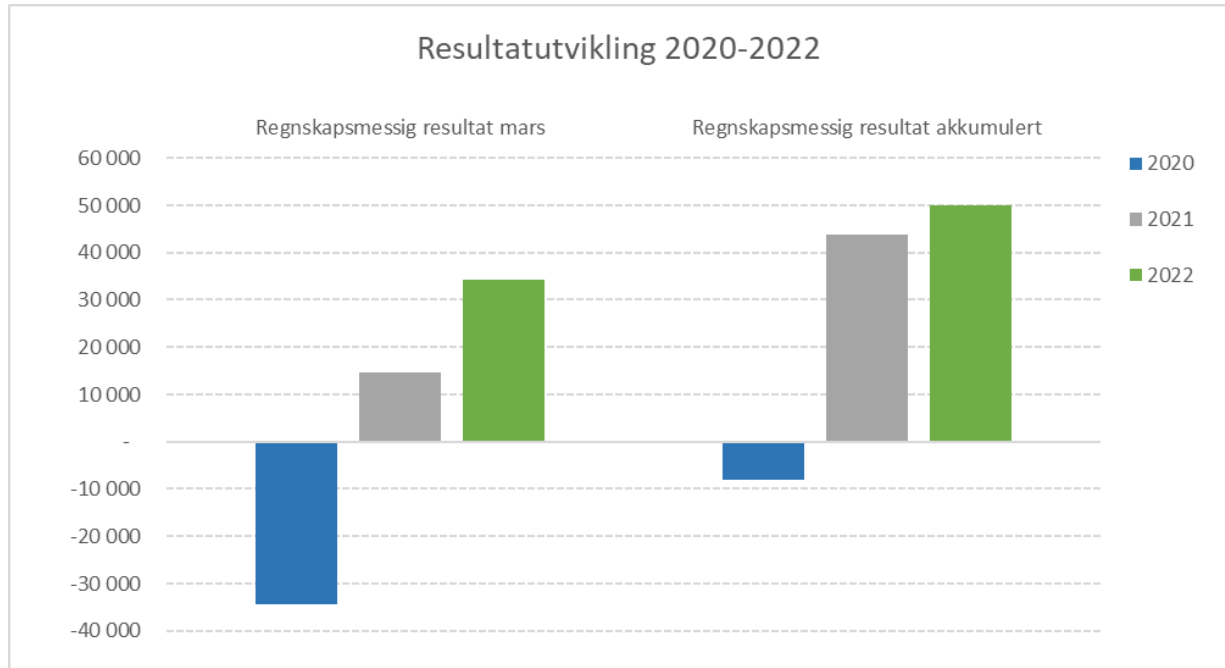
Andel telefon og videokonsultasjoner



Mål i 2022: 15% andel, Ahus har resultater tett på målkrav eller litt over i starten av året

5 Økonomi

5.1 Resultatutvikling 2020-22



Styresak

Dato dok.: 19.04.2022
Møtedato: 27.04.2022
Vår ref.: 21/14986-10

Administrerende direktør

Postadresse: 1478 LØRENSKOG
Telefon: +47 67 96 00 00

Sak 31/22 Foretakets innspill til økonomisk langtidsplan 2023-2026

Økonomisk langtidsplan (ØLP) er første trinn i budsjettprosessen for 2023, og beskriver foretakets forventede rammer knyttet til kapasitet, aktivitet, driftsøkonomi og investeringer de neste fire årene. I denne saken redegjøres det for den overordnede økonomiske utviklingen for Akershus universitetssykehus HF (Ahus) i perioden 2023-26 (42), basert på foreløpige rammer gitt fra Helse Sør-Øst 11. mars 2022 og overordnede framskrivninger av foretakets rammebetingelser og økonomi.

De viktigste utfordringene for pasientbehandlingen de neste årene vil være å ha tilstrekkelig kapasitet til en økende pasienttilstrømming, i større grad være i stand til å tilpasse pasientforløpene til den enkeltes behov, samt å sørge for helhetlige forløp på tvers av omsorgsnivåene.

Befolkningen i Akershus sykehusområde er forventet å vokse i årene fremover. SSBs befolkningsframskrivninger (hovedalternativet) med årlige gjennomsnitt viser at befolkningen i vil vokse med ca. 5.000 innbyggere hvert år fra 2023 til 2026, tilsvarende 2,3 %.

Foretaket har styrket den somatiske kapasiteten vesentlig de siste årene, både på Nordbyhagen, Kongsvinger og i leide lokaler på Gardermoen. Fra nyttår økte Ahus kapasiteten med netto 27 sengeplasser etter ombygginger i Nye Nord og interne rokader. Det ble blant annet åpnet en helt ny sengepost for kreftpasienter. Ahus har tidligere utvidet kapasiteten med 20 senger ved Kongsvinger sykehus, 25 senger knyttet til invasiv kardiologi i leide lokaler på Gardermoen og 5 operasjonsstuer for elektive pasienter med tilhørende 17 senger på Gardermoen.

I løpet av 2022 vil det arbeides videre med arealbruksplanen for Nordbyhagen for å styrke kapasiteten ytterligere frem til nye bygg er på plass. Det planlegges større bygningsmessige prosjekter i et nytt kreft- og somatikkbygg for å utvide den somatiske kapasiteten generelt og samle mye av den medisinske kreftbehandlingen spesielt. Spesialiserte funksjoner innen psykisk helsevern skal samlokaliseres i et nytt psykiatribygg, og det planlegges et nytt fellesbygg for administrative funksjoner. I tillegg er det inngått avtale for å etablere erstatningslokaler for nevrologisk rehabilitering, voksenhabilitering og kontorarealer med NKS (Norske Kvinners Sanitetsforening). Videre vurderes mulighetene for samlokalisering av Psykisk helsevern i Follo, samt at det pågår et prosjekt for å utarbeide arealbruksplan for Kongsvinger.

For å kunne realisere den ønskede utviklingen må Ahus skape årlige overskudd til nødvendige investeringer i eksisterende bygg og anlegg, medisinsk teknisk utstyr og annet utstyr (IKT), samt til nyinvesteringer i kreft- og somatikkbygg, psykiatribygg med videre. I

tillegg vil utvikling av tematiske sentra for eldremedisin, kreft, barn- og unge, psykisk helsevern og utvidet diagnostisk tilbud kreve omstillinger av dagens løpende drift.

De foreløpige inntektsrammene fra Helse Sør-Øst RHF (HSØ) viser en reell nedgang sammenlignet med forrige ØLP. Endringer i den regionale inntektsmodellen medfører en reduksjon i de faste inntektene for Ahus på 117 millioner kroner i 2023. Betydelige negative effekter av inntektsmodellen og pensjon 2022 og 2023, sammen med bortfall av inntektsstøtte i 2022 gjør det krevende å øke overskuddet på kort sikt. Det legges opp til et lavere overskuddsmål i 2023 og 2024 enn i fjorårets ØLP. Målsettingen om et stabilt årlig overskudd på 350 millioner kroner oppnås først fra 2025. Etter 2025 foreslås det å holde overskuddsmålet på samme nivå frem til 2031 hvor inntektene faller betydelig i forbindelse med overføring av bydelene til OUS. Resultatforventningene fremover må baseres på en nøktern underliggende drift, noe som innebærer en kostnadsvekst noe lavere enn veksten i inntekter. Det er lagt opp til en nøktern vekst i aktiviteten, både innen somatikk og PHV/TSB, tilpasset vekst i inntektsrammene (faste inntekter).

Det er foreløpig planlagt med overføring av bydelene Alna, Grorud og Stovner til Oslo universitetssykehus fra 2031 og 2036. Dette vil bety at vel 20 % av opptaksområdet bortfaller, og dermed også betydelige inntekter. Det er rimelig å forvente at det vi ta noe tid å tilpasse kostnadsnivået til et betydelig lavere inntektsgrunnlag. Overskuddet vil dermed være lavere i årene etter utfasing av bydelene.

Videre fremdrift

Helse Sør-Øst har stilt som krav at helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan 2023-26 skal styrebehandles senest 31. mai 2022. Samtidig har Helse Sør-Øst bedt foretakene om å rapportere sin økonomiske langtidsplan innen 21. april. Akershus universitetssykehus vil derfor rapportere sin foreløpige økonomiske langtidsplan innen nevnte frist, med forbehold om styrets behandling. Foretakets innspill til økonomisk langtidsplan vil oversendes Helse Sør-Øst etter behandling i styremøtet 27. april.

Innspill fra alle helseforetak vil sammenstilles av Helse Sør-Øst, og etter dialog med helseforetakene vil det fremlegges en regional ØLP for styret i det regionale foretaket på møtet 23. juni. På bakgrunn av tilbakemeldinger fra Helse Sør-Øst til helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan, vil styret ved Akershus universitetssykehus få fremlagt en sak om endelig økonomisk langtidsplan for perioden 2023-26 på sitt styremøte i september.

Administrerende direktørs innstilling til vedtak:

1. Styret godkjenner foretakets innspill til Helse Sør-Østs økonomiske langtidsplan for perioden 2023-26.
2. Styret ber administrerende direktør fremlegge en oppdatert økonomisk langtidsplan etter gjennomføring av dialogen med Helse Sør-Øst RHF.

Øystein Mæland
Administrerende direktør

Dokumentet er elektronisk godkjent

Innhold

INNLEDNING	4
FORVENTET BEFOLKNINGS- OG AKTIVITETSVEKST	4
Befolkningsvekst og alderssammensetning	4
Forventet aktivitetsutvikling - Somatikk	5
Forventet aktivitetsutvikling – Psykisk helsevern og TSB	6
ØKONOMISK HANDLINGSROM, OMSTILLING OG UTVIKLING	7
Historisk økonomisk utvikling	7
Økonomiske resultatmål i perioden	7
Inntektsutvikling i perioden.....	9
Nærmere om effekter av endringene i regional inntektsmodell.....	10
Kostnadsutvikling i perioden	10
Kapitalkostnader i perioden.....	13
Omstilling og produktivitetsvekst i perioden	14
Midler til å understøtte utviklingsplanen	15
Driftsgevinster av nye bygg.....	15
INVESTERINGSBEHOV OG FINANSIERING.....	17
Reanskaffelser og øvrig utvikling	17
Eiendomsutvikling og arealbruksplaner.....	19
Nybygg for å utvide kapasiteten.....	19
Investeringsplan og finansiering.....	21
LIKVIDITETSUTVIKLING	22
Kontantstrømmer	22
Utvikling i likviditetsbeholdningen.....	22

INNLEDNING

Økonomisk langtidsplan utgjør en konkretisering og konsekvensvurdering av ønsket utvikling av foretaket i forhold til de foreliggende økonomiske rammebetingelser. Hensikten er å planlegge for ønsket utvikling gjennom prioriteringer i tråd med målsettingene i Utviklingsplanen, og økonomisk langtidsplan 2023-26 representerer de fire første årene av perioden frem mot 2035.

For å kunne realisere den ønskede utviklingen må Akershus universitetssykehus skape årlige overskudd til nødvendige investeringer i eksisterende bygg og anlegg, medisinsk teknisk utstyr og annet utstyr (IKT), samt til nyinvesteringer i krefts- og somatikkbygg, psykiatribygg med videre. I tillegg vil utvikling av tematiske sentra for eldremedisin, kreft, barn- og unge, psykisk helsevern og utvidet diagnostisk tilbud kreve omstillinger av dagens løpende drift.

Økonomisk langtidsplan er første trinn i plan- og budsjettprosessen for 2023 og beskriver foretakets forventede rammer knyttet til kapasitet, aktivitet, driftsøkonomi og investeringer de neste fire årene.

Foretakets innspill til økonomisk langtidsplan 2023-26 vil sendes Helse Sør-Øst i henhold til fristen 21.april, med forbehold om styrets behandling. Foretakets innspill vil være grunnlaget i dialogen med eier om rammebetingelsene for kommende 4-års periode.

FORVENTET BEFOLKNINGS- OG AKTIVITETSVEKST

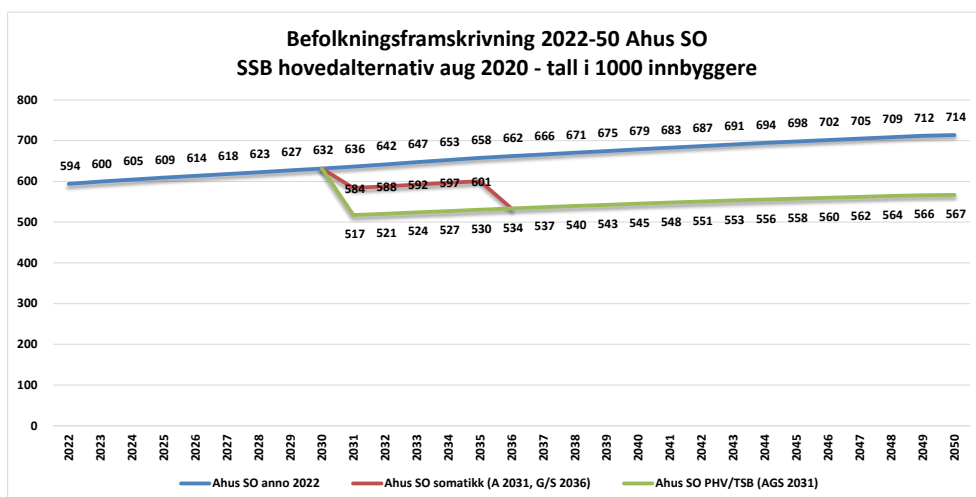
I styrets plandokument (del III i årlig melding 2021) og i vedtatt utviklingsplan for Akershus universitetssykehus 2017-30 beskrives hovedtrekkene i nåsituasjonen og forventede utviklingstrekk for foretaket i årene fremover. I sak 91/21 Årlig melding 2021, utkast til styrets plandokument fremheves høy befolkningsvekst og økende behov for helsetjenester i en aldrende befolkning som en sentral utfordring.

Befolkningsvekst og alderssammensetning

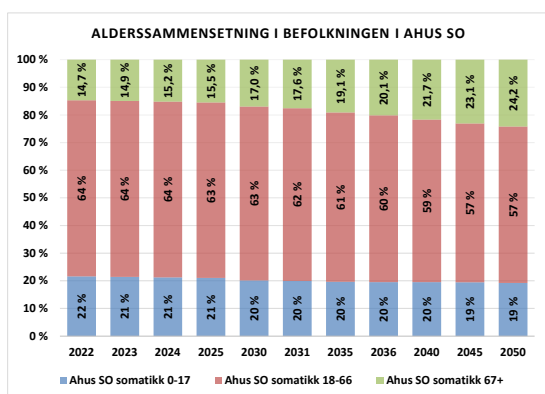
SSBs befolkningsframskrivninger (hovedalternativet) med årlige gjennomsnitt viser at befolkningen i Akershus sykehusområde vil vokse med ca. 5.000 innbyggere hvert år fra 2023 til 2026, tilsvarende 2,3 %.

Område	S 2022	S 2023	S 2024	S 2025	S 2026	Δ 23	Δ 24	Δ 25	Δ 26	Δ 23-26	Δ 22-26
Follo	117 835	118 795	119 677	120 490	121 268	0,8 %	0,7 %	0,7 %	0,6 %	2,1 %	2,9 %
Nedre romerike	204 834	207 052	209 086	210 952	212 719	1,1 %	1,0 %	0,9 %	0,8 %	2,7 %	3,8 %
Øvre romerike	93 741	95 300	96 632	97 758	98 773	1,7 %	1,4 %	1,2 %	1,0 %	3,6 %	5,4 %
Oslo	112 383	113 003	113 492	113 957	114 498	0,6 %	0,4 %	0,4 %	0,5 %	1,3 %	1,9 %
KOS-regionen	65 257	65 545	65 830	66 113	66 399	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	1,3 %	1,7 %
Total	594 049	599 694	604 715	609 269	613 656	1,0 %	0,8 %	0,8 %	0,7 %	2,3 %	3,3 %

I lengre perspektiv viser framskrivningene at befolkningen vil være i underkant av 715.000 innbyggere i 2050 med dagens opptaksområde Gitt overføring av Oslo-bydelene til Oslo universitetssykehus fra 2031 og 2036, vil befolkningen i 2050 være om lag på dagens nivå, dog med en forventet endring i alderssammensetningen. Likevel vil det være en lang mellomperiode hvor Ahus skal betjene et økende befolkningsvolum med tilhørende behov for kapasitet.



Alderssammensetningen i befolkningen vil endres og påvirke behovet for spesialisthelsetjenester. Andelen 67 år og eldre er forventet å øke markant frem til 2050, fra dagens 14,7 % til 24,2 % i 2050.



Forventet aktivitetsutvikling - Somatikk

Aktivitetsutviklingen så langt i 2022 viser en vekst fra 2021, men foreløpig er aktiviteten lavere enn budsjettert. Aktiviteten i perioden baseres på innspill og vurderinger fra hver divisjon og klinikk og viser at det generelt er lagt opp til en nøktern vekst i aktiviteten på 1,7 % i perioden, noe lavere enn befolkningsveksten skulle tilsi. Det er ikke lagt opp til vesentlige endringer i den somatiske egendekningen i perioden, men gitt en nøktern aktivitetsvekst i eget helseforetak er det rimelig å forvente at egendekning vil påvirkes noe.

Videre legges det til grunn at avtalen med Diakonhjemmet om avlastning av ø-hjelpspasienter fra Grorud, Stovner og Alna fortsetter i perioden.

Aktivitet somatikk	2022	2023	2024	2025	2026	Δ 23	Δ 24	Δ 25	Δ 26	Δ 23-26	Δ 22-26	Snitt år 22-26
Antall	580 669	579 463	581 844	585 771	589 146	-0,2 %	0,4 %	0,7 %	0,6 %	1,7 %	1,5 %	0,4 %
Døgn	75 766	76 445	76 792	77 297	77 786	0,9 %	0,5 %	0,7 %	0,6 %	1,8 %	2,7 %	0,7 %
Dag	30 547	29 573	29 641	29 732	29 822	-3,2 %	0,2 %	0,3 %	0,3 %	0,8 %	-2,4 %	-0,6 %
Pol	474 356	473 445	475 410	478 741	481 538	-0,2 %	0,4 %	0,7 %	0,6 %	1,7 %	1,5 %	0,4 %
DRGp	125 797	126 261	126 804	127 619	128 383	0,4 %	0,4 %	0,6 %	0,6 %	1,7 %	2,1 %	0,5 %
Døgn	89 928	90 734	91 147	91 746	92 326	0,9 %	0,5 %	0,7 %	0,6 %	1,8 %	2,7 %	0,7 %
Dag	9 131	8 840	8 861	8 888	8 915	-3,2 %	0,2 %	0,3 %	0,3 %	0,8 %	-2,4 %	-0,6 %
Pol	26 738	26 686	26 797	26 985	27 143	-0,2 %	0,4 %	0,7 %	0,6 %	1,7 %	1,5 %	0,4 %
Liggedager	265 892	268 276	269 495	271 267	272 983	0,9 %	0,5 %	0,7 %	0,6 %	1,8 %	2,7 %	0,7 %
Senger	837	845	848	854	859	0,9 %	0,5 %	0,7 %	0,6 %	1,8 %	2,7 %	0,7 %

Forventet aktivitetsutvikling – Psykisk helsevern og TSB

I voksenpsykiatrien (VOP) viser aktivitetsutviklingen for poliklinikk (per mars 2022) en nedgang i forhold til budsjett 2022, men en økning sammenliknet mot samme periode i 2021 (1600 konsultasjoner, tilsvarende 4 %). Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) viser en nedgang, både i forhold til faktisk 2021 og budsjett 2022. Innen barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) er utviklingen motsatt med en aktivitetsvekst i poliklinikk på 12 % sammenliknet med samme periode i fjor.

Polikliniske konsultasjoner innen VOP og BUP er fra 2023 justert for bortfall av ekstra midler fra revidert nasjonalbudsjett 2021 som ble overført til 2022. I perioden 2023-26 legges det opp til en vekst i poliklinikk på 3,9 %.

Aktivitetsplanen er basert på uendret kapasitet i døgnplasser ved Ahus og en videreføring av den kapasitet som er avtalt kjøpt fra Oslo universitetssykehus (OUS) og Sykehuset Innlandet (SI) frem til 2025. Kjøpet fra SI vil fases ut når nytt psykiatribygg kan tas i bruk fra 2026 noe som innebærer at antall liggedøgn innen voksenpsykiatrien øker fra samme tidspunkt. Kjøpet fra OUS vil først bortfalle når bydelene overføres fra 2031.

Område	Aktivitet	F 2021	B2022	2023	2024	2025	2026	Endr ift budsjett 2022				Endr ift fak 2021			
								Δ 23	Δ 24	Δ 25	Δ 26	Δ 23-26	Δ 22-26	Snitt år 2022-26	Snitt år 2023-26
VOP inkl Helse i arbeid	Antall døgnopphold	4 201	4 204	4 204	4 204	4 204	4 234	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,7 %	0,7 %	0,7 %	0,2 %	0,8 %
	Antall liggedøgn	66 579	67 726	66 583	66 583	66 583	69 083	-1,7 %	0,0 %	0,0 %	3,8 %	3,8 %	2,0 %	0,5 %	3,8 %
	Antall polikliniske konsultasjoner	163 369	173 664	173 867	176 873	179 942	183 100	0,1 %	1,7 %	1,7 %	1,8 %	5,3 %	5,4 %	1,3 %	1,7 %
	Antall liggedøgn - private	1 912	800	1 800	1 800	1 800	1 800	125,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	125,0 %	22,5 %	0,0 %
BUP	Antall døgnopphold	122	123	123	123	123	123	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,5 %
	Antall liggedøgn	7 732	8 100	8 100	8 100	8 100	8 100	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,8 %
	Antall polikliniske konsultasjoner	100 087	100 138	90 166	90 534	90 858	91 094	-10,0 %	0,4 %	0,4 %	0,3 %	1,0 %	-9,0 %	-2,3 %	0,3 %
	Antall liggedøgn - private	0	0	0	0	0	0	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
TSB	Antall døgnopphold	1 154	920	920	920	920	920	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	-20,3 %
	Antall liggedøgn	17 121	18 287	18 287	18 287	18 287	18 287	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	6,8 %
	Antall polikliniske konsultasjoner	32 571	35 456	35 962	36 468	36 963	37 429	1,4 %	1,4 %	1,4 %	1,3 %	4,1 %	5,6 %	1,4 %	1,3 %
	Antall liggedøgn - private	133	0	0	0	0	0	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	-100,0 %
Totalt	Antall døgnopphold	5 477	5 246	5 246	5 246	5 246	5 276	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,6 %	0,6 %	0,6 %	0,1 %	0,2 %
	Antall liggedøgn	91 432	94 112	92 969	92 969	92 969	95 469	-1,2 %	0,0 %	0,0 %	2,7 %	2,7 %	1,4 %	0,4 %	0,9 %
	Antall polikliniske konsultasjoner	296 027	309 257	299 994	303 875	307 763	311 624	-3,0 %	1,3 %	1,3 %	1,3 %	3,9 %	0,8 %	0,2 %	1,3 %
	Antall liggedøgn - private	2 045	800	1 800	1 800	1 800	1 800	125,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	125,0 %	22,5 %	0,0 %

ØKONOMISK HANDLINGSROM, OMSTILLING OG UTVIKLING

Ahus har en samlet finansiering til drift og investeringer. Dette gir fleksibilitet samtidig som det stiller krav om overskudd for å finansiere investeringer i blant annet nye bygg, teknologi og medisinsk-teknisk utstyr. Ahus har betydelige investeringer i årene fremover og må derfor ha positive resultater i drift for å opparbeide tilstrekkelig med egenkapital.

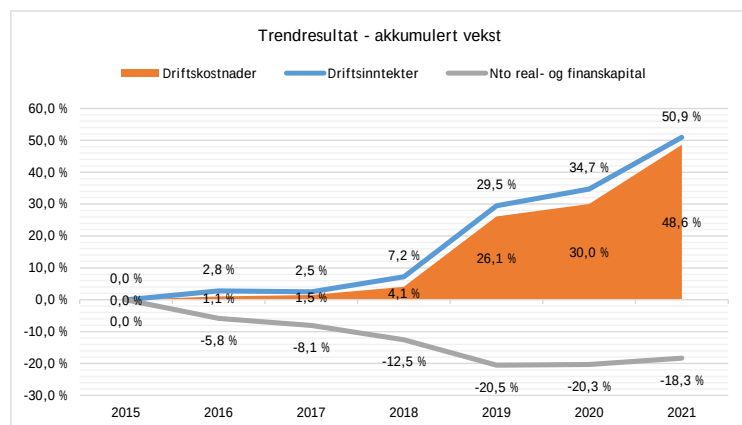
Historisk økonomisk utvikling

Foretaket oppnådde i 2021 et positivt resultat på 264,3 millioner kroner som gir en resultatgrad på 2,1 %. I 2022 er det budsjettet for et overskudd på 200 millioner kroner og en resultatgrad på 1,6 %. Akkumulert per mars 2022 har foretaket et regnskapsmessig overskudd på ca. 68 millioner kroner (etter justering for pensjon og inkl. gevinst for salg av tomt i Follo) som er 18 millioner kroner bedre enn budsjett. Driften påvirkes fremdeles av Covid-19 som antagelig vil fortsette utover våren. Den økonomiske effekten av pandemien i 2022 er derfor usikker, men foreløpig forventes det at foretaket skal oppnå det budsjetterte overskuddet for 2022.

Målet har vært å oppnå en resultatgrad på 2,5 % for over tid å kunne opprettholde verdiene i eiendom, teknologi og utstyr. De siste 5 årene (2017-21) har resultatgraden vært oppnådd i 2019 og 2020 med noe fallende resultatutvikling i 2021.

Resultat for Ahus	F2017	F2018	F2019	F2020	F2021	B2022
(Års)resultat	10 268	266 789	314 108	437 421	264 320	200 000
Resultatgrad	0,1 %	2,4 %	2,9 %	3,8 %	2,1 %	1,6 %

En trendanalyse av regnskapet for perioden 2015-21 viser at Ahus har hatt en nøktern vekst i driftskostnadene, lavere enn veksten i inntektene, og som har gitt positive driftsresultater. Kostnadene knyttet til real- og finanskapital har falt markant i perioden og har vært et vesentlig bidrag til de positive årsresultatene.



Økonomiske resultatmål i perioden

Resultatforventningene fremover må baseres på en nøktern underliggende drift, noe som innebærer en kostnadsvekst noe lavere enn veksten i inntektene. Det er lagt opp til en nøktern vekst i aktiviteten, både innen somatikk og PHV/TSB, tilpasset veksten i inntektsrammene (faste inntekter) i perioden 2023-26.

De foreløpige inntektsrammene fra HSØ viser en reell nedgang sammenlignet med 2022 og forrige ØLP. Endringer i den regionale inntektsmodellen medfører en reduksjon i de faste inntektene for Ahus på 117 millioner kroner i 2023. Betydelige negative effekter av

inntektsmodellen og pensjon de to siste årene, sammen med bortfall av inntektsstøtte i 2021, gjør det krevende å øke overskuddet på kort sikt. Det foreslås derfor et noe lavere overskuddsmål i 2023 og 2024 sammenlignet med fjorårets ØLP. Målsettingen om et stabilt årlig overskudd på 350 millioner kroner og en resultatgrad på minimum 2,5 % oppnås først fra 2025. Etter 2025 foreslås det å holde overskuddsmålet på samme nivå frem til 2031 hvor inntektene faller betydelig i forbindelse med overføring av bydelene Alna, Grorud og Stovner til Oslo universitetssykehus.

Resultatambisjon for Ahus	B2022	Ø2023	Ø2024	Ø2025	Ø2026
ØLP 2023-26:					
(Års)resultat	200 000	150 000	250 000	350 000	350 000
Resultatgrad	1,6 %	1,2 %	2,0 %	2,7 %	2,7 %
ØLP 2022-25:					
(Års)resultat	200 000	250 000	300 000	350 000	350 000
Resultatgrad	1,6 %	2,0 %	2,4 %	2,7 %	2,7 %

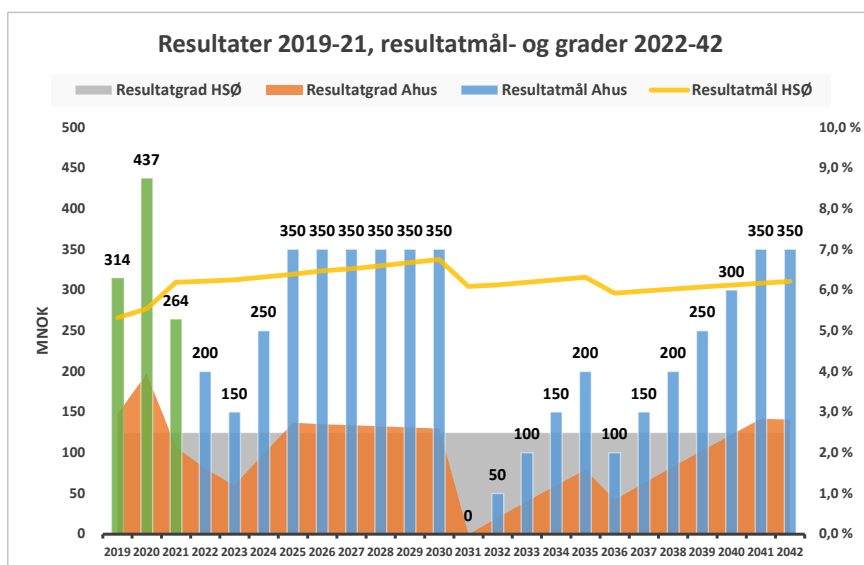
Fra 2031 bortfaller 1,185 milliarder kroner i faste inntekter og fra 2036 bortfaller ytterligere 0,524 milliarder kroner, samlet vel 1,7 milliarder kroner. I tillegg vil aktivitetsrelaterte inntekter reduseres med ca. 0,26 milliarder kroner i 2031 og ytterligere med ca. 0,28 milliarder kroner i 2036. Ahus vil dermed få et samlet inntektsbortfall i størrelsesorden 1,44 milliarder kroner fra 2031 og ytterligere ca. 0,8 milliarder kroner fra 2036 som vist i tabellen under.

Radetiketter	2031	2036
Red faste innt.	1 184 812	524 339
+ 01-Basisramme	1 184 812	524 339
Red var.innt.	258 250	282 943
+ 03-ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	150 636	211 626
+ 04-ISF-refusjon somatisk poliklinisk aktivitet	43 038	52 792
+ 06-ISF-refusjon poliklinisk PVH/TSB	42 051	901
+ 08-Utskrivningsklare pasienter	2 669	0
+ 09-Gjestepasienter	920	0
+ 10-Salg av konserninterne helsetjenester (gjestep	5 604	0
+ 11-Polikliniske inntekter	13 332	17 623

Sammenlignet med budsjett 2022 vil dette bety et samlet inntektsbortfall på ca. 20 %. Det er rimelig å forvente at det vi ta noe tid å tilpasse seg et betydelig lavere kostnadsnivå, og at resultatmålet må senkes betydelig i 2031 og 2036. Det er i ØLP-leveransen ikke forutsatt midlertidig inntektsstøtte fra HSØ ved bortfall av basisinntekter for bydelene, men foretaket mener det vil være rimelig å forvente at bortfallet av faste inntekter fordeles over flere år når betydelige endringer i opptaksområdet skal gjennomføres.

Oppsummert legges det opp til et lavere overskudd i 2023 sammenlignet med budsjett 2022 basert på fall i de faste inntektene. Det er likevel nødvendig å øke overskuddsmålet raskt for å imøtekomme behov for investeringer fremover. Dette gjelder både reinvesteringer i eksisterende bygg og anlegg, medisinsk teknisk utstyr, IKT, og behov for egenfinansiering til nye bygg.

Diagrammet under viser en oversikt over de årlige resultatmålene og resultatgradene som foreslås lagt til grunn for kommende ØLP-periode.



Inntektsutvikling i perioden

I perioden er inntekter framskrevet i tråd med inntektsrammer fra HSØ og estimert aktivitetsvekst. I tillegg kommer forventet vekst i salg av helsetjenester, ISF-refusjon for dyre legemidler, gevinst ved salg av eiendom m.v. (salg av Lurud i 2026). Videre vil andre inntekter reduseres noe i perioden som følge av inntektsføring av statstilskuddet fra Nye Ahus (utsatt inntekt), parallelt med fallende avskrivningskostnader.

De faste inntektene korrigert for pensjon faller med 0,6 % fra 2022 til 2023. Nedgangen skyldes effekter av den regionale inntektsmodellen.

AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS HF	Bud	Økonomiplan				Δ 22-
Beregning av foreløpig inntektsramme	2022	2023	2024	2025	2026	26
Basisramme inkl. RBF forrige periode	7 379	7 683	7 733	7 831	7 925	
Endringer:	304	49	99	94	93	
Forskuttet økn. basis 2022 sfa pensjon	99	87	0	0	0	
Omfordeling inntektsmodell	-78	-109	17	12	11	
Økt aktivitet	102	95	96	96	96	
Netto ABE	-1	-14	-14	-14	-14	
Justering av ettårig aktivitetsvekst	-45	-19	0	0	0	
Justering av kompensasjon pensjon 2022	-9	9	0	0	0	
Lønns-og prisvekst	172	0	0	0	0	
Annet	63	0	0	0	0	
Foreløpig basisramme	7 683	7 733	7 831	7 925	8 018	4,4 %
Forskning Basis	22	21	21	21	21	
Forskning Tilskudd	17	17	17	17	17	
Nasjonale kompetansetjenester	0	0	0	0	0	
Andre statlige tilskudd	12	12	12	12	12	
Sum faste inntekter	7 734	7 782	7 881	7 975	8 068	4,3 %
Herav: Basisramme inkl. forskning	7 661	7 709	7 808	7 902	7 995	4,4 %
Herav: RBF	44	44	44	44	44	0,0 %
Herav: Tilskudd	29	29	29	29	29	-0,2 %
Oppsummering:						
Basisramme korr pensjon	7 661	7 613	7 712	7 806	7 899	
Årlig vekst		-0,6 %	1,3 %	1,2 %	1,2 %	
Akkumulert vekst 2022-26		-0,6 %	0,7 %	1,9 %	3,1 %	
Akkumulert vekst 2023-26			1,3 %	2,5 %	3,8 %	

Fra 2024 vokser de faste inntektene med vel 1,2 % hvert år i perioden basert på forventede midler til økt aktivitetsvekst.

Samlet forventes inntektene inkl. salgsgevinst å øke med 4,1 % i perioden 2022-26, eller gjennomsnittlig 1 % hvert år.

Inntektstyper (MNOK)	B2022	2023	2024	2025	2026	Δ 23	Δ 24	Δ 25	Δ 26	Δ 22-26	Snitt år
Faste inntekter	-7 661	-7 709	-7 808	-7 902	-7 995	0,6 %	1,3 %	1,2 %	1,2 %	4,4 %	1,1 %
Variable inntekter	-4 122	-4 133	-4 163	-4 201	-4 236	0,3 %	0,7 %	0,9 %	0,8 %	2,8 %	0,7 %
Andre inntekter	-655	-667	-669	-672	-720	1,8 %	0,3 %	0,4 %	7,1 %	9,8 %	2,4 %
Sum	-12 438	-12 509	-12 640	-12 775	-12 950	0,6 %	1,1 %	1,1 %	1,4 %	4,1 %	1,0 %

Nærmere om effekter av endringene i regional inntektsmodell

Inntektsmodellen i HSØ består av sju delelementer, hvorav fire er tjenesteområde-elementer:

- Somatikk
- Psykisk helsevern (PHV)
- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)
- Prehospitale tjenester.

I tillegg er det egne modellelementer for kapital, pensjon og forskning.

Fordelingsnøkkelen mellom de overnevnte modellelementene er historisk betinget, og har vært uendret siden modellelementene ble innført. For at inntektsmodellen i Helse Sør-Øst skal fordele inntekter mer i tråd med der kostnadene treffer, har det blitt gjort en vurdering av å bruke tilsvarende tilnærming internt i regionen som man bruker nasjonalt. Det vil si at historiske kostnader (SAMDATA 2019) i Helse Sør-Øst for hvert av tjenesteområdene brukes som et grunnlag for å fordele midler mellom tjenesteområde-elementene. Fordelingen til og i elementene for kapital, pensjon og forskning forblir uendret. Nøkkelen basert på kostnadsandeler innebærer større beløp i modellelementet for somatikk og prehospitale tjenester enn dagens nøkkel i Helse Sør-Øst. Det er fordi kostnadene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er lavere enn beløpene som i dag er fordelt i disse modellelementene. Dette medfører betydelige negative omfordelingseffekter for Ahus som følger av at:

- En større andel fordeles til prehospitale tjenester som ikke er tjenester Ahus har, og som igjen betyr en lavere andel til andre modellelementer
- Ahus har en lavere behovsandel for somatikk enn for PHV og TSB, og når en større andel fordeles til somatikk gir det samlet sett en mindre uttelling for Ahus.

Denne endringen i den regionale inntektsmodellen medfører en reduksjon i de faste inntektene for Ahus på 117 millioner kroner i 2023.

Kostnadsutvikling i perioden

Det er lagt opp til en kostnadsvekst på 2,5 % i perioden 2022-26 som er nøkternt og nødvendig for å øke investeringsevnen.

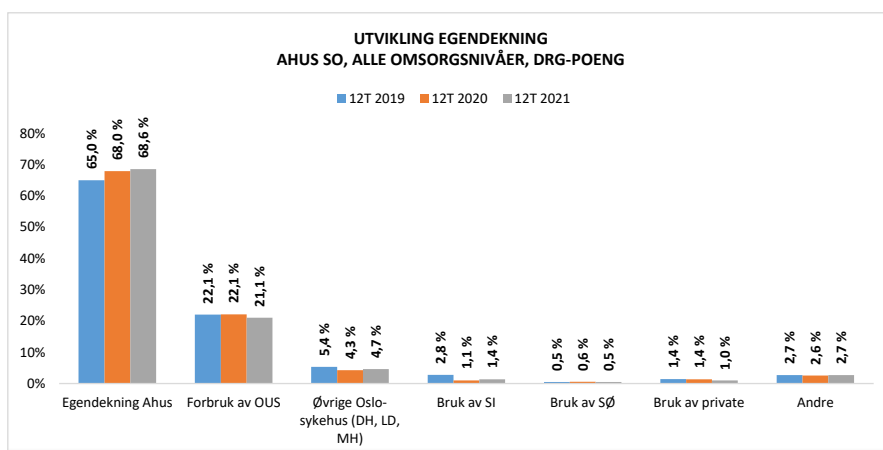
Forventet aktivitetsvekst baseres på innspill fra divisjoner og klinikker og må i hovedsak finansieres av økte variable inntekter i de somatiske divisjonene/klinikkene. Kostnadsvekst i støttefunksjonene som følge av generell aktivitetsvekst må finansieres av veksten i faste inntekter. Det er også lagt til grunn en forventet kostnadsvekst innen de ikke-medisinske støttefunksjoner som følge av den generelle aktivitetsveksten ellers i virksomheten.

Det er videre lagt opp til en vekst i varekostnadene i takt med veksten i planlagt aktivitet. Erfaringsmessig har det vært en økende etterspørsel etter laboratorieanalyser og røntgenundersøkelser, samt at den historiske utviklingen viser både økende forbruk og realvekst i prisene på implantater og annet medisinsk forbruksmateriell.

Kjøp av behandlingsplasser

Ahus har fremdeles høye kostnader til kjøp av behandlingsplasser ved andre sykehus. Kjøpet vil falle noe når nytt psykiatribygg tas i bruk fra 2026 og kjøp av behandlingsplasser innen voksenpsykiatrien fra Sykehuset Innlandet kan avsluttes.

Det er ikke lagt opp til vesentlige endringer i den somatiske egendekningen i perioden, men gitt en nøktern aktivitetsvekst i eget helseforetak er det rimelig å forvente at egendekning vil påvirkes noe. Egendekningen i Ahus sykehusområde har økt gradvis i perioden fra 2.tertial 2019 (65 %) til 2.tertial 2021 (68,6%).



Legemidler og forbruksvarer

Utvikling i legemiddelkostnadene er basert på mottatte estimater fra Sykehusapotekene. Kostnadene til legemidler fratrasket ISF-refusjoner forventes å øke med ca. 15 % i perioden, fra 780 millioner kroner i 2022 til 894 millioner kroner i 2026. Det er kostnadene til kreftmedikamenter som forventes å øke mest i perioden.

Legemidler (MNOK)	B2022	2023	2024	2025	2026	Δ 23	Δ 24	Δ 25	Δ 26	Δ 22-26	Snitt år
ISF-refusjon legemidler	-218	-205	-213	-222	-231	-6,0 %	3,9 %	3,9 %	3,9 %	5,5 %	1,4 %
Legemidler	243	261	273	285	297	7,2 %	4,5 %	4,4 %	4,4 %	22,1 %	5,1 %
Legemidler (H-resept)	567	533	554	576	598	-6,0 %	3,9 %	3,9 %	3,9 %	5,5 %	1,4 %
Cytostatika	139	149	156	163	170	7,2 %	4,5 %	4,4 %	4,4 %	22,1 %	5,1 %
Andre apotekvarer	49	52	54	57	59	7,2 %	4,5 %	4,4 %	4,4 %	22,1 %	5,1 %
Sum	780	790	824	858	894	1,3 %	4,3 %	4,2 %	4,2 %	14,7 %	3,5 %

IKT-kostnader

Ahus har mottatt tjenestepriiser fra Sykehuspartner for perioden 2023-26 som samlet viser en kostnadsvekst på 19,4 % eller 109 millioner kroner i perioden 2022-26.

Ahus: Tjenestepriiser Sykehuspartner 2022-26	2022	2023	2024	2025	2026	Δ # 22-26	Δ % 22-26	Δ % snitt/år
IKT - tjenestepreis	482	500	516	537	582	100	20,6 %	4,8 %
Adm.felles tj.; herav:	83	87	92	95	93	10	12,0 %	2,9 %
Reg HR- og kompetansetj.	39	40	40	40	40	1	3,4 %	0,8 %
Reg ERP tjenester	21	20	20	20	17	-4	-20,1 %	-5,5 %
Publisering og samhandling	7	7	7	7	7	0	6,4 %	1,6 %
MS365	16	20	25	28	28	12	78,7 %	15,6 %
Sum tjenestepreis	565	588	609	632	674	109	19,4 %	4,5 %

Det er i første rekke IKT tjenestepreis som er forventet å øke betydelig i perioden, primært tjenestepriiserne for de kliniske systemene. Hovedårsaken til økte kostnader er knyttet til oppgradering og forbedring av infrastruktur. IKT infrastruktur må oppgraderes og forbedres både av sikkerhetshensyn, men også fordi en del av de nyere kliniske løsningene. I tillegg

begrunnes økningen med at flere små applikasjoner overføres fra helseforetakene til tjenestekatalogen hos Sykehuspartner. I tillegg øker leiekostnadene av periferiutstyr som f.eks. kopimaskiner markant samtidig som kostnadene til finansiell leasing av tilsvarende utstyr reduseres noe. Kundestyrte avtaler og avskrivninger øker også i perioden og skyldes blant annet oppgradering til Windows 10, oppgradering av Citrix arbeidsflate, pasientpåminning på SMS, og vedlikeholdsavtaler.

AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS HF	Budsjett	ØLP 22-25	ØLP 2023 - 2026				Ny ØLP 23 vs.
Tjenestepriis ØLP 2022 - 2025	2022	2023	2023	2024	2025	2026	forrige ØLP 23
Arbeidsflate	22 875	19 791	24 521	23 999	23 491	21 012	4 730
Virksomhetsstyring og kvalitetsstøtte	1 156	5 425	7 970	8 090	7 880	7 595	2 545
Prehospital	191	284	191	191	191	191	-92
Pasientjournal og administrasjon	74 415	77 994	73 428	70 437	76 556	71 972	-4 566
Mor og barn	6 873	4 506	7 468	7 373	7 035	7 035	2 963
Laboratorievirksomhet	22 434	19 769	22 638	22 567	22 567	22 538	2 870
Kurvejournal, medikasjon og pasientmålinger	32 610	33 433	32 433	32 392	32 378	31 933	-999
Infrastrukturplattform	119 611	145 013	114 570	121 352	131 717	166 316	-30 442
Billediagnostikk	20 997	22 418	24 568	25 814	22 559	20 134	2 150
Brukerservice	21 950	21 734	21 982	21 982	21 982	21 982	248
Sikkerhet, design og ROS	24 635	23 908	24 671	24 671	24 671	24 671	763
Integrasjonsutvikling, forvaltning og koordinering	6 632	5 378	6 642	6 642	6 642	6 642	1 263
FDVU eiendom	1 738	836	1 691	1 688	1 649	1 643	856
Forskning og utvikling	1 933	2 004	1 917	1 917	1 917	1 917	-87
Somatisk behandling og øvrig MTU	1 957	1 927	1 947	1 894	1 894	1 883	20
Kjøkken, vaskeri og sterilentral	507	3 600	2 420	2 420	2 395	1 960	-1 179
Medisinsk behandling	-	24	-	-	-	-	-24
Psykisk behandling	-	1 604	25	25	23	-	-1 579
Interaksjon	4 009	-	2 593	2 593	2 583	2 555	2 593
Små applikasjoner	5 612	6 918	9 550	11 341	11 937	11 937	2 632
Kundestyrte avtaler og avskrivninger	18 985	6 513	24 569	37 521	50 436	59 605	18 056
Totalt Kundetjenester og kundestyrte elementer	389 121	403 078	405 796	424 910	450 505	483 520	2 719
Leie periferi	1 201	1 038	4 057	9 071	14 466	20 109	3 019
Kjøp av periferiutstyr	4 800	3 072	3 000	3 000	3 000	3 000	-72
Finansiell leasing	13 157	18 689	13 233	10 678	8 209	6 937	-5 456
Kjøp av telekomutstyr	1 800	461	1 800	1 800	2 100	2 100	1 339
Variable tjenester	750	461	550	550	550	550	89
SP konsulenttimer	4 680	2 056	4 554	4 554	4 554	4 554	2 497
Viderefakturer	1 820	2 355	946	946	946	946	-1 409
Sum variable tjenester	28 208	28 131	28 140	30 599	33 825	38 196	9
Felleskostnader	64 912	63 074	66 206	60 678	52 303	60 045	3 132
Sum	487 241	494 283	500 142	516 187	536 634	581 761	5 859

Service- og vedlikeholdskostnader

Det er forutsatt en årlig økning i drift- og servicekostnader av utstyrsparken på 4 % årlig i perioden.

Mindre løpende vedlikehold håndteres hvert år i driftsbudsjettet og det legges opp til å øke vedlikeholdet i tråd med vedlikeholdsplanene innenfor bygg og anlegg. I 2022 er det budsjettet 32 millioner kroner til ordinært mindre vedlikehold. Behovet for løpende vedlikehold er økende og HSØ har spesifikt for bygningsmassen etablert en retningsgivende norm på minimum 350 kroner per kvadratmeter for ordinært vedlikehold hvert år. I tillegg er det over flere år opparbeidet et vedlikeholdsetterslep. I løpet av 2022 skal det etableres 5-års tilstandsbasert vedlikeholdsplan for bygg med tilstandsgrad 3 (TG3) og 10-års vedlikeholdsplan for bygg med tilstandsgrad 2 (TG2) for å lukke etterslepet. Eiendomsforvaltningen har utarbeidet en plan for å lukke etterslepet, både i form av løpende vedlikehold som finansieres over driftsbudsjettene og nødvendig rehabiliteringsprosjekter som må finansieres over investeringsbudsjettene fremover.

Fag	Type kost	TG3				TG2					
		2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032
Alle	Vedlikehold	48	51	54	62	60	103	52	48	54	50

Det foreslås å legge inn en økning på nær 21 millioner kroner i driftsbudsjettet fra 2023, gradvis økende til 35 millioner kroner i 2026 for å redusere vedlikeholdsetterslepet av bygningsmassen i tråd med vedlikeholdsplanen utarbeidet av Eiendomsforvaltningen. Samlet foreslås det en betydelig styrking av driftsbudsjettet i perioden frem til 2032.

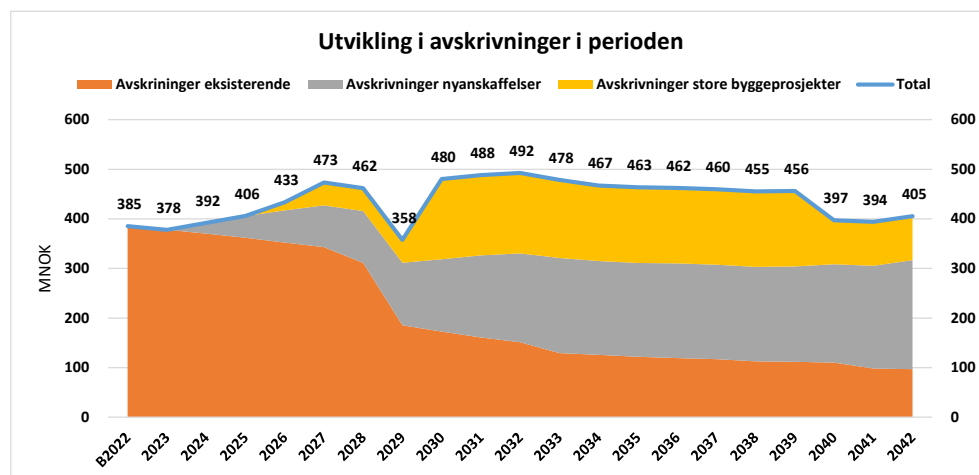
Service- og vedlikehold (MNOK)	B2022	2023	2024	2025	2026	Δ 23	Δ 24	Δ 25	Δ 26	Δ 22-26	Snitt år
Vedlikeholdsetterslep	32	55	59	63	73	68,5 %	7,9 %	7,4 %	14,9 %	124,3 %	22,4 %
Drift- og servicekostnader	81	84	87	91	94	4,0 %	4,0 %	4,0 %	4,0 %	17,0 %	4,0 %
Sum	113	138	146	154	167	22,5 %	5,5 %	5,4 %	8,5 %	47,7 %	10,2 %

Samlet er det lagt opp til en kostnadsvekst på 2,5 % i perioden 2022-26 som er nøkternt og nødvendig for å øke investeringsnivåen.

Kostnadstyper (MNOK)	B2022	2023	2024	2025	2026	Δ 23	Δ 24	Δ 25	Δ 26	Δ 22-26	Snitt år
Kjøp av helsetjenester	1 432	1 444	1 455	1 466	1 433	0,8 %	0,8 %	0,8 %	-2,3 %	0,1 %	0,0 %
Legemidler	998	996	1 037	1 080	1 125	-0,3 %	4,2 %	4,1 %	4,2 %	12,7 %	3,0 %
Varekostnader	703	707	712	718	723	0,5 %	0,7 %	0,8 %	0,8 %	2,8 %	0,7 %
Lønnskostnader	6 491	6 519	6 541	6 564	6 598	0,4 %	0,3 %	0,4 %	0,5 %	1,6 %	0,4 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	960	1 048	1 051	1 054	1 058	9,1 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	10,2 %	2,5 %
Tjenestepriser IKT	565	588	609	632	674	4,0 %	3,6 %	3,9 %	6,7 %	19,4 %	4,5 %
Service- og vedlikeholdskostnader	113	138	146	154	167	22,5 %	5,5 %	5,4 %	8,5 %	47,7 %	10,2 %
Andre kostnader	545	482	383	286	322	-11,5 %	-20,6 %	-25,2 %	12,5 %	-40,9 %	-12,3 %
Sum	11 808	11 921	11 934	11 955	12 100	1,0 %	0,1 %	0,2 %	1,2 %	2,5 %	0,6 %

Kapitalkostnader i perioden

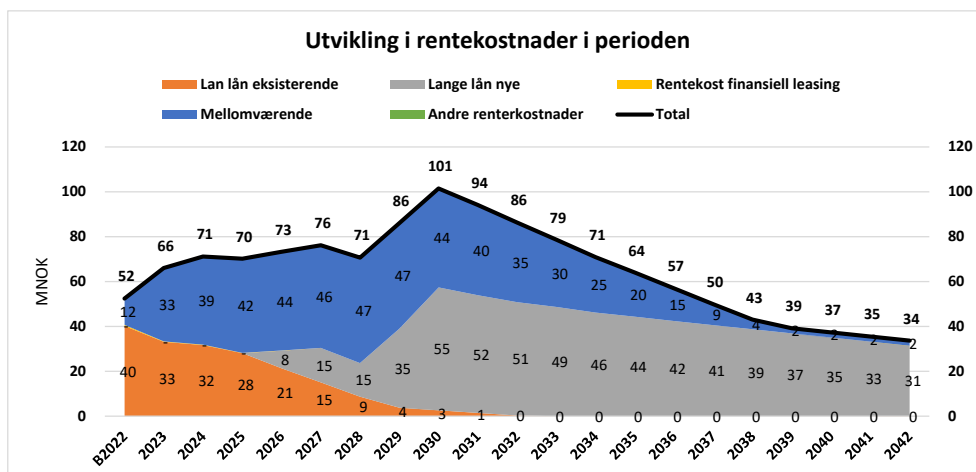
Avskrivningskostnadene gjenspeiler investeringsplanen i perioden. Nytt felles administrasjonsbygg er tentativt planlagt ferdig i løpet av 2025 og kapitaliseres fra 2026 og utgjør vel 16 mill. kroner. Nytt psykiatribygg er planlagt ferdig i løpet av våren 2026 og avskrivningene vil løpe fra 2027 tilsvarende 30 mill. kroner. Nytt KSB planlegges tentativt ferdig i slutten av 2029 og kapitaliseres fra 2030 til 116 millioner kroner årlig i de første årene. Avskrivninger på eksisterende anleggsportefølje får en dipp i 2029 som skyldes at røranlegg og EI-teknisk infrastruktur fra Nye Ahus (2008) er ferdig avskrevet i 2028. Avskrivningene for perioden frem til 2042 er oppsummert i diagrammet under.



Rentekostnadene vil være betydelige for Ahus også i årene fremover. De eksisterende lange lånene har 20 års avdragstid og er bundet opp i fastrenteavtaler og vil være nedbetalt i løpet av 2028. Lånefinansiering av nytt psykiatribygg (PHN) med avdragstid på 35 år og nominelle renteestimer fra HSØ på 2,5 % vil inntreffe fra 2026. Serielånet på nytt kreft- og somatikkbygg er forutsatt å få en avdragstid på 30 år etter samme rentemodell som for PHN. I 2030 vil disse lånene gi en rentekostnad på 55 mill. kroner.

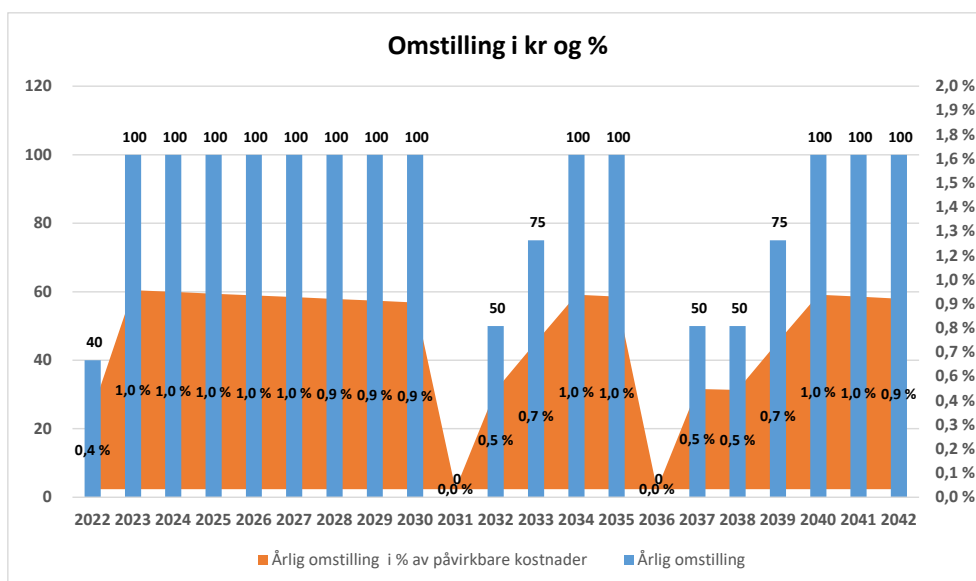
Opparbeidet langsiktig konsernmellomværende med HSØ er betydelig, og skyldes i hovedsak konsernets ordning knyttet til finansiering av avdrag på langsiktige lån. I praksis innebærer det at Ahus tilføres årlig avdragslikviditet fra HSØ som øker foretakets mellomværende (gjeld) til HSØ. Mellomværende internt i konsernet håndteres som lån eller fordring og renteberegnes løpende i henhold til flytende rentebetingelser. Mellomværende vil øke i perioden med større lånebelastning, men vil avta når lånet er nedbetalt. For Ahus vil mellomværende overfor HSØ øke i perioden som følge av nye bygg. Mellomværende vil reduseres gradvis i perioden frem til 2036, hvor posisjonen er snudd fra 2037.

Profilen på rentekostnadene er vist i diagrammet under.

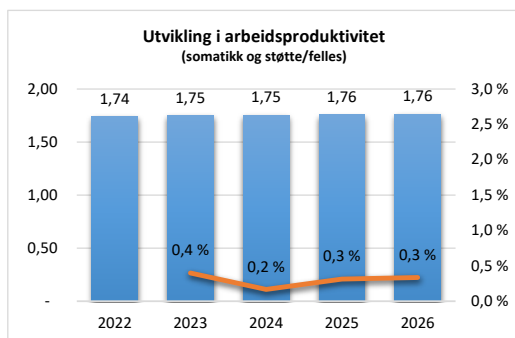


Omstilling og produktivitetsvekst i perioden

For å oppnå ambisjonen om gradvis økt overskudd i perioden legges det opp til en opptrapping av det generelle omstillingskravet fra 0,4% i 2022 til 1 % av påvirkbare kostnader årlig fra 2023 frem til endring av opptaksområdet i 2031, fordelt på alle divisjoner, klinikker og stabsenheter, dog med et noe lavere generelt krav innen Psykisk helsevern og TSB som i tillegg må realisere gevinster som omfattes av PHN-prosjektet.



For å opprettholde den økonomiske handlefriheten foretaket har opparbeidet seg de siste årene er det derfor av betydning at produktiviteten gradvis forbedres fremover. I innspillet til økonomisk langtidsplan for perioden 2023-26 (42) legges det opp til at foretaket fortsetter den økonomiske utviklingen. Noe av omstillingen er forventet løst gjennom nøktern vekst i bemanningen i form av en forsiktig økt arbeidsproduktivitet, dvs. en årlig snittvekst i aktiviteten med ca. 0,5 % parallelt med en noe lavere årlig snittvekst i bemanningen (0,2 %).



Midler til å understøtte utviklingsplanen

For å kunne realisere utviklingsplanens tematiske satsingsområder innen eldremedisin, kreft, psykisk helsevern og den akutt syke pasienten, og satsinger innen forskning, er det lagt opp til omprioriteringer innenfor dagens drift. I 2023-26 er det innarbeidet 20 millioner kroner hvert år for å understøtte ytterligere prioriteringer, samt 4 millioner kroner årlig til å styrke tilbudet innen Psykisk helsevern og TSB.

Videre er legges det opp til å styrke kapasiteten innen intensiv, hjerte og forskning.

Radetiketter	2023	2024	2025	2026
☒ Utviklingsplanen	44 126	24 000	24 000	24 000
☒ Til pri	20 000	20 000	20 000	20 000
☒ Styrke PHV	4 000	4 000	4 000	4 000
☒ Lik drift ukedag helg intensiv	15 200	0	0	0
☒ 7 ekstra senger i 4 måneder på hjerte (tidligere vint)	2 926	0	0	0
☒ Egenandel Jebesen senter	2 000	0	0	0

Driftsgevinster av nye bygg

Samlokalisering av PHV på Nordbyhagen (PHN)

Lønnsomhetsanalysen i PHN-prosjektet viste en positiv nåverdi forutsatt realisering av driftsgevinsterne. Basert på dagens fragmenterte driftsmodell er det lagt til grunn betydelige driftsgevinster som bortfall av gjestepasientkostnader og mer kostnadseffektiv drift i egen regi, samlokalisering av alders- og spesialpsykiatri i nytt bygg og bortfall av eksterne husleiekostnader. Prosjektet er nå i forprosjektfasen og det skal arbeides videre med detaljering av driftsgevinsterne og foretas en oppdatert analyse av prosjektets bæreevne. I ØLP er det lagt til grunn at foretaket oppnår de driftsgevinsterne som er jobbet frem i prosjektet oppsummert i tabellen under.

Beløp i millioner	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Driftsgevinster:										
Årsverkseffekt - personalkostnader, herav:	-11	-11	-11	-11	-11	-11	33	33	33	33
Årsverkseffekt fra samlokalisering VOP ex.AKU	18	18	18	18	18	18	39	39	39	39
Årsverkseffekt fra samlokalisering VOP AKU	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Årsverkseffekt fra samlokalisering BUP							15	15	15	15
Årsverkseffekt fra å ta tilbake gjestepasientkjøp	-30	-30	-30	-30	-30	-30	-23	-23	-23	-23
Bortfall eksterne leiekostnader							9	9	9	9
Bortfall gjestepasientkostnader		43	43	43	43	43	34	34	34	34
Ulempkostnader	-2	-15	-9	-3			-18	-12	-6	
Tjenestepriis O-IKT	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	
FDV + renhold	-8	-8	-8	-8	-8	-8	-4	-4	-4	-4
Effekt på varekostnad	-0	-0	-0	-0	-0	-0	1	1	1	1
Andre driftsøkonomiske effekter	-9	-9	-8	-8	-8	-8	-7	-7	-7	-7
Netto driftsgevinster for prosjektet	-2	-2	4	10	14	14	45	51	58	66

Kreft- og somatikkbygg Nordbyhagen (KSB)

KSB-prosjektet er i konseptfasen og det er gjennomført en økonomisk analyse av 4 ulike utbyggingsalternativer. I alternativene ble det innarbeidet en ambisjon om gevinstuttak tilsvarende 0,5 % årlig. Gevinstpotensialene ble begrunnet med at en samling av funksjoner på Nordbyhagen vil gi en mindre fragmentert driftsmodell og medføre mulige driftsgevinster. Etablering av nytt tilbud om strålebehandling vil bidra til å samle kreftbehandlingen i en ny lokasjon på Nordbyhagen, og som tilrettelegger for mer effektive behandlingsforløp og driftskonsepter. Potensialer for driftsgevinster kan oppsummeres i følgende hovedspor:

- Samlokalisering av fagområder
- Bedre pasientflyt og mer rasjonelle driftsmodeller.

Gevinstene er å betrakte som foreløpige ambisjoner og økonomiske rammer for det videre arbeidet i konseptfasen.

Den innledende økonomiske analysen viste at ingen av alternativene vil ha økonomisk bæreevne gitt de investeringsnivåene og gevinstpotensialene som foreløpig er antydnet. Prosjektet vil arbeide videre utover våren med å vurdere en etappevis utbygging og foreta en oppdatert økonomisk analyse basert på detaljert virksomhetsinnhold og nærmere identifisering av driftsgevinster.

INVESTERINGSBEHOV OG FINANSIERING

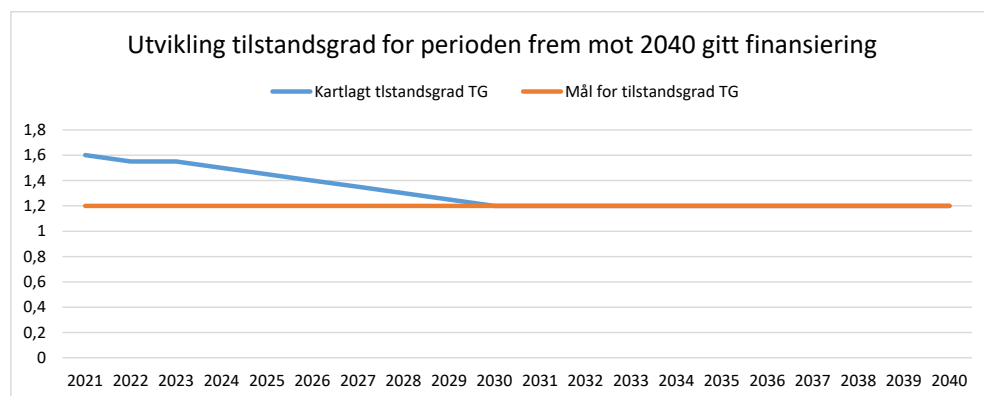
Reanskaffelser og øvrig utvikling

Det gjennomføres årlige kartlegginger av behovet for investeringer som en del av økonomisk langtidsplan og årlige budsjettprosesser. Innspill fra divisjoner og klinikker som vurderes av fagmiljøene hos DFM og DDT viser betydelige re-anskaffelsesbehov. I tillegg er det behov for investeringer som understøtter videre utvikling av øvrige infrastruktur, blant annet investeringsbehov knyttet til forskningsinfrastruktur.

Det arbeides godt i DFM og DDT med re-anskaffelsesplaner innenfor alle respektive områder. Som nevnt over skal det i løpet av 2022 etableres 5-års tilstandsbasert vedlikeholdsplan for bygg med tilstandsgrad 3 (TG3) og 10-års vedlikeholdsplan for bygg med tilstandsgrad 2 (TG2) for å lukke etterslepet. Til formålet avsettes det i planperioden 200 millioner kroner årlig av regionens likviditet til lokale investeringsformål og Ahus vil bli tildelt i størrelsesorden 29 millioner kroner årlig i perioden 2023-26. Fra eiendomsforvaltning (bygg og anlegg) er det utarbeidet en plan for å lukke det bygningsmessige etterslepet i henhold til føringene fra HSØ som allerede er styrket i investeringsbudsjettet for 2022. Fra 2023 til 2026 er behov for 474 millioner kroner for å rehabilitere bygningsmassen som er av dårligst forfatning (TG 3), hvorav 126 millioner kroner er knyttet til Kongsvinger.

Tall i MNOK		TG3				TG2						Sum i
Fag	Type kost	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	perioden
Ahus øvrig	Investeringer	102	80	78	88	49	41	28	26	27	27	546
KOS	Investeringer	64	44	14	4	8	3	3	5	5	5	155
Alle Ahus	Sum	166	124	92	92	57	44	31	31	32	32	701

Sammen med styrking av driftsbudsjettet til løpende vedlikehold er målsettingen å oppnå en gjennomsnittlig tilstandsgrad på 1,2 innen utgangen av 2030.



Tabellen under oppsummer vedlikeholdsplanen med er utarbeidet av Eiendomsforvaltningen for å oppnå målet om bygningsmessig standarder (Snitt TG i foretaket på 1,2). Tallene i tabellen under er oppgitt i 1000 kr.:

Radetiketter	T	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032
Investering		165 688	123 788	92 138	92 038	56 779	43 179	31 036	31 136	31 536	32 036
Ahus		3 250	2 250	3 250	1 250	2 000	1 000	2 000	1 000	2 000	1 000
Basecamp						500					
E0		1 000									
Elvestad		3 000						1 500			
H0											
H0/E0		35 000									
HBVL23			5 000								
Klosteret						1 300	1 500				
KOS		63 745	43 395	14 145	3 645	7 786	3 036	3 036	5 036	5 036	5 986
Lurud					2 000						
NBH		59 693	48 143	49 743	85 143	45 193	37 643	24 500	25 100	24 500	25 050
NN/EP			25 000	25 000							
Vedlikehold		48 200	51 300	54 450	61 800	59 500	102 400	51 800	48 200	53 850	49 900
Ahus		4 000	4 000	4 000	4 000	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000
Bråten adm bygg						300		1 400	1 700		
Bråten gml skole			1 000	700	2 000		400	1 400			
Bråten nye skole				2 100	4 300				700		
Bråten Paviljong							300	300			
Bråten Pif						400	2 100	1 700	1 000		
Elvestad				6 000		8 700	3 200	3 300	1 100	300	
HBVL23			5 000			800	1 500	800	800	2 800	3 500
Klosteret		3 000	3 500			1 200	1 800		500	1 500	
KOS		3 850	2 100	2 100	1 700	1 700	1 700	1 700	1 700	1 950	2 700
Lurud		400	400	400	14 400						
NBH		27 950	28 700	31 450	32 700	32 300	81 500	35 300	35 000	38 100	38 000
Vestveien		4 400	3 000	3 100	2 500	400	4 200	2 200	2 000	5 500	2 000
Åråsen		4 600	3 600	4 600	200	10 700	2 700	700	700	700	700
Totalsum		213 888	175 088	146 588	153 838	116 279	145 579	82 836	79 336	85 386	81 936

Tidligere analyser viser at Ahus bør ha et årlig investeringsnivå på 100-150 millioner kroner årlig for å opprettholde gjennomsnittsalderen på utstyrsparken som ved utgangen av 2021 er 8,1 år. Verdivektes gjennomsnittsalderen (hvor dyrt utstyr utgjør mer i gjennomsnittet) blir alderen 7,3 år.

DDT har oppdatert utskiftingsplanen for større utstyrsgupper (MTU) som viser et utskiftingsbehov på ca. 135 millioner kroner årlig.

Radetiketter	T	År2023	År2024	År2025	År2026	TIP
Utskiftninger		131 250	109 800	102 400	102 800	446 250
Anestesiapparater DKS NBH			4 500			4 500
Anestesiapparater utpost 2 stk		1 100				1 100
C. buer, 13 stk.		7 000	4 800	3 400	1 800	17 000
Defibrillator		3 200				3 200
Dialyseapparater			4 000			4 000
EKG apparater(digitalisering)		4 000				4 000
Endoskop, løpende utskifting		6 000	6 000	6 000	6 000	24 000
Endoskopirack, KOS og NBH		3 000	3 000	3 000	10 000	19 000
Infusjonspumper, volum og sprøyte			1 500		10 000	11 500
Kontrastspøyer, angiolarer, MR		1 500	1 000			2 500
Lab., analyse utstyr, eks. automatisering		7 000	7 000	7 000	7 000	28 000
Mobile røntgenapparater(2 stk.)		3 200				3 200
Multimedia løsning inkludert SOP		5 000	5 000	5 000		15 000
Operasjonsbord, mobile		2 000				2 000
Operasjonslamper		3 000	3 000			6 000
Pasientovervåkning		10 000				10 000
Patolog utstyr		6 500	2 500	11 000		20 000
Røntgen utskifting inkludert 1 stk. gammakamera		55 000	55 000	55 000	55 000	220 000
Skjermer til operasjonstuer (slave skjermer)		1 500			3 000	4 500
Smertepumper(50 stk.)		1 250				1 250
Steinknuser		3 500				3 500
Telemetri og hjernovervåkning		5 000	7 000			12 000
Ultralydere		500				500
Utskiftninger, Gardemoen kirurg, inkludert telemetri				7 000	5 000	12 000
Operasjonsbord med søyle			5 000	5 000	5 000	15 000
Anestesiapparater, Gardemoen		2 000	500			2 500
Utskifting og utvidelser		26 000	26 000	26 000	26 000	104 000
Ultralyd		10 000	10 000	10 000	10 000	40 000
Utstyr til forskning		6 000	6 000	6 000	6 000	24 000
Annet MTU		10 000	10 000	10 000	10 000	40 000
Totalsum		157 250	135 800	128 400	128 800	550 250

I tillegg er det tallfestet behov for utvidelser i røntgenutstyr og utvidelse av kapasiteten innen hjertemedisin på Nordbyhagen.

Radetiketter	År2023	År2024	År2025	År2026	TIP
Utvidelser	22 500	20 500	10 000		53 000
CT (utvidelse) Kongsvinger	12 000				12 000
Innføring av EWS, PEWS på hele Ahus	500	2 500			3 000
Ny intervensjon lab (angio)			10 000		10 000
Ny MR		18 000			18 000
Ny PCI lab, hjerte	10 000				10 000
Totalsum	22 500	20 500	10 000		53 000

Innenfor IKT-området anbefales det å øke investeringsnivået markant de kommende årene. Noen av de større områdene som vil kreve lokale midler blant annet for å finansiere følgekonsekvenser av de regionale implementeringsprosjektene.

Eiendomsutvikling og arealbruksplaner

I første rekke gjelder dette prosjekter som ivaretar arealbehov utover behovene som dekkes av de store byggeprosjektene, f.eks. prosjekter for å understøtte utviklingsplanen. Det pågår et arbeid for å etablere arealbruksplan for Kongsvinger samtidig som det er behov for å oppdatere arealbruksplanen for Nordbyhagen (Strategisk arealplan). Ahus har finansiert 275 millioner kroner knyttet til arealbruksplanen på Nordbyhagen, blant annet er kapasiteten økt i Nye Nord til kliniske arealer for Hematologi og Onkologi, nytt midlertid administrasjonsbygg er etablert (Skogen)

Investeringsbehovene i årene fremover vil i første følge av nevnte arealbruksplaner og ombygningsbehov i forbindelse utviklingstiltak som prioriteres (røntgen, nye lab'er m.v.)

Nybygg for å utvide kapasiteten

Ahus har planlagt betydelige investeringsløft i nye bygg i årene fremover. Investeringsbehov til nye bygg i perioden krever ytterligere finansiering utover det som ble lagt til grunn i fjorårets ØLP.

Samlokalisering av Psykisk helsevern, Nordbyhagen (PHN-prosjektet)

Foreløpige anslag viser en prisvekst på nær 12 % fra 2020-22 (ca. 100 MNOK). Det er krevende å finansiere vekst utover den generelle priskompensasjonen som foretakene får årlig. I konseptfasen av nytt psykiatribygg ble det lagt til grunn en styringsramme på 815 millioner kroner som lå til grunn i fjoråret ØLP. Prisutviklingen den senere tid gjør det nødvendig å justere investeringskalkylen for prosjektet, og basert på utvikling i byggekostnadsindeksen er prosjektet re-beregnet til 910 millioner kroner. Oppdatert investeringskalkyle er forventet i mai. Det ble i statsbudsjettet for 2022 gitt lånetilsagn for prosjektet, hvorav 35 millioner kroner kan tilføres i 2022. I ØLP er det forutsatt følgende finansiering.

Investeringer:	MNOK
Investeringskostnad	887
Byggelånsrenter	23
Sum	910
Byggnær IKT	22
Sum inkl byggnær IKT	933
Finansiering	MNOK
Lån (HOD)	644
Lånt/tilbakebetalt basislikviditet	-
Andre tilskudd	
Egenfinansiering bank	196
Egenfinansiering salg	70
Sum finansiering	910

Byggnær IKT vil aktiveres i Sykehuspartners bøker og vil betales av Ahus gjennom økte tjenestepriene (finansieringskostnader) fordelt over 8 år.

Fellesbygg Ahus (FBA)

Den økonomiske rammen på 390 millioner kroner som er vedtatt for prosjektet (Ahus andel) er prisjustert til 435 millioner kroner gitt samme vekstanslag som for PHN-prosjektet. Kalkyler fra OPAK etter skisseprosjektet viser ca. 530 millioner kroner gitt nær 11.000 kvm, hvor Ahus andel er beregnet til ca. 485 millioner kroner. I ØLP er det lagt til grunn at prosjektet må tilpasses vedtatt ramme prisjustert.

Investeringer:	MNOK
Investeringskostnad	435
Byggelånsrenter	
Sum	435
Byggnær IKT	-
Sum inkl byggnær IKT	435
Finansiering	MNOK
Lån (HOD)	-
Lånt/tilbakebetalt basislikviditet	-
Andre tilskudd	
Egenfinansiering bank	435
Egenfinansiering salg	
Sum finansiering	435

Kreft- og somatikkbygg (KSB)

Prosjektet er i konseptfasen og det pågår et arbeid for å vurdere omfang og tidsmessig behov for økt kapasitet. Tidspunkt for overføring av bydelen til OUS vil påvirke kapasitetsbehovet på kort sikt. Foreløpige økonomiske analyser viser at det er krevende å finansiere et nivå utover prosjekttinnrammingens investeringskalkyle på 2,13 milliarder kroner. Det er derfor i ØLP lagt til grunn nevnte investeringsrammen prisjustert etter samme modell som PHN-prosjektet. Dette innebærer en prisjustert investeringsramme på 2,5 milliarder. kroner.

Investeringer:	MNOK
Investeringskostnad	2 371
Byggelånsrenter	90
Sum	2 461
Byggnær IKT	180
Sum inkl byggnær IKT	2 640
Finansiering:	MNOK
Lån (HOD)	1 749
Lånt/tilbakebetalt basislikviditet	
Andre tilskudd	
Egenfinansiering bank	711
Egenfinansiering salg	
Sum finansiering	2 461

Byggnær IKT vil aktiveres i Sykehuspartners bøker og vil betales av Ahus gjennom økte tjenestepriene (finansieringskostnader) fordelt over 8 år.

Samlokalisering i Follo

Ahus har i dag aktivitet på tre ulike lokasjoner i Ski. To av disse lokasjonene består av leide bygg (Åsenveien og Idrettsveien), i tillegg eier Ahus en døgnenhet (Vestveien) som ligger i tilknytning til et ubenyttet tomteareal på ca. 6000 kvm. I henhold til utarbeidet tidligfaserapport er det primært ønskelig å utvikle leieavtalene, ved å etablere et nytt bygg på tomten og samlokalisere virksomheten. Et slikt utviklingsprosjekt kan gjøres i egen regi, eller i samarbeid med eksterne aktører. En samling vil muliggjøre terminering av leiekontrakter og legge til rette for større fagmiljøer og bedre utnyttelse av ressursene lokalt. Dette må utredes nærmere i forhold til økonomisk bæreevne og inntil videre er det ikke kvantifisert i ØLP.

Arealer til DPS Nedre Romerike

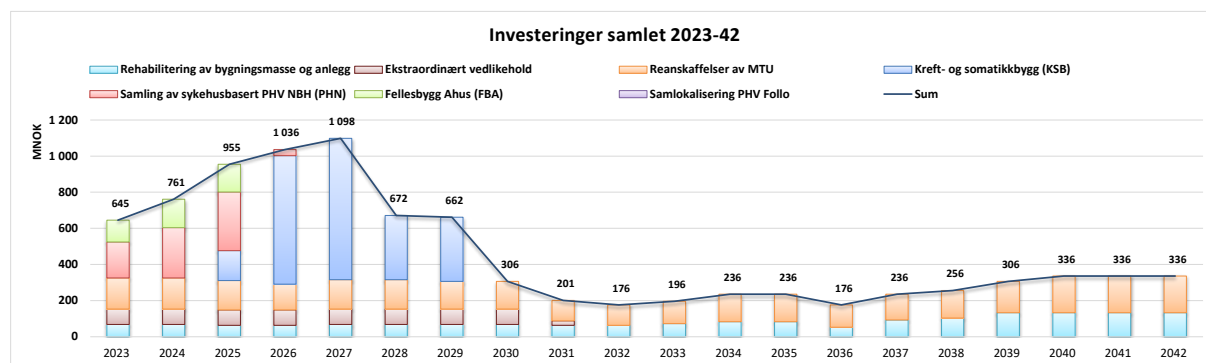
Befolkningen i Nittedal kommune (ca. 24 000 personer) får i dag sitt behandlingstilbud i Groruddalen. Ved overføring av bydelene til Oslo, er Nittedals befolkningen planlagt overført til avdelingene på Åråsen. En fremtidig flytting av Nittedal sammen med høy befolkningsvekst i området gjør at Ahus må finne nye løsninger på arealsituasjonen for de berørte avdelingene. Enten ved å tilrettelegge for en helhetlig løsning et annet sted, eller ved å flytte ut én avdeling og frigjøre plass på Åråsen til øvrige avdelinger. Øvrige behov som bør trekkes inn i et mulighetsstudie for virksomheten på Åråsen er lokalene ved ARAs døgnenhet Klosteret på Lillestrøm og nye behandlingstilbud ved BUP Bråten som ikke er planlagt inn i PHN-prosjektet.

Investeringsplan og finansiering

I ØLP legges det opp til å etablere et stabilt nivå for reanskaffelse på $\approx$ 250-300 millioner kroner årlig, hvorav rehabilitering bygg: $\approx$ 80-100 millioner kroner, utskifting MTU: $\approx$ 120-150 millioner kroner årlig og IKT området: $\approx$ 20-30 millioner kroner årlig (reflekteres i økende grad gjennom økte tjenestepriser). I tillegg må løpende eiendomsutvikling og utvidelser MTU, utover de store byggeprosjektene, finansieres (prosjekter og arealbruksplaner).

Innmeldte investeringsbehov for utskifting er krevende å finansiere i perioden og mye tyder på stram prioritering de nærmeste årene grunnet finansieringsbehov i nye bygg. Føringer fra HSØ om å prioritere vedlikeholdsetterslep på bygningsmassen vil innebære lavere reanskaffelsesevne på andre områder.

Samlet legges det opp til en investeringsplan som kombinerer nybygg og reanskaffelser tilpasset den løpende finansieringsevnen. Det betyr at investeringsplanen må justeres f.eks. ved lavere overskudd enn forutsatt i ØLP i perioden.

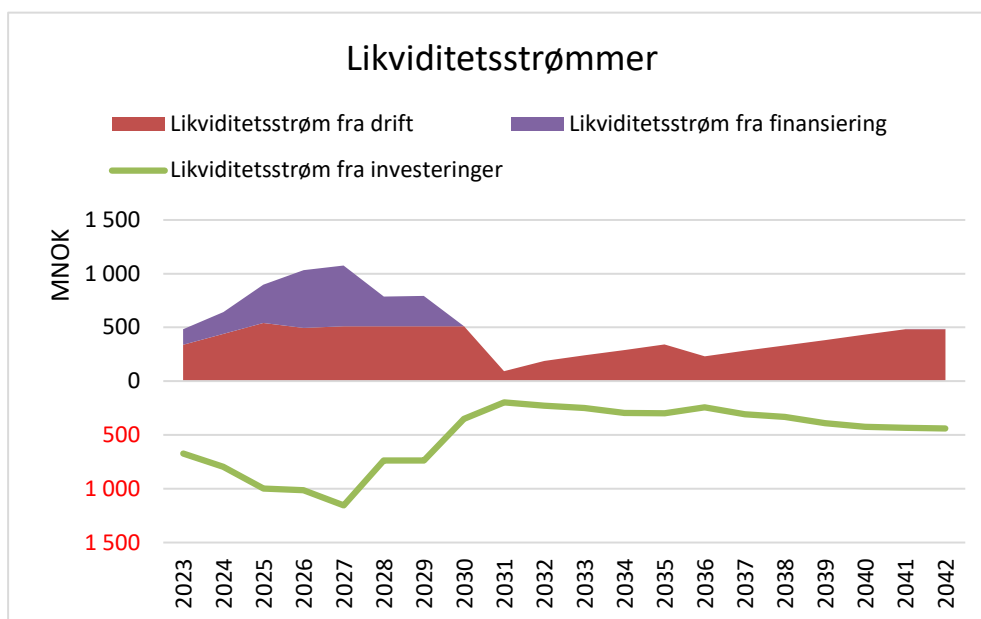


Det planlegges ingen opptak av finansielle leasingavtaler i perioden.

LIKVIDITETSUTVIKLING

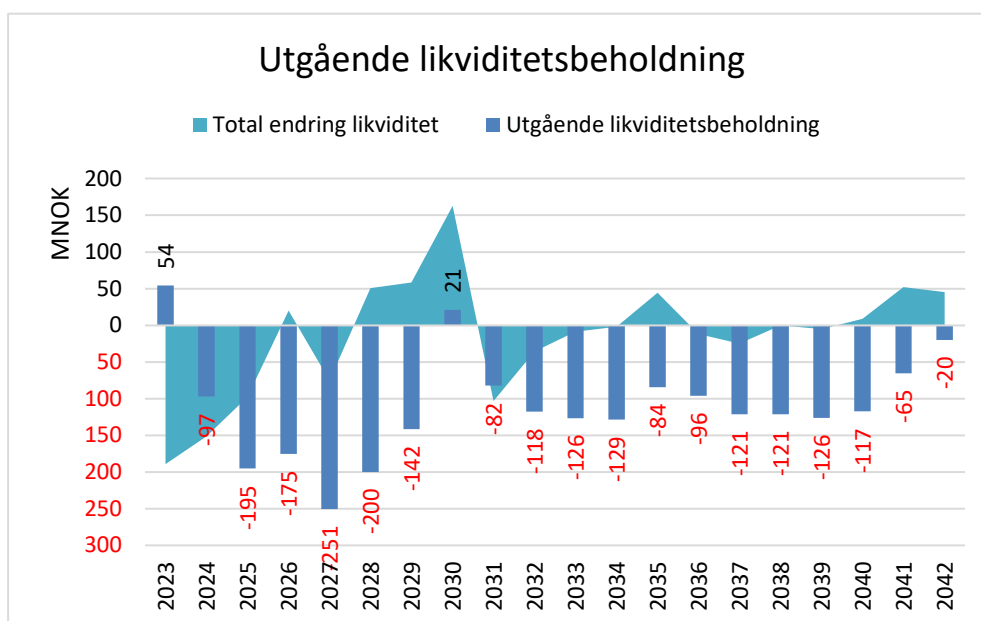
Kontantstrømmer

Likviditetsstrømmen fra finansiering kommer i hovedsak fra låneopptak (HOD) som vil følge planlagte utbetalinger fra byggeprosjektene frem til 2030. Likviditetsstrømmen fra drift er i hovedsak årlige resultater og tilført likviditet til investeringsformål og vil sammen med lån være sentrale finansieringskilder for investeringsevnen i perioden. Fra 2031 og 2036 faller likviditetsstrømmen fra drift (lavere overskudd) knyttet til overføring av bydelene til OUS.



Utvikling i likviditetsbeholdningen

Det er nødvendig å trekke på driftskrediten gjennom perioden som i hovedsak skyldes fallende inntekter og lavere overskudd de første årene i perioden, og overføring av bydelene til OUS senere i perioden. Dette gir negativ endring i likviditeten.



Styresak

Dato dok.:	19.04.2022	Administrerende direktør
Møtedato:	27.04.2022	
Vår ref.:	21/05901-77	Postadresse: 1478 LØRENSKOG
		Telefon: +47 67 96 00 00
Vedlegg:	1 Utviklingsplan 2 Delplaner	

Sak 32/22 Oppdatering av utviklingsplan for Akershus universitetssykehus HF

På oppdrag fra Helse Sør-Øst er det gjort en oppdatering av utviklingsplanen for Akershus universitetssykehus. Sist oppdatering var i 2018. Frist for oversendelse av styrebehandlet plan til Helse Sør-Øst er 1. mai. Prosessen har lagt opp til bred involvering i helseforetaket og av eksterne samarbeidspartnere som kommuner, bydeler og utdanningsinstitusjoner. Helse Sør-Øst har også lagt til rette for koordinering mellom helseforetakene i regionen. Videre er det gjennomført en tre måneder lang høring der interne og eksterne interessenter ble invitert til å gi skriftlige innspill.

Hovedmål og utviklingsretning frem mot 2035 foreslås fastholdt. Tallgrunnlag og tekst er modernisert for å reflektere dagens virksomhet og utviklingsarbeid. I tråd med nasjonale føringer er det inkludert et femte tematisk satsningsområde for barn og unge. Utvikling av personalområdet og etablering av nye arbeidsprosesser med bruk av teknologi er også fremhevet.

Som del av arbeidet med å operasjonalisere målene i utviklingsplanen er det etablert foretaksovergripende delplanområder. Delplanene skal bidra til en mer helhetlig planlegging av utviklingsprosessene, og styrke samarbeidet både internt og med foretakets eksterne samarbeidspartnere. Videre utvikling av delplanområdene vil inngå som del av årshjulet for økonomisk planlegging. Dette vil legge et godt grunnlag for prioritering av utviklingstiltak i budsjett og økonomisk langtidsplan. Prioriterte tiltak vil synliggjøres i styrets plandokument, som er del av foretakets årlige melding til Helse Sør-Øst.

Administrerende direktørs innstilling til vedtak:

1. Styret godkjenner oppdatert utviklingsplan med de merknader som fremkom i møtet, og ber om at saken oversendes Helse Sør-Øst RHF.
2. Etablering av delplaner innenfor sentrale satsninger danner et godt grunnlag for det videre utviklingsarbeidet. Styret vil komme tilbake til prioritering av tiltak i forbindelse med den årlige behandlingen av budsjett og økonomisk langtidsplan.
3. For øvrig tas delplanene til orientering.

Øystein Mæland
Administrerende direktør

Dokumentet er elektronisk godkjent

Bakgrunn

Med bakgrunn i ny nasjonal helse- og sykehusplan vedtok foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF 14. januar 2020 at det skal utarbeides oppdatert regional utviklingsplan innen utgangen av 2022. Dette medfører at også helseforetakenes utviklingsplaner må oppdateres. Oppgaven ble gitt til helseforetakene i oppdrag og bestilling 2020 og gjentatt i 2021. Det ble stilt krav om gjennomføring av høring med svarfrist på minst tre måneder. Frist for oversendelse av planen er 1. mai 2022.

En arbeidsgruppe ledet av Helse Midt-Norge har revidert veilederen for arbeidet med utviklingsplaner. Sammenlignet med tidligere veileder er det tatt inn flere konkrete føringer for hva som skal inkluderes i helseforetakenes utviklingsplaner. Disse kan gjenfinnes i nasjonal helse- og sykehusplan.

I tillegg er følgende føringer lagt til grunn:

- Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst
- Oppdrag og bestilling 2020 og 2021
- Regional delstrategi for teknologiområdet i Helse Sør-Øst
- Regional fagplan for psykisk helsevern og rusbehandling i Helse Sør-Øst
- Styrking av tjenestetilbudet innen habilitering for barn, unge og voksne, herunder ambulant virksomhet
- Styrket samarbeid på tvers av behandlingssteder og virksomheter i samme helseforetak innen utdanning og kompetanse, samt prosedyrer og fagutvikling
- Regional delstrategi pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

Gjennomføring

Akershus universitetssykehus har en utviklingsplan med et perspektiv frem mot 2035. Den langsiktige retningen for foretakets utviklingsarbeid angis gjennom hovedmål med tilhørende delmål og tematiske satsningsområder. Denne hovedretningen er foreslått fastholdt i det videre utviklingsarbeidet.

For å operasjonalisere målene ble det etablert ti foretaksovergripende delplanområder:

- 1) Den eldre pasienten
- 2) Akutt og kritisk syke pasienter
- 3) Kreftdiagnostikk og -behandling
- 4) Psykisk helsevern og rusbehandling
- 5) Barn og unge
- 6) Eiendomsstrategi
- 7) Kompetanse og utdanning, rekruttere og beholde
- 8) Nye oppgaver og videreutvikling av pasienttilbudet
- 9) Nye arbeidsprosesser og teknologi
- 10) Forskning og innovasjon

Dette er utviklingsområder der det har pågått arbeid gjennom flere år, eller der det er behov for økt innsats i årene fremover. Delplanarbeidene skal videreføre og samle allerede pågående initiativer og foreslå videre fremdrift. Med et perspektiv på fire år vil delplanene dermed bidra til en mer helhetlig planlegging av foretakets utviklingsarbeid. Det legges opp til en årlig rullering av tiltaksplanene, som grunnlag for prioritering i ordinære prosessene knyttet til budsjett og økonomisk langtidsplan.

Organisering

Arbeidet med oppdatering av utviklingsplanen og utarbeidelse av delplaner ble koordinert av et sekretariat sammensatt av personell fra stab og støttefunksjoner. Sekretariatets oppgaver var å sørge for god sammenheng i planverket og involvering av relevante aktører internt og eksternt. Videre tok sekretariatet hovedansvar for oppdatering av utviklingsplanen.

For hver delplan ble det pekt ut en ansvarlig nivå 2-leder, samt en delplanleder. Flere av delplanområdene hadde allerede etablerte grupper fra relevante fagmiljøer som deltok i utformingen av delplanen. For andre områder ble det satt sammen en delplangruppe ved oppstart av arbeidet. Det ble stilt krav til alle delplanledere om å sørge for medvirkning fra ansatte og brukere.

Høsten 2021 ble det gjennomført en serie med nettverksmøter for delplanlederne og sekretariatet, der relevante felles temaer ble gjennomgått. Flere av delplanlederne tok initiativ til koordineringsmøter seg imellom. I tillegg hadde koordinator for arbeidet egne møter med hver delplanleder for avklaringer og avstemming av ambisjonsnivå.

Styringsgruppen bestod av sykehusledelsen og representanter fra brukere, tillitsvalgte og verneombud.

Innspillmøter og høring

Høsten 2021 ble det gitt orientering om prosessen og invitert til diskusjon om sentrale temaer i de fleste divisjons- og klinikkledergruppene og enkelte avdelinger. Tilsvarende ble det også initiert diskusjoner om felles utviklingsområder i ulike fora i helsefellesskapene. Innspill fra diskusjonene ble tatt med i arbeidet med høringsutkast til utviklingsplan og delplaner.

Skriftlig høring ble gjennomført i perioden 15. desember 2021 -15. mars 2022. Høringsinstansene var helseforetakets ansatte, tillitsvalgte og brukere, kommuner og bydeler i opptaksområdet, relevante utdannings- og forskningsinstitusjoner og de nærmeste helseforetak og sykehus. Det kom inn 12 høringssvar fra eksterne samarbeidspartnere og 20 fra enheter og personer innenfor helseforetaket. I tillegg til konkrete innspill til utviklingsplanen og delplanene kom det inn en rekke gode innspill som tas med i det videre utviklingsarbeidet.

I løpet av høringsperioden ble det også gjennomført innspillmøter internt i foretaket og innenfor helsefellesskapet. Videre ble det arrangert en felles workshop med OsloMet og Universitetet i Oslo om ambisjoner for utvikling innen utdanning og forskning. I tillegg ble det gjennomført en felles workshop med kommuner og bydeler om samarbeid innenfor teknologiområdet, og en tilsvarende workshop om teknologi og nye arbeidsprosesser med interne deltakere. Hver delplan ble dessuten gjennomgått i ledergruppens temamøter for diskusjon og innspill.

Endringer i utviklingsplanen

Ettersom utviklingsplanen har et perspektiv frem mot 2035 er det lagt opp til at hovedmål og utviklingsretning fastholdes. Endringene i dokumentet er derfor gjort med sikte på å opprettholde aktualitet og fremheve utviklingsbehov som har kommet til etter forrige oppdatering. Tallgrunnlag og tekst er modernisert for å reflektere dagens virksomhet og utviklingsarbeid. Fremskrivningene er oppdatert. Det er også lagt større vekt på betydningen av utviklingsarbeid innenfor personalområdet og nye arbeidsprosesser med bruk av teknologi.

Et sentralt grep i utviklingsplanen da den ble vedtatt i 2017 var etablering av tematiske satsningsområder. Dette innebærer tett samarbeid på tvers av fag, yrkesgrupper og tjenestenivåer for å yte bedre helsetjenester til særlig sårbare pasientgrupper. I tråd med føringene fra nasjonal helse- og sykehusplan er barn og unge nå inkludert som nytt tematisk satsningsområde. De øvrige er den eldre pasient, akutt og kritisk syke pasienter, kreftdiagnostikk- og behandling samt psykisk helsevern og rusbehandling. De faglige satsningene omfatter utvikling på tvers av hovedmålene knyttet til pasient, pasientforløp, behandlingstilbud, kompetanse og forskning. For å skape bedre forståelse for dette helhetlige perspektivet, foreslås det en opprydning der psykisk helsevern og rusbehandling rendyrkes som tematisk satsningsområde. Utviklingsarbeidet innenfor psykisk helsevern og rusbehandling har gjennom flere år primært vært profilert på denne måten, og endringen fra også å ha vært et hovedmål vil derfor ikke ha praktisk betydning.

Bygningsdelen av utviklingsplanen er i sin helhet erstattet av ny eiendomsstrategi. Operasjonaliseringen av strategien vil gjøres i form av arealbruksplaner for hvert behandlingssted. Arealbruksplanene vil være et verktøy for konkret planlegging av hvordan arealene skal brukes, samt oppgraderinger, ombygginger og utvidelser. Arbeidet med arealbruksplaner for Kongsvinger og Nordbyhagen er påbegynt, og vil ferdigstilles i løpet av 2022. I tillegg vil det snarlig igangsettes utredning av prinsipper for bruksgrader av ulike areal typer, og konsepter for utvikling av arealer, for eksempel til videokonsultasjoner.

Samhandlingsplan med kommuner i opptaksområdet

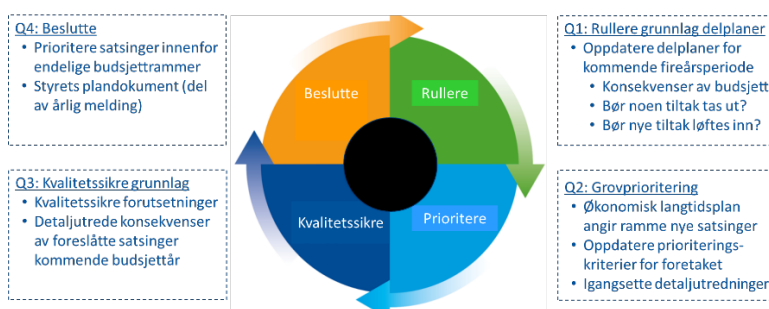
Helsefellesskapet for Ahus og kommunene har en felles samhandlingsplan, der det angis felles ambisjoner for utviklingsarbeidet. Samhandlingsplanen skal oppdateres i løpet av 2022. Arbeidet med helseforetakets utviklingsplan og delplaner, samt felles møter, workshops og høringsinnspill i prosessen legger et godt grunnlag for denne prosessen. Tilsvarende vil Akershus universitetssykehus samarbeide tett med bydelene i opptaksområdet om å uttrykke felles ambisjoner i tilsvarende planer for helsefellesskapet i Oslo.

Videre prosess for delplaner og prioritering av tiltak

Arbeidet med operasjonalisering av utviklingsmål vil være del av årshjulet for økonomisk planlegging. Delplanene har et fireårig perspektiv som angir et målbilde for det enkelte utviklingsområdet. Gjennom en årlig rullering vil delplanene fremheve ambisjoner og tiltak for neste år, basert på fagmiljøenes vurdering av behov og rekkefølge. Dette vil gi et godt grunnlag for videre detaljering, kvalitetssikring og prioritering i prosessene knyttet til budsjett og økonomisk langtidsplan. Vedtatte prioriteringer synliggjøres i styrets plandokument i årlig melding.

Årlig rullering og prioritering av satsinger i UTV2035

Prioritering innenfor rammer fastsatt i økonomisk langtidsplan og årlige budsjetter



Utviklingsplan 2035

Akershus universitetssykehus HF

*Menneskelig nær
– faglig sterk*

Innhold

Sammendrag.....	4
Innledning.....	6
Status og utfordringsbilde	8
2.1 DEMOGRAFI OG SYKDOMSUTVIKLING.....	8
2.2 BRUKERE.....	10
2.3 AKTIVITET.....	11
2.4 OPPGAVEDELING OG SAMHANDLING.....	16
2.5 ORGANISERING OG LEDELSE	18
2.6 BEMANNING OG KOMPETANSE	21
2.7 FORSKNING OG INNOVASJON	23
2.8 ØKONOMI	25
2.9 TEKNOLOGI OG UTSTYR	26
2.10 KAPASITET.....	27
Fremskrivning	30
3.1 SOMATIKK.....	30
3.2 PSYKISK HELSEVERN OG RUSBEHANDLING	32
Analyse og veivalg.....	35
4.1 STATUS OG UTFORDRINGSBILDE.....	35
4.2 VEIVALG.....	35
4.3 RISIKO- OG MULIGHETSANALYSER	42
4.4 KRITERIER FOR VALG	42
Mål.....	43
I STYRKE PASIENTEN.....	44
II SKAPE GODE OG TRYGGE PASIENTFORLØP	44
III STYRKE SPESIALISERT BEHANDLING.....	44
IV SIKRE TILSTREKKELIG PERSONELL MED RETT KOMPETANSE	44
V FORBEDRE PASIENTBEHANDLINGEN GJENNOM FORSKNING OG INNOVASJON	44
Delmål.....	45
Eiendomsstrategi.....	56
7.1 BAKGRUNN	56
7.2 EIENDOMSPORTEFØLJENS NÅSITUASJON	57
7.3 STRATEGIER FOR EIENDOMSPORTEFØLJEN	62

Sammendrag

For å sikre befolkningen i opptaksområdet et godt sykehus tilbud i fremtiden og for å skape gode fagmiljøer, har Akershus universitetssykehus utarbeidet en plan for utviklingen av virksomhet og bygg for perioden frem til 2035.

Pasientenes og kjernevirksomhetens behov er førende for utviklingsplanen. Økonomisk bærekraft vil være avgjørende for gjennomføring av tiltakene som er foreslått. Oppgavene må gjennomføres på en måte som skaper handlingsrom for videre utvikling.

Tilbud om diagnostikk og behandling skal samles rundt pasienten.

FEM HOVEDMÅL

Akershus universitetssykehus skal møte utfordringene frem mot 2035 ved hjelp av fem strategiske hovedmål:

- | | |
|-----|--|
| I | Styrke pasienten |
| II | Skape gode og trygge pasientforløp |
| III | Styrke spesialisert pasientbehandling |
| IV | Sikre tilstrekkelig personell med rett kompetanse |
| V | Forbedre pasientbehandlingen gjennom forskning og innovasjon |

TEMATISKE SATSNINGSOMRÅDER

Tilbud om diagnostikk og behandling skal samles rundt pasienten. I perioden frem mot 2035 er det valgt fem tematiske satsningsområder:

- Den eldre pasient
- Akutt og kritisk syke pasienter
- Kreftdiagnostikk og -behandling
- Psykisk helsevern og rusbehandling
- Barn og unge

Den tematiske tilnærmingen handler om en arbeidsmetodikk der fagpersoner samarbeider på tvers av fagsøyler, spesialiteter og organisatoriske enheter for å gi et best mulig tilbud til pasienten. Dette skal bidra til å bedre pasientsikkerhet og ressursutnyttelse, samtidig som det vil legge til rette for faglig samarbeid, forskning og kompetanseutvikling for å løse noen av samfunnets største helseutfordringer. Innenfor de tematiske satsningsområdene vil det legges vekt på å jobbe helhetlig med å nå utviklingsplanens hovedmål.

GODE PASIENTFORLØP

Helsetjenesten skal utvikles med pasienten i sentrum. Pasientene skal kunne påvirke beslutninger knyttet til egen utredning og behandling. Pasientforløpene skal være forutsigbare og godt koordinerte. Samhandlingen med andre deler av helsetjenesten skal videreutvikles, slik at pasientene opplever at tilbudet på de forskjellige behandlingsnivåene er samordnet og av høy kvalitet.

Flere helhetlige tjenester skal etableres, slik at pasientene ikke må reise til andre sykehus for å motta deler av utredning og behandling. Det vil innebære styrking av eksisterende tilbud, blant annet gjennom anskaffelse av medisinsk-teknisk utstyr og etablering av noen nye funksjoner. Videre vil nye arbeidsprosesser og bruk av teknologiske verktøy bidra til et bedre pasienttilbud.



FOTO: AHUS

ATTRAKTIV ARBEIDSPASS

Riktig kompetansesammensetning og gode team er nødvendig for å yte helsetjenester av høy kvalitet. Endring av arbeidsprosesser og teknologisk utvikling vil også kreve ny kompetanse. Å videreutvikle, beholde og tiltrekke seg kompetente medarbeidere vil derfor stå sentralt. Planer og tiltak vil utvikles i tett samspill mellom ansatte og ledere, og i samarbeid med utdanningsinstitusjoner, kommuner og andre helseforetak.

NYE ARBEIDSPROSESSER OG BRUK AV TEKNOLOGI

Teknologi vil være et sentralt virkemiddel for å møte et økt behov for spesialisthelsetjenester, og vil skape nye muligheter både for pasienter, ansatte og organisering av virksomheten. Teknologiske løsninger skal bidra til at sykehuset kan videreutvikle og forbedre pasienttilbudene, samt tilrettelegge for helhetlige pasientforløp på tvers av sykehus og omsorgsnivåer. For å oppnå størst mulig gevinst for pasienter og ansatte, må det legges gode planer for å tilpasse driften til en ny hverdag.

STYRKET SOM UNIVERSITETSSYKEHUS

Satsing på forskning, innovasjon og utdanning vil være bærende for den videre utviklingen, og skal være tett integrert med pasientbehandlingen. Universitetssykehusfunksjonen skal styrkes blant annet gjennom klinikknær forskning langs de store pasientstrømmene, og gjennom etablering av arenaer for forskningssamarbeid på tvers av fag, spesialiteter og avdelinger.

AREALER TILPASSET FAGLIGE BEHOV

For å imøtekomme fremtidig kapasitetsbehov og skape gode arenaer for videre utvikling av pasienttilbudene er det nødvendig å oppføre nye bygg. Dimensjoneringen av byggene sees i sammenheng med kapasitetsbehovet i hovedstadsområdet for øvrig.

ØKONOMISK BÆREKRAFT OG FREMTIDENS PASIENTFORLØP

Økonomisk bærekraft er fundamentet for drift og utvikling, og eksisterende bygg skal utnyttes optimalt. Det blir derfor særlig viktig å legge gode planer for fremtidens pasientforløp, der også arbeidsprosesser og bruk av teknologi vil stå sentralt.

1 Innledning

Kjerneoppgavene til Akershus universitetssykehus er pasientbehandling, forskning, undervisning og pasientopplæring. Helseforetaket har de fleste spesialiteter innen somatikk, psykisk helsevern, rus og avhengighetsbehandling.

Akershus universitetssykehus HF ble etablert 5. desember 2001, da ansvaret for spesialisthelsetjenesten ble overført fra fylkeskommunene til staten. Det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst er eier av dette og ti andre helseforetak.

Den somatiske virksomheten ved Akershus universitetssykehus er hovedsakelig lokalisert på Nordbyhagen i Lørenskog kommune. Det er også somatisk virksomhet på Kongsvinger sykehus, Ahus Gardermoen og Ski sykehus. Pasienttilbud innen psykisk helsevern og rusbehandling er spredt på en rekke behandlingssteder i opptaksområdet.

Helseforetakstilhørighet for all spesialisthelsetjeneste i Kongsvingerregionen ble overført fra Sykehuset Innlandet til Akershus universitetssykehus fra 1. februar 2019, og virksomheten på Kongsvinger er nå integrert som en del av foretakets fagdivisjoner. For å utnytte kapasiteten best mulig og avlaste Ahus Nordbyhagen ble pasientstrømmene for enklere øyeblikkelig hjelp fra Ullensaker og Eidsvoll kommuner endret med virkning fra 2. mars 2020. Samlet innebærer dette ved årsskiftet en avlasting av sengekapasiteten på Ahus Nordbyhagen tilsvarende ca. 20 senger. En tilsvarende økning av den bemannede kapasiteten ved Ahus Kongsvinger har styrket fagmiljøene ved lokalsykehuset.

Fra januar 2021 overtok Akershus universitetssykehus den invasive kardiologiske virksomheten som Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) drev på Gardermoen. Driften har fortsatt i de samme lokalene, som helseforetaket leier av LHL. Det leies også areal til elektiv virksomhet og diagnostikk. Ahus Gardermoen har en stor kirurgisk aktivitet, og er en viktig økning av foretakets operasjonskapasitet.

OPPGAVER OG ANSVARSOMRÅDER

I 2008 flyttet de fleste sykehusfunksjonene inn i moderne lokaler på Nordbyhagen. I dag er Akershus universitetssykehus et av Norges største lokal- og områdesykehus, med ansvar for 584 000 innbyggere fra Romerike (11 kommuner), Follo (5 kommuner), Glåmdalen (5 kommuner), samt bydelene Alna, Grorud og Stovner i Oslo kommune. Helseforetaket har også ansvar for pasienter fra flere helseforetakinnen invasiv kardiologi og avansert slagbehandling (trombektomi).

Befolkningsveksten ventes å bli høyere i dette området enn noe annet sted innenfor Helse Sør-Øst. I 2040 forventes samlet antall innbyggere å være oppe i ca. 679 000.

I juni 2016 vedtok styret i Helse Sør-Øst å overføre bydel Alna (50 000 innbyggere) til Oslo universitetssykehus, samt at bydelene Grorud og Stovner (61 000 innbyggere) skal inngå i opptaksområdet til det nye lokal- og områdesykehuset på Aker (styresak 052/2016). Ansvaret for pasienter innen psykisk helsevern og rusbehandling vil etter planen overføres samlet for alle bydelene i 2031. For somatikk er det tilsvarende lagt til grunn en plan om å overføre bydel Alna fra 2026 og bydelene Grorud og Stovner fra 2036. Det vil i løpet av 2022 startes opp et regionalt prosjekt for å vurdere mulighetene for en tidligere overføring av bydelene. Justert for endringene i bydelstilhørighet vil antall innbyggere i Ahus sitt opptaksområde være cirka 545 000 i 2040.

MØTE BEFOLKNINGENS FREMTIDIGE BEHOV

Akershus universitetssykehus har lenge arbeidet med planer for videre utvikling, med tanke på å kunne møte befolkningens fremtidige behov og ta del i den medisinske utviklingen. Utviklingsplanen bygger på retningen som ble gitt i strategisk utviklingsplan 2012-2016, og angir foretakets hovedmål og plan for utvikling av virksomhet og bygg frem mot 2035.

På oppdrag fra Helse Sør-Øst ble det i 2021 igangsatt et arbeid med å oppdatere utviklingsplanen. Endringene i dokumentet er gjort med sikte på å opprettholde aktualitet og fremheve utviklingsbehov som har kommet til etter forrige oppdatering i 2018. Tallgrunnlag og tekst er modernisert for å reflektere dagens virksomhet og utviklingsarbeid. Fremskrivningene er oppdatert. Det er også lagt større vekt på betydningen av utviklingsarbeid innenfor personalområdet og nye arbeidsprosesser med bruk av teknologi. Barn og unge er tatt inn som nytt tematisk satsningsområde, i tråd med føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-23. Videre er det gjort en opprydning ved at psykisk helsevern og rusbehandling rendyrkes som tematisk satsningsområde. Kapittelet om utvikling av bygningsmassen er erstattet av ny eiendomsstrategi

Som del av arbeidet med å operasjonalisere målene i utviklingsplanen er det etablert ti foretaksovergripende delplanområder:

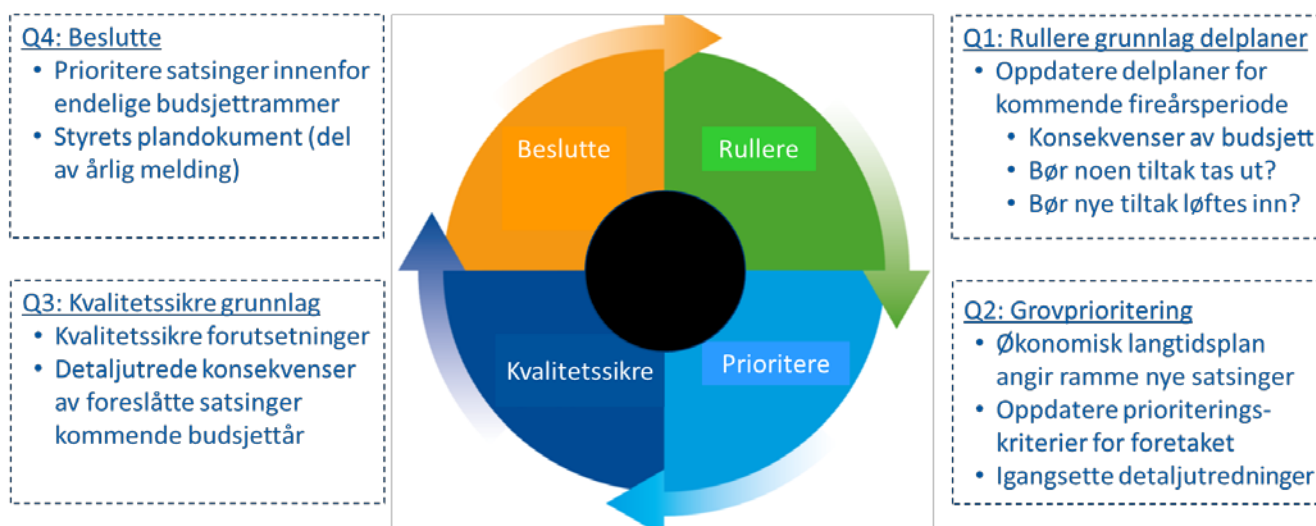
- 1) Den eldre pasienten
- 2) Akutt og kritisk syke pasienter
- 3) Kreftdiagnostikk og -behandling
- 4) Psykisk helsevern og rusbehandling
- 5) Barn og unge
- 6) Eiendomsstrategi
- 7) Kompetanse og utdanning, rekruttere og beholde
- 8) Nye oppgaver og videreutvikling av pasienttilbudet
- 9) Nye arbeidsprosesser og teknologi
- 10) Forskning og innovasjon

Delplanene skal bidra til en mer helhetlig planlegging av utviklingsprosessene, og styrke samarbeidet både internt og med foretakets eksterne samarbeidspartnere. Videre utvikling av delplanområdene vil inngå som del av årshjulet for økonomisk planlegging (figur 1-1). Dette vil legge et godt grunnlag for prioritering av utviklingstiltak i budsjett og økonomisk langtidsplan. Prioriterte tiltak vil synliggjøres i styrets plandokument, som er del av foretakets årlige melding til Helse Sør-Øst.

Figur 1-1 Årshjul

Årlig rullering og prioritering av satsinger i UTV2035

Prioritering innenfor rammer fastsatt i økonomisk langtidsplan og årlige budsjetter



2 Status og utfordringsbilde

Det norske samfunnet vil gjennomgå store endringer frem mot 2035.

Sykehuset er til for brukerne, og det er nødvendig å utvikle tilbudet etter pasientenes behov.

2.1 DEMOGRAFI OG SYKDOMSUTVIKLING

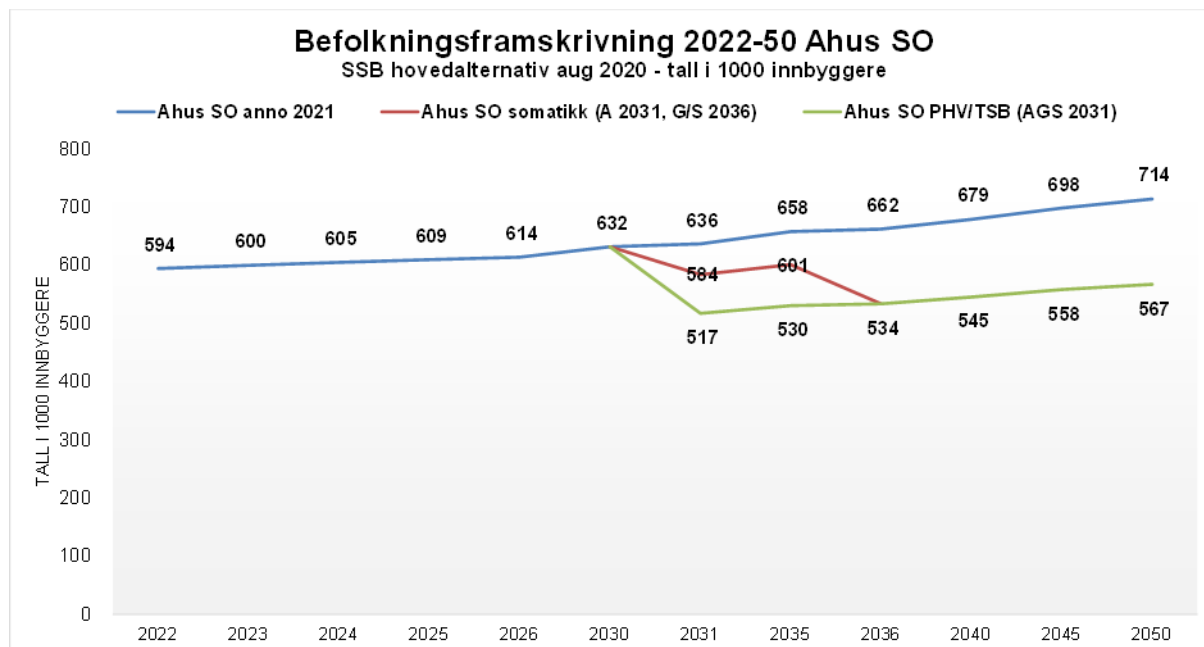
Behovet for spesialisthelsetjenester vil drives av befolkningsutviklingen i opptaksområdet.

Utviklingen i folketallet, alderssammensetningen i befolkningen, endringer i sykdomsbildet og folks forventninger til kvalitet og standard vil få stor betydning for planleggingen av fremtidens sykehus. De viktigste utfordringene for pasientbehandlingen de neste årene vil være å ha tilstrekkelig kapasitet til en økende pasienttilstrømming, i større grad være i stand til å tilpasse pasientforløpene til den enkeltes behov, samt å sørge for helhetlige forløp på tvers av omsorgsnivåene.

Befolkningsutvikling

Befolkningen vokser betydelig i hele opptaksområdet. Statistisk sentralbyrås befolkningsfremskrivninger (MMMM, 2020) viser en vekst på nær 25 prosent frem mot 2035. Det anslås en sterkere vekst i befolkningen på Romerike, sammenlignet med de øvrige regionene i opptaksområdet. Figur 2-1 nedenfor viser fremskrevet utvikling innenfor dagens opptaksområde, og med de planene per 2022 som er lagt for utfasing av Oslobydelene.

Figur 2-1 Forventet befolkningsvekst i opptaksområdet 2021-2050



Sykdomsutvikling

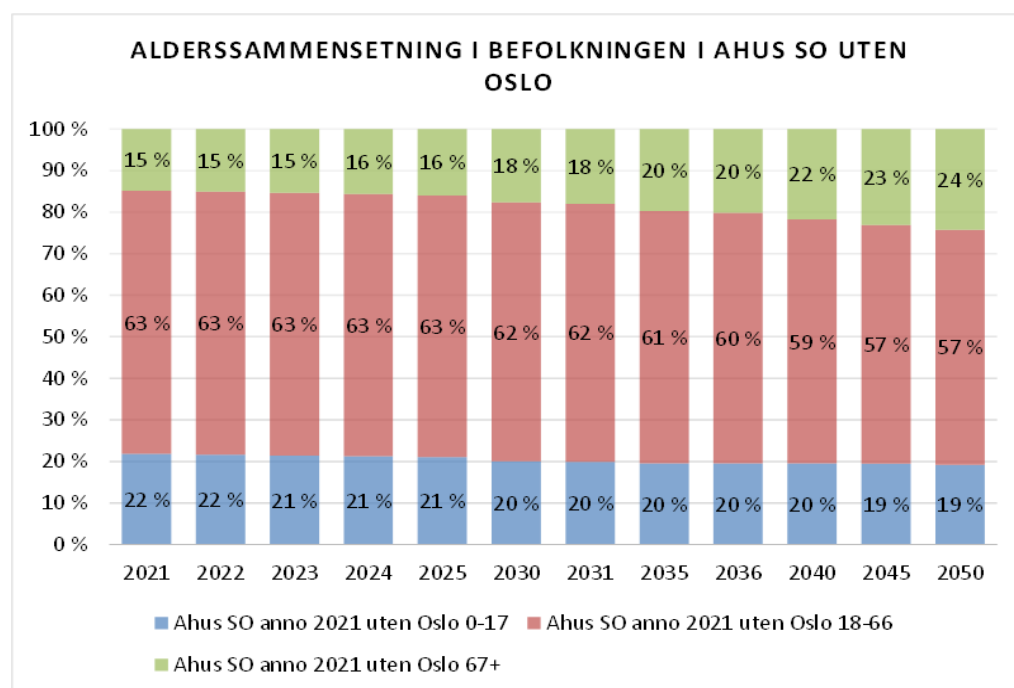
Det er ventet at befolkningsveksten i Akershus sykehusområde vil føre til ca. 30-35 prosent økning i aktivitet innen spesialisthelsetjenestene, forutsatt at dagens virksomhet og behov ikke endres.

Ved fremskrivning av kapasitetsbehov må det dessuten tas hensyn til driftsmessige omstillinger samt til forventet endring i virksomheten på grunn av medisinsk fagutvikling, nye legemidler, nye IKT- og e-helse-systemer, nye samarbeidsformer, livsstilsendringer og endret brukerrolle.

Forekomsten av ulike sykdommer varierer mellom etniske grupper. I tillegg er det stor variasjon i sykdomsbilde og behandlingsbehov på tvers av aldersgruppene. For å kunne oppnå best mulig brukerkvalitet er det derfor viktig å tilby de spesialisthelsetjenestene befolkningen i opptaksområdet har størst behov for. Det er også nødvendig å tilrettelegge pasienttilbud og kommunikasjon omkring behandling for pasientgrupper med særskilte utfordringer, for eksempel knyttet til språk og livssituasjon.

Andelen eldre over 67 år er økende (figur 2-2). Det er rimelig å anta at dette også vil øke behovet for spesialisthelsetjenester. Aktivitetsveksten vil derfor kunne bli noe høyere enn befolkningsveksten skulle tilsi.

Figur 2-2 Fremskrevet alderssammensetning i Akershus sykehusområde 2021-2050 (uten Oslobydelene)



I forbindelse med utarbeidelse av Nasjonal helse- og sykehusplan er det beregnet at behovet for døgn- og dagbehandling vil øke betydelig for gruppen over 65 år. Dette skyldes i all hovedsak økningen i andelen eldre. Mange av de eldre pasientene vil ha kroniske og sammensatte tilstander. Det forventes et særlig økende behov for tilbud til pasienter med demens, alderspsykiatriske tilstander, hjerte og karsykdom, nyresvikt og kreft.

Kreftregisteret har fremskrevet insidensutviklingen for kreft med utgangspunkt i forventet befolkningsvekst og alderssammensetning. I Akershus sykehusområde vil antallet nye krefttilfeller også vil øke kraftig. De fleste av disse vil komme i den eldre delen av befolkningen.

En økende andel av befolkningen opplever psykiske problemer. Særlig gjelder dette unge og personer med innvandrerbakgrunn. Forbruket av spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er størst i aldersgruppen fra 20 til 50 år, og vil ikke påvirkes like mye av eldrebølgen. Det er foreløpig usikkert om behovet vil øke i deler av befolkningen som følge av koronapandemien.

I årene som kommer ventes et økt tilfang av akutt og kritisk syke pasienter. Med et stort opptaksområde har Akershus universitetssykehus mange akuttinnleggelser. Antallet antas å øke i takt med befolkningsveksten. I tillegg vil det økende antall eldre bidra til at flere pasienter kommer til sykehuset med

behov for rask hjelp.

Andelen av barn og unge med kronisk somatisk sykdom og stressrelaterte psykosomatiske tilstander er stigende. Videre har det senere årene vært en økning i barn med alvorlig sykdom. Den medisinske utviklingen gjør det mulig å redde flere barn, og noen vil måtte følges i et livsløp. Barn og unge med langvarige helsebehov skal kunne leve så normalt som mulig sammen med familien, og det er nødvendig å skape gode forløp for denne pasientgruppen. Videre blir samarbeidet på tvers av sykehus og omsorgsnivåer stadig viktigere, slik at pasienter og pårørende opplever god sammenheng i tilbudet. Når ungdommene går over i voksenlivet er det også nødvendig å ha god dialog med voksenavdelingen, slik at overgangen ikke blir for overveldende.

2.2 BRUKERE

Kjennskap til brukernes erfaringer står sentralt.

Utviklingsarbeidet blir styrket med god brukermedvirkning. Ved tilrettelegging for samvalg, gode overganger og mestring er det særlig viktig å ta brukerne med på råd.

Brukermedvirkning

Brukerutvalget representerer pasienter og pårørende på systemnivå. Brukerutvalget er oppnevnt av styret for Akershus universitetssykehus på bakgrunn av forslag fra pasientorganisasjonene. Leder og nestleder i brukerutvalget har møterett som observatører i foretakets styre. Videre deltar representanter for brukerutvalget i flere sentrale råd og komitéer, i større utviklingsprosjekter og involveres i økende grad i planlegging av forskningsprosjekter.

Akershus universitetssykehus har også en stolt historie når det gjelder ungdomsmedisin. Dette er en satsning som har resultert i tilpassede arealer, et aktivt ungdomsråd og et transisjonsprogram for å bedre overgangen til voksenmedisinsk tilbud. Ungdomsrådet har blitt en viktig medspiller i arbeidet for ungdom og unge voksne.

Læring og mestring

Det er behov for systematisk arbeid med læring og mestring både på sykehuset og gjennom samarbeid med kommune- helsetjenesten. Akershus universitetssykehus jobber målrettet med lærings- og mestringstilbud slik at pasientene kan mestre en hverdag med kronisk sykdom og en vanskelig livssituasjon. Det gis også tilbud om sorgstøtte og informasjon om brukerorganisasjoner og likemannsarbeid. Tilbudene er hovedsakelig gruppebaserte, diagnosespesifikke og gjennomføres i regi av ansvarlig fagavdeling. Det er avsatt en stilling sentralt til helsepedagogisk veiledning og koordinering av arbeidet med opplæring av og for pasienter og pårørende, og etablert egne kurslokaler sentralt i sykehuset.

Pusterommet er et særskilt trenings- og aktivitetstilbud til kreftpasienter, med mål om å redusere bivirkninger, opprettholde og forbedre fysisk form, samt gi økt energi. Det kan også være en møteplass og sosial arena for pasienter i samme situasjon.

Mange av de eldre pasientene vil ha kroniske og sammensatte tilstander

Mangfold, likeverd og migrasjonshelse

Arbeidet med mangfold, likeverd og migrasjonshelse skal ivareta likeverd som en sentral verdi i helsetjenesten. Det skal tas hensyn til at folk er forskjellige og har ulike behov. Dette ivaretas gjennom å tilpasse systemer, rutiner og måten pasienter og ansatte møtes på. Akershus universitetssykehus har i flere år jobbet både på systemnivå og i de enkelte avdelingene med spørsmål knyttet til mangfold, likeverd og migrasjonshelse. For ytterligere å styrke dette feltet er det vedtatt en handlingsplan for videre utviklingsarbeid. Prosessen har vært gjennomført med bred involvering og stort engasjement i helseforetaket. Handlingsplanen vil bidra til en helhetlig tilnærming, og samtidig legge til rette for lokale tiltak.

Likepersonarbeid

I 2015 ble det opprettet et likepersonkontor, der pasienter og pårørende kan møte andre med erfaring fra tilsvarende roller for råd og veiledning. Tjenesten bemannes og drives av brukerorganisasjonene, i samarbeid med koordinator for læring og mestring ved Akershus universitetssykehus. Omtrent 70 likepersoner fra 15 ulike organisasjoner deltar i ordningen. Tilbudet, kalt "Møtepunktet for pasienter og pårørende" ligger sentralt plassert i glassgata på Ahus Nordbyhagen. Der kan pasienter og pårørende få relevant informasjonsmateriell, veiledning til trygg helseinformasjon og en likeperson å snakke med.

Brukertilfredshet

Formålet med brukererfæringsundersøkelser er å få informasjon om pasientenes erfaringer med tjenestene. Dette skal bidra til bedre virksomhetsstyring, kvalitet, forbrukervalg og informasjon til allmennheten. Pasienterfæringsundersøkelsen PasOpp ble innført som et nasjonalt tiltak i 2011. Akershus universitetssykehus deltar jevnlig i PasOpp-undersøkelsene, både på avdelingsnivå og på foretaksnivå.

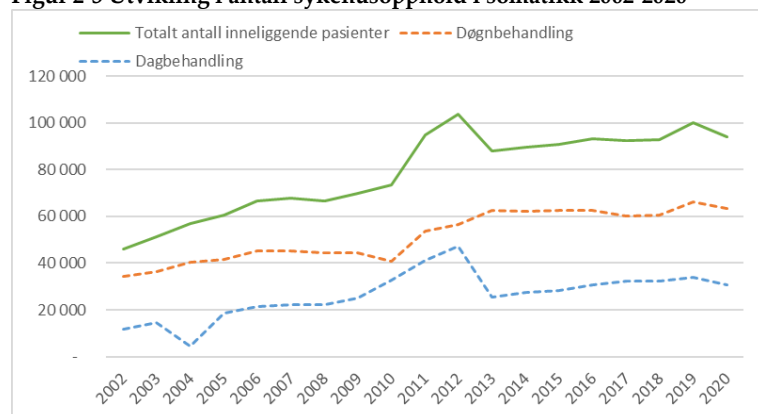
Gjennom arbeidet med lokale forbedringstiltak er brukererfæringer en viktig del av evalueringsarbeidet. For å forenkle og effektivisere innhenting er det igangsatt et arbeid med å etablere elektroniske brukerundersøkelser. En avdeling har pilotert løsningen, og det vil jobbes videre med utrulling til resten av foretaket.

2.3 AKTIVITET

Som følge av befolkningsutviklingen har det vært en generell aktivitetsøkning. Det har også vært en dreining mot polikliniske konsultasjoner fremfor døgnoophold.

Den årlige økningen i poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling har vært større enn befolkningsveksten. Figur 2-3 til 2-5 nedenfor viser aktivitetsutviklingen fra 2002.

Figur 2-3 Utvikling i antall sykehusopphold i somatikk 2002-2020

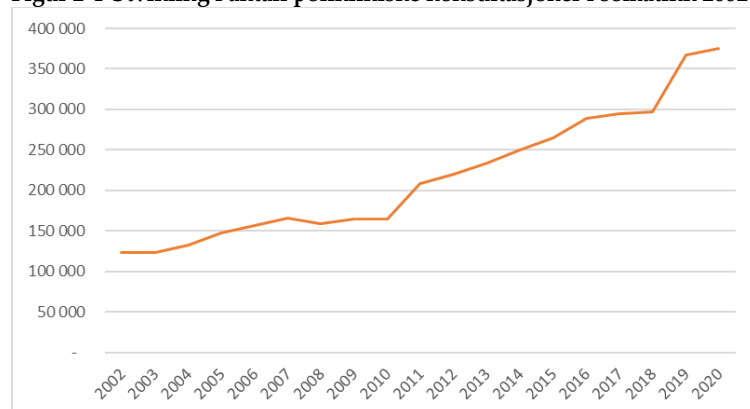


Opptaksområdet ble utvidet 01.01.2011.

Det var endring i definisjoner av omsorgsnivåer 01.01.2013

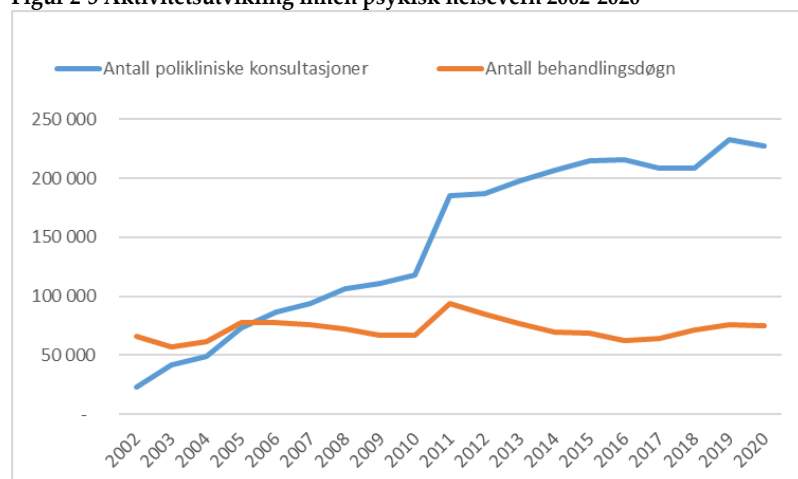
Kongsvinger sykehus kom inn i opptaksområdet fra 01.02.2019

Figur 2-4 Utvikling i antall polikliniske konsultasjoner i somatikk 2002-2020



Opptaksområdet ble utvidet 01.01.2011. Kongsvinger sykehus kom inn i opptaksområdet fra 01.02.2019

Figur 2-5 Aktivitetsutvikling innen psykisk helsevern 2002-2020



Opptaksområdet ble utvidet 01.01.2011.

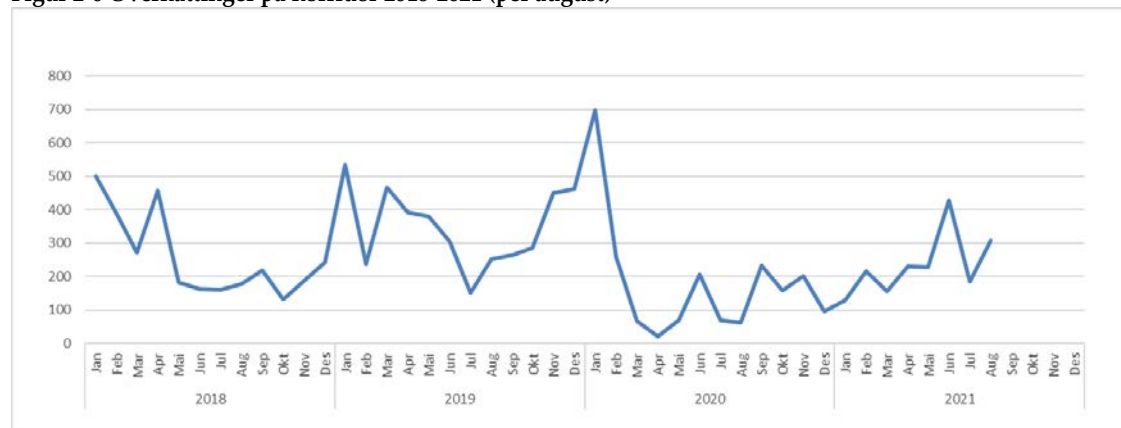
Kongsvinger sykehus kom inn i opptaksområdet fra 01.02.2019

Somatikk

Økende tilstrømming av pasienter har, kombinert med omlegging av omsorgsnivå fra døgn til dag og poliklinikk, ført til økende kapasitetsbehov i poliklinikkene. Det har vært arbeidet systematisk med å øke tilgjengeligheten, samt redusere ventetid, antall fristbrudd og antall pasienter som venter på time.

Virksomheten ved Akershus universitetssykehus er preget av en særlig høy andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser, noe som skaper store svingninger i belegget.

Figur 2-6 Overnattinger på korridor 2018-2021 (per august)



Det har de siste årene vært jobbet systematisk med kapasitetstiltak; først som et prosjekt, og deretter som del av det løpende planleggingsarbeidet. Det er etablert et driftsutvalg som både jobber med helårsplanlegging og tiltakskort for mer uforutsette endringer i kapasitetsbehovet. Driftsutvalget har bred representasjon fra klinikken, og var en sentral aktør i kapasitetsarbeidet under koronapandemien. For å kunne håndtere varierende behov knyttet til pandemien og samtidig ivareta øvrig pasientbehandling best mulig, utarbeidet driftsutvalget planer for opp- og nedtrapping av bemanning og arealer.

God flyt gjennom hele forløpet er avgjørende for å oppnå effektive pasientopphold uten unøddig ventetid. De største flaskehalsene nå er kapasiteten i akuttmottaket, på operasjonsstuen og i intensivavdelingen. Akutt og kritisk syke pasienter må sikres et tilbud som er fleksibelt og riktig dimensjonert. Det arbeides med å styrke samarbeidet på tvers av enhetene for å sikre best mulig pasientbehandling og optimal utnyttelse av ressursene.

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Behandling av mennesker med psykiske lidelser og ruavhengighet tilbys lokalt basert ved distriktpsikiatriske sentre (DPS), og sentre for barne- og ungdomspsykiatri (BUP) og rus og avhengighet (ARA). I tillegg tilbys

behandling på sykehuset for de sykeste pasientene.

De siste årene har Akershus universitetssykehus dreid fra hovedsakelig sykehusbasert behandling til lokalbaserte tilbud, og fra døgn- til dagbehandling, polikliniske og ambulerende konsultasjoner. Digital hjemmeoppfølging tas i bruk i økende grad. Denne utviklingen er i tråd med nasjonale føringer og den medisinske utviklingen. På landbasis har antall polikliniske konsultasjoner for voksne doblet seg i løpet av en 15-årsperiode, samtidig som antall oppholdsdøgn har gått ned.

Akershus universitetssykehus driver lokalbaserte tjenester i fem områder; Kongsvinger, Groruddalen, Follo, samt Nedre og Øvre Romerike. Disse har noe ulik profil, som følge av ulikheter knyttet til historikk og utbyggingstakt. Bruken av tilbudene varierer også mellom områdene. Det har vært en målsetning å utforme de lokalbaserte tjenestene som likeverdige tilbud. Personer som har ruslidelser eller annen avhengighetsproblematikk tilbys behandling og oppfølging på åtte ulike behandlingssteder. Enkelte spesialområder har en tematisk, fremfor geografisk inndeling. Dette gjelder for eksempel et døgntilbud og et poliklinisk tilbud for tvangslidelser ved Nedre Romerike DPS. Disse tilbudene dekker hele opptaksområdet.

Mens befolkningens vanlige behov på spesialisthelsetjenestenivå skal dekkes av de lokalbaserte tjenestene, er sykehusets oppgave å ivareta sjeldne eller særlig kompliserte tilstander. Med bruken av pakkeforløp for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det behov for utstrakt koordinering mellom sykehusavdelinger og ulike behandlingsnivåer. Det er derfor et mål å videreutvikle de lokalbaserte tilbudene samtidig som sykehusfunksjonene blir samlet på Nordbyhagen. Med et nytt bygg på Nordbyhagen vil det bli tilstrekkelig kapasitet til alderspsykiatri, sikkerhets- psykiatri og psykosebehandling fra det tidspunktet Oslobydelene overføres til Oslo universitetssykehus. Dette erstatter tjenestene på Skytta i Nittedal kommune og Lurud i Skedsmo kommune. Videre kan kjøp av plasser ved Oslo universitetssykehus og Sykehuset Innlandet avvikles.



Med bruken av pakkeforløp for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det behov for utstrakt koordinering mellom sykehusavdelinger og ulike behandlingsnivåer.

Egendekning

Egendekningsgraden innen den somatiske virksomheten er lavere for Akershus universitetssykehus enn for andre sykehus i Helse Sør-Øst som det er naturlig å sammenlikne seg med. Pasientstrømmen ut av sykehusområdet er atskillig større enn det som kan tilskrives regionale og nasjonale funksjoner. Særlig gjelder dette planlagt behandling. Det er lavere eigendekningsgrad for kirurgiske behandlingstilbud enn det er for de medisinske og en høyere eigendekning for kommunene enn for Oslo-bydelene.

Det arbeides systematisk med å styrke utvalgte områdefunksjoner. Med dette menes funksjoner som er så vidt spesialiserte eller knyttet til så små fagområder at de bare utføres ved ett av sykehusene i sykehusområder med flere sykehus. Det er etablert et trombektomitolbud for slagpasienter som både tar imot pasienter fra eget opptaksområde og Sykehuset Innlandet.

Et nytt PCI-laboratorium tok imot de første elektive hjertepasientene i november 2015, og har nå høy aktivitet. Med overtakelse av den invasive kardiologiske virksomheten fra Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) i januar 2021 fikk Akershus universitetssykehus et stort fagmiljø innen dette feltet, og kapasitet til å dekke behandlingsbehovet ut over eget opptaksområde. Helse Sør-Øst har igangsatt en utredning av hvordan ansvars- og oppgavedelingen skal være mellom Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus innen avansert hjertemedisin, der det også ses på mulige flerområdefunksjoner for Akershus universitetssykehus.

Det vil være fordeler ved på sikt å opprette et tilbud innen noen av de fagområdene sykehuset mangler eller har et lite komplett tilbud innen i dag, både for å sikre helhetlige pasientforløp og som universitetssykehus. Det er gjort et innledende utredningsarbeid av nye fagområder ved foretaket, herunder en utvidelse av øye- og revmatilbud til Nordbyhagen (finnes kun ved Kongsvinger sykehus i dag) og et mulig tilbud innen hud. Det vil i 2022 i dialog med Helse Sør-Øst gjøres et videre arbeid med å avklare hvilke fagområder Akershus universitetssykehus bør ha frem mot 2035, herunder også en vurdering av

hvilken egendekning foretaket bør ha innen fagområder som ortopedi og plastikk-kirurgi.

Egendekningsgraden for tilbudene innen psykisk helsevern er gjennomgående god, med unntak av døgntilbud til barn under 13 år som dekkes av en privat institusjon med avtale med Helse Sør-Øst RHF. Kapasitetsbehovet innen psykisk helsevern for voksne dekkes i tillegg til kapasiteten i egne sykehusbygg, ved kjøp av kapasitet ved Oslo universitetssykehus og Sykehuset Innlandet. Imidlertid er det svært lav egendekningsgrad for tilbud innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og mange av liggedøgnene er i private institusjoner. Dette er en utfordring i arbeidet med å tilby gode og sammenhengende behandlingsforløp, der samhandling mellom kommune, poliklinikk og døgninstitusjoner er en forutsetning. Som for de fleste andre helseforetak i regionen, er muligheten for å øke egendekningsgraden for det døgnbaserte rusbehandlingstilbudet begrenset av den store andelen kjøpte plasser.

Det er utarbeidet flere helseatlas basert på opplysninger fra Norsk pasientregister. Atlasene viser oversikt over helsetjenester som ytes til personer i ulike boområder, med det formål å avdekke praksisforskjeller og ulikheter i tilbud. I et langsiktig perspektiv er det ønskelig å utvikle tilbudet slik at det fremstår som likeverdig for hele landet. Resultatene kan være nyttige i arbeidet med å videreutvikle de enkelte fagområdene. Helseatlasene er dermed et viktig verktøy for å kunne vurdere om foretakets pasientbehandling er i tråd med den behandling som gis i andre deler av landet.

Kvalitet og pasientsikkerhet

Arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er høyt prioritert. Systematisk styring er nødvendig for å innfri de krav og forventninger som stilles til virksomheten. Pasientene skal kunne stole på at tjenestene ved Akershus universitetssykehus er trygge og av god kvalitet. Metodikken følger forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, som innebærer å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere. Ledere på alle nivåer har ansvar for gjennomføring av systematisk forbedringsarbeid. Medvirkning fra de ansatte står sentralt.

Som er ledd i foretakets systematiske arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet er det vedtatt en handlingsplan som skal bidra til en samordnet innsats på området. Hovedområdene som er beskrevet i planen vil følges opp over tid:

- Kvalitetsorientert ledelse
- Strukturer og kompetanse som bidrar til å etablere en kultur for forbedring
- Kunnskapsbasert tilnærming og systematisk bruk av kvalitetsinformasjon
- Trygge og sikre tjenester
- Styrke brukerens rolle

Kvalitetsforbedring

Foretaket har et langsiktig mål om å skape kultur for kontinuerlig forbedring. Det legges vekt på at hver avdeling skal gjennomføre minst ett forbedringsprosjekt årlig. Satsningen støttes av tilbud om kurs for ledere og medarbeidere. Det arrangeres også læringsnettverk der deltakende forbedringsteam samles flere ganger i løpet av et år for å lære av hverandre. Arbeidet presenteres på forbedringsdagen, som har blitt en årlig møteplass med stort engasjement og mange deltakere. Det tildeles også en pris til de beste forbedringsarbeidene.

Kvalitetsforbedring er også en integrert del i lederutviklingsprogrammet på sykehuset, og er lagt inn som en del av felles kompetansemodul for leger i spesialisering. Videre jobbes det aktivt med formidling av forbedringsarbeidet, både gjennom intranett og på fag- og ledermøter. Resultater fra forbedringsprosjektene legges også jevnlig frem for helseforetakets styre.

Tilgjengelige helsetjenester

Det er satt mål for ventetid, og dette følges nøye opp gjennom rapportering. Antall langtidsventende (>365 dager) økte betydelig i under koronapandemien. Utfordringen er spesielt knyttet til pasienter som venter på elektiv operasjon, da denne aktiviteten i periodevis har vært trappet helt eller delvis ned for å ha tilstrekkelig intensivkapasitet til pasienter med covid-19. Gjennom pandemien har det vært lagt vekt på å utnytte rolige perioder, for også å kunne tilby behandling til pasienter med lavere medisinsk prioritet. Også i etterkant av pandemien vil innhenting av etterslepet bli et viktig område.

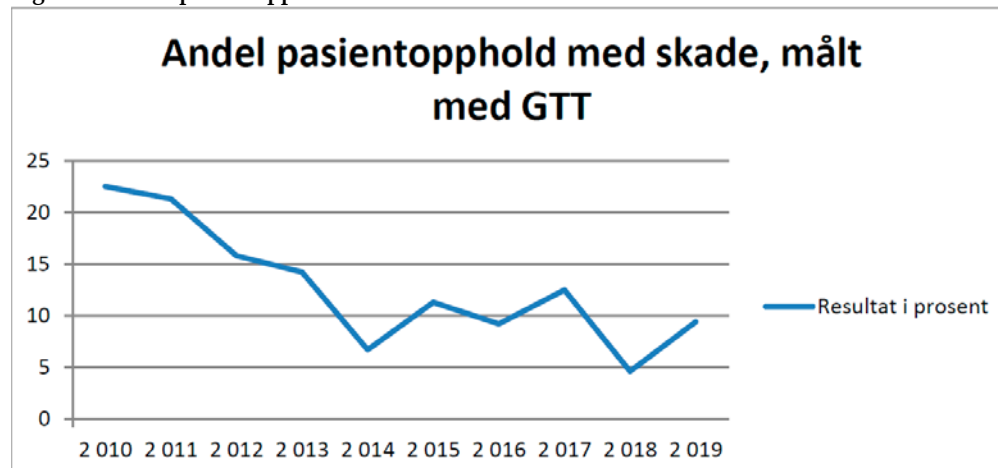
Læring fra pasientskader og uønskede hendelser

Klager, pasientrelaterte melding er og tilsynssaker danner et godt grunnlag for arbeid med forbedring og forebygging av uønskede hendelser. Oppfølgingsansvaret ligger til ansvarlige ledere som kjenner virksomheten best, og slik har de beste forutsetninger for å oppnå reelle forbedringer.

Det er etablert kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg på foretaksnivå (KPU1) og i alle divisjoner og klinikker (KPU2). KPU1 drøfter prinsipielle temasaker med formål forbedring, informasjonsdeling og læring på tvers i sykehuset. Det legges vekt på systematisk gjennomgang av hendelser og risikoområder for pasientsikkerheten som er viktige, vanlige og vanskelige. KPU2 går nærmere inn på utfordringer og klager knyttet til den enkelte divisjon eller klinikk.

Årlig gjennomføres strukturerte journalundersøkelser ved bruk av Global Trigger Tool (GTT). Formålet med metoden er å identifisere og måle frekvensen av pasientskader over tid. Det trekkes ut 20 journaler per måned for gjennomgang av et team bestående av lege og sykepleiere. Målet er at andel sykehusopphold med pasientskade skal være redusert med 25 % fra 2017 til 2023. Kirurgisk divisjon har etablert GTT-undersøkelser på divisjonsnivå, og deltar i et samarbeid med Helsedirektoratet om utvikling av metodikken.

Figur 2-7 Andel pasientopphold med minst en skade



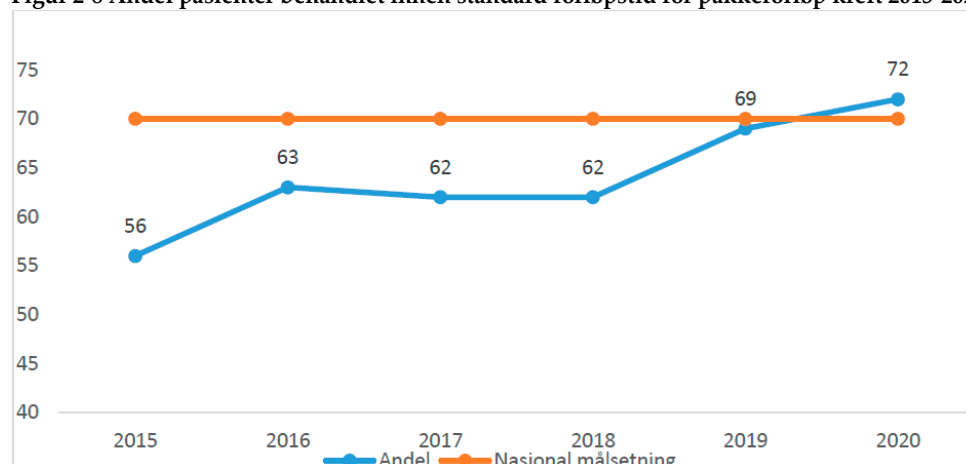
Pakkeforløp for kreft

I løpet av 2015 ble det innført til sammen 28 pakkeforløp for kreft, som gjør det mulig å overvåke forløpstidene systematisk. De er nyttige som styringsverktøy både for helseforetaket og helsemyndighetene. Tilsvarende er det innført pakkeforløp for psykisk helsevern og rusbehandling. Neste steg i arbeidet med kreftpakkeforløp er innføringen av «pakkeforløp hjem». Dette vil innebære et enda større behov for tett samhandling sammen med primærhelsetjenesten. Det er etablert et godt samarbeid mellom forløpskoordinatorer på sykehuset, kreftkoordinatorer i kommuner og bydeler og Kreftforeningen, noe som er en forutsetning for å lykkes med det videre arbeidet.

Pakkeforløpene skal sikre pasientene standardiserte, godt organiserte, og forutsigbare behandlingsforløp uten unødvendig ikke-medisinsk begrunnet forsinkelse i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering. Forløpskoordinatorer planlegger forløpet i henhold til nasjonale retningslinjer, setter opp timer og er sykehusets kontaktperson for pasient og fastlege. Tverrfaglige møter var allerede innført for mange av fagområdene, og behovet for disse møtene er blitt ytterligere forsterket. Det arbeides også med å redusere tiden det tar å overføre pasienter fra Akershus universitetssykehus til regionale tilbud ved Oslo universitetssykehus, blant annet gjennom tverrfaglige videomøter med Oslo universitetssykehus for noen forløp for å redusere forløpstiden.

Tilbakemeldinger fra pasientene har vært positive. Svært mange pasienter med begrunnet mistanke om kreft får raskt avkreftet denne. Pasienter som får påvist kreft får en mer forutsigbar og raskere behandling.

Figur 2-8 Andel pasienter behandlet innen standard forløpstid for pakkeforløp kreft 2015-2020



Kreftbehandling ble prioritert under koronapandemien, og alle henvisninger med mistanke om kreft ble håndtert som tidligere. Det var likevel krevende å gjennomføre møter og tverrfaglige diskusjoner, internt i fagavdelinger og mellom fagavdelinger. I etterkant av pandemien vil det være viktig å gjenopprette den gode arbeidsflyten og den tette kontakten mellom fagpersoner som er involvert i pasientforløpene.

En ny tilnærming til kreftbehandlingen er prehabilitering. Dette er et tilbud som er utprøvd og nå etablert som tilbud til pasienter som er diagnostisert med tykk- eller endetarmskreft. Prehabilitering innebærer systematisk trening med fysioterapeut, kostholdsveiledning og kursing for å forbedre seg til operasjon. Resultatene viser at pasientene er mer tilfreds med påfølgende behandling, opplever færre komplikasjoner og har kortere liggetid etter operasjonen. I 2019 gikk liggetiden for denne pasientgruppen ned med ett døgn, og bare halvparten måtte reopereres. Dermed frigjøres både sengekapasitet og personellressurser som kan benyttes til andre pasienter.

2.4 OPPGAVEDELING OG SAMHANDLING

Antall pasienter med sammensatte tilstander øker, blant annet som følge av eldrebølgen.

Mange pasienter med psykiske lidelser og rusproblemer har somatiske tilstander og omvendt. Videre krever stadig flere sykdomstilstander at mange jobber sammen for å utrede, behandle og følge opp pasienten. For å kunne gi et godt og helhetlig pasienttilbud er det nødvendig med et tett samarbeid mellom spesialavdelinger, helseforetak og kommunene.

Innen eget helseforetak

Gjennom de siste tiårene har en hurtig økende kunnskapsmengde skapt behov for fagfolk med spesifikke kunnskaper og prosedyreferdigheter. I kjølvannet av dette har det vokst frem en rekke nye helseprofesjoner, medisinske spesialiteter og grenspesialiteter. Medisinsk og helsefaglig breddekunnskap har måttet vike for spisskompetanse. Stadig flere avdelinger er involvert i utredning og behandling av den enkelte pasient.

Dette krever tett samarbeid på tvers. I flere fagmiljøer jobbes det med tematiske og multidisiplinære tilnærminger. Også før utviklingsplanen la vekt på den tematiske tilnærmingen ble denne anvendt flere steder i foretaket. Somatisk virksomhet for barn og ungdom er samlet i barne- og ungdomsklinikken. Klinikken holder til i et eget bygg, der lokaler og fasiliteter er spesielt tilpasset barn og unge. Modellen ivaretar et helhetsperspektiv, der avdeling for barnehabilitering og avdeling for barn og unges psykiske helse har en vesentlig plass.

Videre er tilbudet til pasienter med plager i relasjon til bekkenbunnen og organer i bekkenet er samlet i et virtuelt bekkensenter. Virksomheten er basert på et koordinert tverrfaglig samarbeid mellom ulike spesialiteter og yrkesgrupper om utredning og behandling av pasientene.

Også i kreftbehandlingen er det utbredt samarbeid på tvers av fag og spesialiteter. Nasjonale retningslinjer for behandling av kreft forutsetter at et multidisiplinært team bestående av leger fra ulike spesialiteter skal

samarbeide tett om å diagnostisere og behandle kreft. Ved Akershus universitetssykehus finnes velfungerende multidisiplinære team for alle større kreftformer. Teamene møtes en eller flere ganger i uken for å fatte beslutninger om enkeltpasienter.

En sentral utfordring er å gi pasienten opplevelsen av at behandlingen er sammenhengende og helhetlig

Med andre helseforetak

Mange pasienter må forholde seg til flere sykehus. Økende grad av kirurgisk spesialisering har ført til at stadig flere elektive inngrep har blitt sentralisert. Også strålebehandling for pasienter fra Akershus sykehusområde foregår ved Oslo universitetssykehus. Sentralisering av oppgaver fører til at pasientforløp går på tvers av sykehusene og gir oppstykkede forløp.

Helseforetakene har separate journalsystemer, og mye av kommunikasjonen foregår gjennom henvisning og utveksling av epikriser. Ibruktakelsen av kjernejournal og elektroniske henvisninger mellom helseforetak har bedret situasjonen de siste årene. Imidlertid er det behov for ytterligere tiltak for å lykkes med gode vekslinger mellom foretakene.

En sentral utfordring er å gi pasienten opplevelsen av at behandlingen er sammenhengende og helhetlig. Der deler av pasientforløpet må foregå ved andre sykehus, må dette gjennomføres med god planlegging og i nært samarbeid med alle involverte aktører.

Helsefellesskapet med kommuner og fastleger

Det er et mål i Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023) at kommuner og helseforetak utvikler og planlegger tjenestene sammen. Et viktig virkemiddel for å nå målet om økt samskaping i fellesskap er etablering av helsefellesskap. Regjeringen og Kommunenes sentralforbund (KS) inngikk en avtale om etablering av helsefellesskap høsten 2019.

Dette er fulgt opp i samarbeidet mellom Akershus universitetssykehus og kommunene i opptaksområdet. Kommunene og helseforetaket har forpliktet seg til å videreutvikle allerede etablerte samarbeidsstrukturer, der også fastleger og brukere skal delta på de tre nivåene i helsefellesskapsstrukturen. I tillegg skal helseforetak og kommuner arbeide for å etablere gode pasientforløp for fire prioriterte pasientgrupper; barn og unge, alvorlig psykisk syke, pasienter med flere kroniske lidelser og skrøpelige eldre. Disse fire er særlig fremhevet i Nasjonal helse- og sykehusplan.

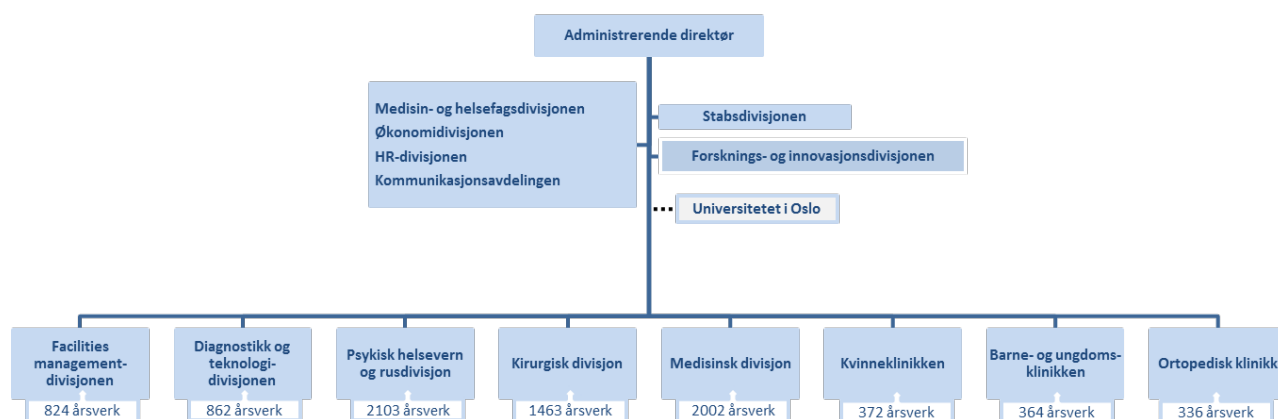
Foretaket og kommunehelsetjenesten hatt gjennom flere år hatt en felles samhandlingsplan hvor nasjonale føringer og prioriteringer på helseområdet er førende for de prioriteringen som gjøres i fellesskap og samskaping. Dette arbeidet er forsterket ytterligere med etablering av helsefellesskapene og videre arbeid med tjenestene. Det ligger et stort potensial i å styrke og utvikle samhandlingen på tvers av de to omsorgsnivåene, ikke minst når det gjelder å tilrettelegge for behandling på riktig nivå. Felles tjenesteutvikling og arbeid i helsefellesskapene skal danne grunnlag for prioriteringer i neste nasjonale helse- og sykehusplan.

Helsedirektoratet utarbeider styringsinformasjon knyttet til de fire prioriterte pasientgruppene. Formålet med styringsinformasjonen er å legge grunnlag for en god og likeverdig dialog som gir rom for lokale tilpasninger og fleksible løsninger. Helsefellesskapene omfatter helse- og omsorgstjenester på alle nivå og mange ulike aktører, og det er lagt vekt på å utvikle informasjon om tjenester på tvers av forvaltningsnivåene.

2.5 ORGANISERING OG LEDELSE

Akershus universitetssykehus eies av Helse Sør-Øst. Styret er helseforetakets øverste organ.

Figur 2-9 Organisasjonskart for Akershus universitetssykehus HF



Virksomhetsstyring

Akershus universitetssykehus arbeider målrettet for å utvikle og forbedre virksomhetsstyring og internkontroll. Det er utviklet et felles styringssystem for virksomhetsstyring, internkontroll, ledelse og kvalitetsforbedring («Orden i eget Åhus»). Med dette samles de overordnede prosessene for å planlegge, gjennomføre, følge opp, rapportere, evaluere og forbedre virksomheten. Styringssystemet knytter prosessene sammen og skal bidra til god koordinering og styring. Nye prosesser implementeres suksessivt, og opplæring gis gjennom foretakets nyansatt- og lederopplæringsprogrammer.

Helse Sør-Øst oversender årlig sine oppdrag og bestillinger (OBD). Mange av oppdragene er knyttet til nasjonale føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdrag og bestilling er førende for virksomheten, og følges opp i styringsdialogen med Helse Sør-Øst. Mål og oppgaver fordeles videre til divisjoner og klinikker gjennom interne oppdragsdokumenter. Resultater og måloppnåelse rapporteres samlet tilbake til Helse Sør-Øst gjennom en årlig melding.

Det fastsettes også interne mål for virksomheten på områder det ønskes særlig oppmerksomhet om. Divisjoner og klinikker følges tett gjennom tertialvise mål- og resultatstyringsmøter.

Det elektroniske kvalitetsstyringssystemet EQS brukes for å melde, behandle og følge opp uønskede hendelser og avvik, samt til dokumentstyring av prosedyrer. Meldinger om uønskede hendelser er en viktig kilde til forbedring, og det arbeides systematisk med å bevisstgjøre personell på viktigheten av å melde avvik både innen pasientsikkerhetsområdet og andre områder. Det legges også vekt på at interne revisjoner innenfor kvalitets- og pasientsikkerhetsområdet presenteres og behandles i kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget på foretaksnivå.

Informasjonssikkerhet og personvern

Helseforetaket samler inn og behandler personopplysninger om pasienter, ansatte og andre brukere i blant annet pasientbehandling, forskning og som arbeidsgiver. Risiko for personvern- og informasjonssikkerhet må veies opp mot risiko for pasientsikkerhet og manglende måloppnåelse. For planmessig og strukturert arbeid er det utformet en strategi for personvern og informasjonssikkerhet for perioden 2022-25. Videre utarbeides årlige handlingsplaner på virksomhetsnivå og enhetsnivå.

Helseregionens hovedleverandør av IKT tjenester, Sykehuspartner, er ansvarlig for helhetlig IKT-sikkerhet i infrastrukturen. Akershus universitetssykehus er ansvarlig for at all informasjonen som behandles i tjenestene behandles i henhold til personvernregelverket. Krav til informasjonssikkerhetstiltak varierer avhengig av hvor kritisk informasjonen er for å levere forsvarlig helsehjelp og forsvarlig drift av sykehuset. Dette ansvaret hører til lederlinjen, Hver divisjon eller klinikk er ansvarlig for egne databehandlinger.

Personvernombudet og informasjonssikkerhetslederen har en sentral rolle i etablering av gode systemer. Det er også etablert funksjoner for personvernrådgivning innen forskning og innovasjon, samt informasjonssikkerhetsrådgivning knyttet til implementering og forvaltning av IKT-systemene. For å redusere risikoen for at personopplysninger kommer på avveie ved utprøving eller innføring av nye IKT-systemer, skal krav til personvern og informasjonssikkerhet vurderes så tidlig som mulig.

Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

Vernetjenesten er organisert i tråd med organisasjonskartet, og er representert på alle ledernivåene i helseforetaket. Vernetjenesten samarbeider med ledelse på alle nivåer for en kontinuerlig forbedring av HMS-arbeidet i organisasjonen.

Det er utarbeidet en overordnet HMS-plan. Foretaket arbeider kontinuerlig med målrettede tiltak for å nå HMS-målene. Implementering av systemer og nye prosedyrer med videre skjer blant annet gjennom informasjon i ledermøter, nyhetsbrev til ledere og gjennomføring av opplæring.

Etter en endring av strukturen for arbeidsmiljøutvalg i 2018 er det nå etablert utvalg både på divisjons- og foretaksnivå. Arbeidsmiljøutvalgene har en overordnet tilnærming, og arbeider med å tydeliggjøre HMS-perspektivet bedre i oppfølging og analyser av trender og utvikling.

Den årlige medarbeiderundersøkelsen, ForBedring, kartlegger temaer innen arbeidsmiljø, pasientsikkerhetskultur og HMS. Det er lagt føringer for hvordan enhetene i helseforetaket skal følge opp resultatene fra undersøkelsen. Medarbeiderundersøkelsen i 2021 viste generelt god tilfredshet med arbeidssituasjonen (tabell 2-1). De ansatte rapporterte om engasjement og godt samarbeid, og var fornøyde med sine ledere. Det var et svakere resultat for opplevd arbeidsbelastning og tilgang til nødvendige ressurser sett i forhold til tidligere, noe som sees i sammenheng med koronapandemien.

Tabell 2-1 Resultater fra medarbeiderundersøkelsen ForBedring 2021

Tema	Antall svar	Resultat i år (score)	Andel som svarte «litt enig» eller «helt enig»
Engasjement	6404	82	82 %
Teamarbeidsklima	6403	83	85 %
Arbeidsforhold	6402	69	67 %
Sikkerhetsklima	6393	80	80 %
Psykososialt arbeidsmiljø	6365	79	75 %
Opplevd lederatferd	6377	84	83 %
Toppleders rolle i pasientsikkerhetsarbeidet	4152	69	55 %
Fysisk miljø	6397	72	68 %
Oppfølging	6268	70	67 %
Pandemi	6398	71	69 %

Medvirkning

De ansatte involveres i prosesser som berører arbeidsforhold og arbeidsmiljø. Administrerende direktør har faste dialogmøter med de hovedtillitsvalgte og hovedverneombud for gjensidig informasjon og diskusjon om sentrale saker. Det gjennomføres også regelmessige drøftinger med ansattes organisasjoner. Det er etablert ordninger for medvirkning både på divisjons- og avdelingsnivå, og i utviklingsarbeidet.

Driftsutvalget

Sykehuset er en stor og kompleks organisasjon med mange driftsmessige og tverrfaglige avhengigheter. For

å optimalisere driften, særlig i lav- og høyaktivitetsperioder, har det i flere år blitt oppnevnt ansatte fra ulike enheter i sykehuset med ansvar for å planlegge og evaluere driften. Høsten 2019 besluttet sykehusledelsen å etablere et driftsutvalg bestående av faste representanter fra alle divisjoner og klinikker, samt støttefunksjoner og ansattes representanter. Representantene har ansvar for å koordinere informasjon og arbeid i egen enhet.

Driftsutvalget skal jobbe med følgende målsetninger:

- Helhetlig og kontinuerlig tilnærming av driftsmessige tiltak og vurderinger både i lav- og høyaktivitetsperioder innenfor de gitte rammer
- Planmessig arbeid med lav- og høyaktivitetsperioder hvor tiltak og samarbeidsstrukturer berører flere divisjoner, klinikker og enheter
- Koordinert helårsplanlegging
- Koordinert og planmessig arbeid inn mot klinikken
- Enhetlig, effektiv, robust og helhetlig tilnærming til driftsmessige utfordringer på oppdrag for sykehusledelsen

I mars 2020 fikk driftsutvalget i tillegg ansvaret for å koordinere alle driftsmessige tiltak som følge av pasienttilstrømningen av covid-19 pasienter. Et resultat av dette koordineringsarbeidet er en trinnvis covid-plan for den somatiske virksomheten.

I løpet av 2021 endret driftsutvalget fokus fra sesong- til helårsplanlegging. Driftsutvalget jobber også med å etablere en automatisert og robust løsning for å hente ut og sammenstille viktige drifts- og styringsparametere om inneliggende pasienter for å sikre god pasientflyt og riktig pasientplassering.

Beredskap

Beredskapsarbeid er en viktig del av helseforetakets ansvar, og planverket beskriver at beredskapsplanlegging og håndtering av beredskapssituasjoner er et ledelsesansvar. Det er utarbeidet et omfattende planverk og en tydelig organisering for å håndtere uønskede hendelser som kan føre til beredskapssituasjoner. I forbindelse med pandemien som har medført et hevet beredskapsnivå over tid i 2020 og 2021, erfarte foretaket at en profesjonalisering av funksjonen som beredskapsleder og beredskapssekretær har styrket foretaket både beredskaps- og sikkerhetsmessig.

Det gjennomføres jevnlig øvelser, både internt og i samarbeid med nødetatene. Formålet er å trene på hendelser med mottak av mange skadde fra eksternt skadested, blant annet etter en hendelse med pågående livstruende vold (PLIVO). Tilbakemeldingene er at øvelsene er nyttige og lærerike. Etter hver faktiske hendelse og hver øvelse utarbeides det en evalueringsrapport, en handlingsplan med forbedringsområder, og det plasseres ansvar og settes tidsfrister for gjennomføring og oppfølging. Oppfølging av handlingsplanene gjøres av beredskapskomiteen.

Varslingssystemet som foretaket i dag benytter ved varsling til sykehusledelse og akuttmottak, kan det være aktuelt å utvide bruken av. Videre jobbes det med å gjennomføre sikringsrisikoanalyse for alle behandlingsstedene. Dette er et omfattende arbeid som har blitt noe forsinket som følge av pandemien.

Videre jobbes det med oppfølging av Statens helsetilsyns kartlegging av tilgjengelighet i IKT-systemer.

Pandemiberedskap

Da koronapandemien traff Norge og Akershus universitetssykehus i medio mars 2020 ble det raskt etablert et tverrdivisjonalt arbeid for å sikre tilstrekkelig kapasitet og bemanning til berørte enheter i sykehuset; akuttmottak, covid-19-sengeområder, intensiv og overvåking. Det ble utarbeidet planer for hvordan etablere nødvendig kapasitet etter forventet tilstrømning av covid-19-pasienter, og flere ansatte ble omdisponert fra sin moderavdeling til nyopprettede covid-19-områder.

Etter at den første «bølgen» med covid-19-pasienter avtok en måned senere startet arbeidet med å utarbeide et planverk med den hensikt å sikre planmessige og koordinerte endringer i foretaket som følge av pasienttilstrømningen av covid-19-pasienter. I tillegg skulle planverket bidra til å balansere følgende tre hensyn:

- Sikre beredskap tilknyttet koronasituasjonen, med tilstrekkelig opplært personell tilgjengelig for å behandle pasienter med covid-19
- Sikre tilbud til tilstrømning av ø-hjelps pasienter til sykehuset
- Sikre elektiv virksomhet for å redusere etterslep og ventetid

Erfaringene fra den kliniske driften i denne perioden ble lagt til grunn i arbeidet med de trinnvise planene, og det ble foretatt justeringer for å sikre opptak av aktivitet i roligere perioder. Arbeidet med planverket var omfattende og med flere delleveranser frem mot en langsiktig plan. Erfaringene fra koronapandemien og planen som er utarbeidet legger et godt grunnlag for håndtering av en senere pandemi.

Planverket består av fire hovedtrinn for henholdsvis Nordbyhagen og Kongsvinger. Hvert trinn beskriver hvordan pandemi-driftsmodellen påvirker den ordinære driften innen pasientbehandling, arealer og organisering. Planverket beskriver terskelverdier for å bygge opp og ned kapasitet i takt med behovet. For hvert av trinnene foreligger det detaljerte planer med tiltakskort for driften og personellplanlegging for de prioriterte områdene. Sykehusledelsen er beslutningstaker for hvert trinn, herunder hvilke tiltakskort som skal aktiviseres.

Figur 2-10 Trinnvis plan for håndtering av koronapandemien på Akershus universitetssykehus



Akershus universitetssykehus har fulgt opp Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlig smittsomme sykdommer og samhandlingsavtalen med kommunene, blant annet gjennom opprettelsen av et fagråd for beredskap og smittevern fra 2020. Fagrådet består av 2 representanter fra hver region (Kongsvinger, Gardemoregionen, Nedre Romerike og Follo) og 3-6 representanter fra Akershus universitetssykehus. Arbeidet med pandemihåndtering har styrket det samlede smittevernarbeidet og beredskapsarbeidet i sykehuset, og vist at sykehusledelsen, beredskapsleder og smittevernseksjonen kan samarbeide nært og godt.

2.6 BEMANNING OG KOMPETANSE

Tilstrekkelig bemanning med rett kompetanse er en sentral faktor for alle ledd i den mangfoldige virksomheten til Akershus universitetssykehus..

Som universitetssykehus har Akershus universitetssykehus også et særskilt ansvar for å bidra til at det utdannes helsearbeidere som kan fylle samfunnets fremtidige behov.

Bemanning

Akershus universitetssykehus hadde ved utgangen av 2020 ca. 10 500 ansatte, fordelt på ca. 8 300 årsverk. Av de fast ansatte jobbet 68 prosent av medarbeiderne heltid. Gjennomsnittlig kvinneandel var 77 prosent.

Med høyest forventet befolkningsvekst innenfor Helse Sør-Øst kan Akershus universitetssykehus forvente den sterkeste relative veksten i bemanningsbehov sammenlignet med andre sykehusområder i regionen. Det er konkurranse på arbeidsmarkedet i hovedstadsområdet og mangel på spesialsykepleiere og leger innen flere spesialområder. Videre vil utvikling innen medisinsk behandling, metodikk og teknologi kreve en

annen kompetansesammensetning i fremtiden enn det foretaket har i dag. Arbeidet med å sikre tilstrekkelig personell med rett kompetanse på kort, middels og lengre sikt er helt sentralt, og hensiktsmessig ansvars- og oppgavedeling vil kunne understøtte dette.

Det er nødvendig med langsiktig planlegging, både når det gjelder å utvikle, utdanne, beholde og rekruttere eget personell. God ledelse og systematisk HMS-arbeid er sentrale elementer i arbeidet med å skape balanse mellom oppgaver, ressurser og et trygt arbeidsmiljø.

Utdanning

Utdanning er en lovpålagt oppgave som omfatter både grunn-, videre- og etterutdanning. I samarbeid med universiteter, høyskoler og videregående skoler drives det omfattende grunn-, videre- og etterutdanningsvirksomhet av en rekke typer helsepersonell, med vekt på praksis og praksisbasert undervisning.

Tabell 2-2 Utdanningsvirksomhet i 2021

Yrkesgruppe	Antall
Medisinstudenter	1040
LIS 1- stillinger	70
Leger i spesialisering	462
Sykepleiere i videreutdanning	65
Andre helsefaglige studenter	800

Utdanningsaktiviteten skal også bidra til at helseforetaket til enhver tid har tilstrekkelig kompetanse. Selv om det i øyeblikket utdannes tilstrekkelig mange helsearbeidere innenfor de fleste kategorier, har flere utredninger konkludert med ateldrebølge i kombinasjon med små årskull i yrkesaktiv alder kommer til å skape mangel på arbeidskraft. De siste årene har underskudd på grupper som intensiv- og operasjonssykepleiere vist hvor sårbar sykehusdriften er når det gjelder mangel på nøkkelkompetanse. Tilgangen til helsepersonell med riktig kompetanse kommer til å bli en kritisk faktor for Akershus universitetssykehus i årene som kommer.

For å møte den biomedisinske og teknologiske utviklingen vil det være et økende behov for kompetanse innen flere fagområder. Det er til dels betydelig konkurranse med det private næringslivet. Gode arbeidsforhold, faglige utviklingsmuligheter og videreutdanning vil være avgjørende for å kunne tiltrekke seg og beholde nødvendige personellressurser.

Pandemien har økt behovet for digital opplæring. I 2020 ble det gjennomført 85 500 e-læringskurs, noe som var en økning på 20 000 fra året før.

Kompetanseportalen

Kompetanseportalen er et lederverktøy for dokumentasjon av kompetanse. I portalen kan det både tildeles oppgaver og registreres gjennomføring av læringsaktiviteter. I løpet av 2022/23 vil verktøyet tas i bruk av alle avdelinger og alle yrkesgrupper ved sykehuset.

Simulering og ferdighetstrening

SimAhus - senter for medisinsk simulering ved Ahus, er en arena for medisinsk simulering, der klinikere kan øve på ulike scenarier med virkelighetsnære simuleringsdukker, rom og utstyr, under veiledning fra sertifiserte instruktører. Senteret har i gjennomsnitt 2500 deltakere på kurs årlig, inkludert trening på klinisk arbeidssted. Simuleringssenteret flyttet inn i nye lokaler i 2021, og har tre simuleringslaber, et kontrollrom for styring av dukker og videofilming av treningen, i tillegg til fem klasserom.

Simuleringstrening er en læringsmetode der man etterlikner realistiske pasientsituasjoner ved hjelp av markører eller dukker. Simuleringen etterfølges av en debrief der man reflekterer over hva man har lært. Det er viktig å kunne øve i trygge omgivelser, slik at helsepersonell blir trygge på sine oppgaver.

Under koronapandemien har SimAhus vært en verdifull ressurs. Mange ble omdisponert til å jobbe på

overvåkningsområder uten å være utdannet intensivsykepleier. Gjennom godt samarbeid med smittevern og klinikken, ble det prioritert å trene personell som aldri hadde jobbet sammen før. De fikk verdifull simulerings- og ferdighetstrening før de skulle begynne. Dette gjorde dem bedre rustet til å håndtere en uvant arbeidssituasjon. Videre har SimAhus tatt i bruk digitale ressurser for å gi større fleksibilitet i opplæringen samt benytter film til bruk i forberedelser og oppfriskning av prosedyrer.

Kompetansebroen

Kompetansebroen er et digitalt verktøy som skal underlette den lovpålagte samhandlingen og kompetansedelingen mellom kommuner, helseforetak og utdanningsinstitusjoner. Samarbeidet om Kompetansebroen er forankret i de lovpålagte samhandlingsavtalene, samt i avtaler med relevante utdanningsinstitusjoner. Helseforetaksområdet Akershus/Oslo har utviklet verktøyet og tatt det i bruk i sitt lokale samarbeid. Senere har helseforetaksområdene i Innlandet, Vestfold og Østfold blitt inkludert i samarbeidet. Det pågår et arbeid for å videreutvikle Kompetansebroen og legge til rette for at helsefelleskap med samarbeidende utdanningsinstitusjoner over hele landet kan ta verktøyet i bruk.

Kompetansebroens utdannings- og kompetanseinnhold er den mest utbygde delen av løsningen, og inneholder faglige temaseksjoner, digitale kurs og helsefilmer. Kompetansebroen er en viktig kilde til oppdatert kunnskap om fag og prosedyrer. Videre spilte Kompetansebroen en stor rolle i den digitale kompetansehevingen av helsepersonell og studenter. Økningen i trafikk var på hele 324 prosent, og sidene hadde besøk fra hele landet.

Videre har Kompetansebroen egne sider for samhandlingen i helsefelleskapene. Disse er lagt opp for å kunne fungere både som en informasjonskanal og en ressurs i det aktive samarbeidet mellom kommuner og helsefelleskap. Funksjonen for årshjul er et visuelt virkemiddel for planlegging og løpende oversikt over aktivitetene innenfor området.

Lederutvikling

Utvikling av ledelse i foretaket er en viktig og bevisst satsning for å sikre løpende målsettinger, kvalitet og god drift, samt underbygge sykehusets strategiske mål i utviklingsplanen. Det jobbes på fire områder:

- 1) Styrke lederlinjene gjennom systematisk lederoppfølging og resultatsikring
- 2) Styrke leders kompetanse gjennom obligatoriske og behovsbaserte opplæringstilbud og lederutviklingsprogrammer
- 3) Utvikle læringsarenaer for ledere gjennom ledernetverk, ledersamlinger/konferanser og mentorordning
- 4) Styrke leders forutsetninger for å drive god ledelse gjennom hensiktsmessig organisering, tydelige funksjons-beskrivelser, og prosesser med god oppgavedeling og støtte mellom ledernivåene. I tillegg god støtte fra stab- og støttefunksjoner.

Det gis et kontinuerlig tilbud om intern lederopplæring (figur 2-13). Arbeidet med lederopplæring og lederutvikling er konkret innrettet rundt forbedringsprosesser og virksomhetsstyring. Lederopplæringen har en faglig profil rettet mot utfordringer og særtrekk ved det å lede en enhet i helsetjenesten. Programmene har to utgangspunkter:

- Individuelle programmer, der utvikling og styrking av den enkelte leder, og samhandling mellom ledere står sentralt.
- Utvikling av ledergrupper og samspill mellom ledergrupper i organisasjonen.

2.7 FORSKNING OG INNOVASJON

Akershus universitetssykehus arbeider målrettet for å styrke forskningen innen hele bredden av virksomheten, og å utvikle virksomheten videre gjennom innovasjon.

Organisering av forskningen

Det er stilt formelle krav om at universitetssykehus skal bidra vesentlig i forskningsbasert utdanning innen medisin og helsefag. Universitetssykehus skal dessuten kunne dokumentere biomedisinsk og helsefaglig grunnforskning, translasjons- forskning og klinisk forskning innen de fleste kliniske fag- områder, samt at det drives forskning som holder høy internasjonal kvalitet.

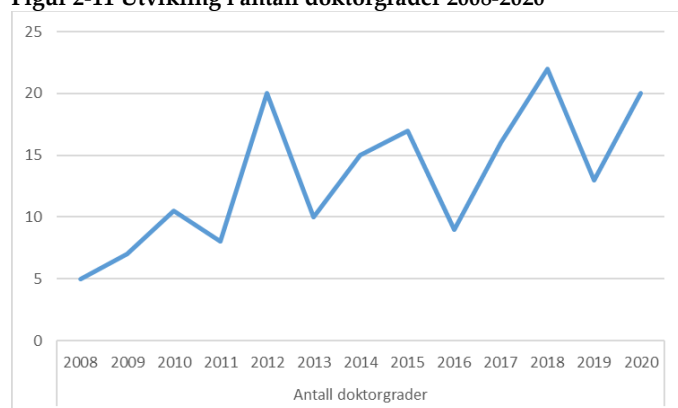
Akershus universitetssykehus har arbeidet målrettet for å styrke forskningen innen hele bredden av virksomheten etter at det fikk formell status som universitetssykehus i 2001. Et viktig tiltak har vært å opprette formaliserte forskningsgrupper. Det stilles krav om at alle aktive forskere skal tilhøre en slik gruppe. Ansvar for forskningen følger linjestrukturen.

Samarbeidet mellom Akershus universitetssykehus og Institutt for klinisk medisin ved det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo (UiO), er godt. UiO har en lokal enhet, Campus Ahus, som er inndelt i tre universitetsklinikker; klinikk for helsetjenesteforskning og psykiatri, klinikk for kirurgiske fag og klinikk for indremedisin og laboratoriefag. Nærmere 100 medarbeidere har hoved- eller bistilling ved en av universitetsklinikkene. Totalt har helseforetaket 185 forskningsårsverk fordelt på 560 personer. En økende andel er finansiert gjennom tidsavgrensede konkurranseutsatte midler fra ulike eksterne kilder.

Forskningsaktivitet

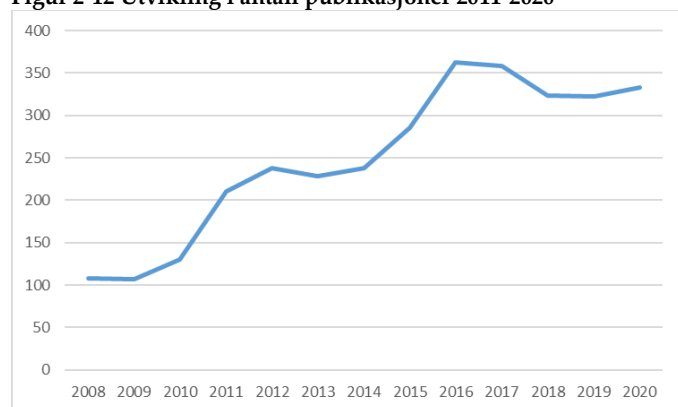
Produksjonen av publikasjoner og doktorgrader har vært stigende (figur 2-11). I 2020 ble det avholdt 20 disputaser. Totalt var 110 stipendiater i utdanningsløp.

Figur 2-11 Utvikling i antall doktorgrader 2008-2020



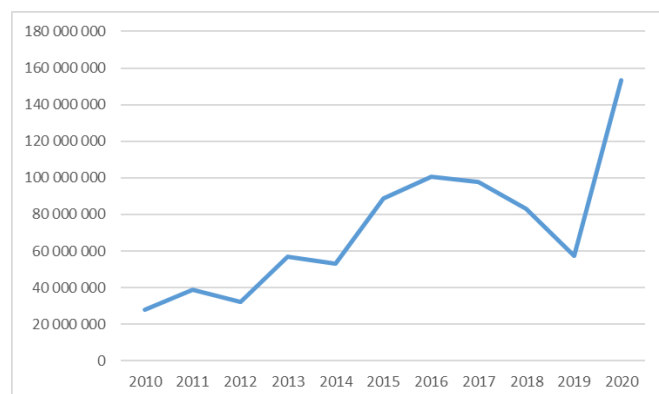
Antallet publikasjoner i internasjonale fagfelle-vurderte tidsskrifter har de siste fem årene ligget mellom 320 og 360, og utgjorde i 2020 til sammen 333 (figur 2-12).

Figur 2-12 Utvikling i antall publikasjoner 2011-2020



Forskningen er i økende grad finansiert av eksterne kilder (figur 2-13). Dette gjenspeiler en positiv utvikling både for prosjekter, prosjektsøknader og prosjektledernes meritter. Rekruttering av medarbeidere med solid forskningskompetanse til så vel kliniske som akademiske stillinger er en forutsetning for å fortsette denne gode utviklingen. Viktige eksterne bidragsytere er Helse Sør-Øst, Norges forskningsråd, Kreftforeningen og DAM.

Figur 2-13 Utvikling i tildelte forskningsmidler fra eksterne kilder



Forskningslaboratoriet Epigen er en fellesressurs som utgjør helseforetakets molekylærbiologiske fundament. Videre progresjon innen forskning og utvikling er avhengig av satsing på en del sentrale funksjoner, blant annet på laboratoriesiden. Førstelinjetjenesten er med i noen forskningsprosjekter, men det er potensial for å videreutvikle dette. Det har vært utfordrende å bygge opp sterke forskningsmiljøer der helsefagene er representert.

Antallet industri- og egeninitierte kliniske studier har økt som følge av bevisst satsing. Det er ansatt en koordinator som vil tilrettelegge for at flere kliniske studier kan bli igangsatt, inklusive tidligfase-utprøving. Helseforetaket er medlem av NorCrin-samarbeidet.

Avdeling for helsetjenesteforskning har sammen med forskningsstøtte for fellesfunksjoner vært vesentlige bidragsytere for å få frem ledende forskningsmiljøer, og koordinerer et nasjonalt nettverk for fagområdet.

Innovasjon

Det er et stort innovasjonspotensial i helsesektoren. Som en stor biomedisinsk institusjon, bør Akershus universitetssykehus fremme innovasjon både gjennom intern prioritering og ved interne strategiske utlysningprosesser.

Kontakt med sentrale innovasjonsaktører vil også være viktig. Forskningsdrevet innovasjon har resultert i et fåtall patenter og selskapsdannelser. Dette arbeidet støttes av kommersialiseringselskapet Inven2, som forestår kommersialiseringsarbeidet til alle helseforetakene i Helse Sør-Øst.

2.8 ØKONOMI

Årlige overskudd er en forutsetning for å kunne realisere reinvesteringer i utstyr og teknisk infrastruktur.

I tillegg må det i forkant av arealmessige utvidelser spares opp tilstrekkelig egenkapital for å innfri krav til låneopptak for nybygg.

De økonomiske rammebetingelsene består hovedsakelig av tildelinger fra Helse Sør-Øst (faste inntekter) og variable inntekter som følge av utført aktivitet. Den økonomiske situasjonen har vist en vesentlig bedring de siste årene. Den viktigste årsaken har vært økt produktivitet i den somatiske delen av virksomheten. Det må fortsatt jobbes aktivt for å sikre en bærekraftig økonomi hvor foretaket selv skaper den egenkapital som er nødvendig for fremtidig utvikling. Akershus universitetssykehus står overfor betydelige investeringer i årene framover og må derfor ha positive resultater for å opparbeide tilstrekkelig egenkapital.

Resultatforventningene framover må baseres på en nøktern underliggende drift, som innebærer en noe lavere kostnadsvekst enn veksten i inntekter. Det legges opp til at overskuddsmålene økes trinnvis og i takt med investeringsnivået. Det er nødvendig å møte det årlige behovet for reanskaffelser og planer for videreutvikling av behandlingstilbudet, samt gi egenkapital til bygningsmessige utvidelser.

Ventede endringer i opptaksområdet vil kunne medføre krevende omstillingsutfordringer. I 2031 og 2036 vil det bortfalle betydelige oppgaver, og dermed også inntekter i forbindelse med overføring av bydelene Alna,

Grorud og Stovner til Oslo universitetssykehus. Sammenlignet med budsjett 2020 vil dette innebære et samlet inntektsbortfall på ca. 20 prosent. Det er rimelig å forvente at det vi ta noe tid å tilpasse seg et betydelig lavere kostnadsnivå, slik at overskuddet vil være lavere i årene etter utfasing av bydelene.

Samlet vil dette kreve tydelig prioritering og at driften må planlegges og gjennomføres enda bedre. Et viktig element i dette arbeidet vil være å styrke den felles kulturen for måloppnåelse knyttet til budsjetttiltak.

2.9 TEKNOLOGI OG UTSTYR

Som del av den regionale teknologisatsingen vil det foregå fornying av både infrastruktur og løsninger ved Ahus i årene som kommer.

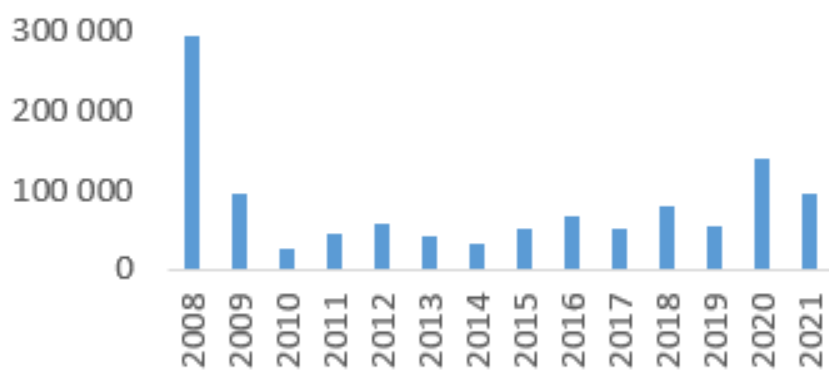
Den regionale utviklingsplanen legger føringer for en mer fremtidsrettet helsetjeneste, som tar i bruk teknologi for å gi et bedre pasienttilbud.

Akershus universitetssykehus har etablert en egen teknologiplan, som med en strategi for å utnytte og ta i bruk teknologi, og med vekt på å videreutvikle helseforetaket i tråd med fremtidens teknologiske utvikling. Dette er en viktig forutsetning for å kunne gi pasienter, pårørende og ansatte de beste mulighetene for å få en smidig hverdag der teknologi utnyttes optimalt i pasientbehandlingen. Teknologiplanen skal understøtte målene i utviklingsplanen.

Satsingen skal bidra til bedre kvalitet og pasientsikkerhet, økt effektivitet og bedre samhandling mellom aktørene som er involvert i pasientbehandlingen. Sykehusene skal bli i stand til å møte samfunnets forventninger til bruk av digitale samhandlingsarenaer, eksempelvis mulighet for selvbetjening via helsenorge.no eller muligheter for digital hjemmeoppfølging som del av behandlingen. Digitaliseringen vil gi nye muligheter i pasientbehandlingen. Ett eksempel er bruk av kunstig intelligens som beslutningsstøtte til helsepersonell.

Sykehuset gjennomfører årlig store investeringer for å oppgradere, skifte ut og anskaffe nytt medisinsk-teknisk utstyr og IKT-løsninger. For å følge med i den medisinske og teknologiske utviklingen, vil det være nødvendig å gjennomføre store investeringer innenfor teknologiområdet i årene fremover.

Figur 2-14 Anskaffelseskostnad per år for medisinsk-teknisk utstyr som er i drift (i 1000 kr nominelt)



Utvikling av pasienttilbudet

Det er behov for tett samarbeid med kommuner og fastleger for å skape helhet i pasientforløpene. Det innebærer god kommunikasjon og integrert samarbeid om den enkelte pasient, samt deling av kunnskap, felles mål for kompetanseutvikling og samarbeid om bruk av teknologiske verktøy.

Både poliklinisk oppfølging og avansert behandling kan for mange pasienter gjennomføres på avstand ved hjelp av teknologiske verktøy. Eksempler på dette er brukertilpasset oppfølging av diabetespasienter og hjemmedialyse. Videokonsultasjoner, elektroniske skjemaer og løsninger for medisinske målinger vil gjøre det mulig å gi god pasientbehandling av høy kvalitet, selv om pasient og behandler ikke møtes i samme rom.

For pasienten vil det være stor gevinst i å slippe oppmøte på sykehus, kunne følges opp i trygge omgivelser og lære å mestre eget liv og sykdom i sitt eget miljø. For helseforetaket vil det å lykkes med hjemmebasert behandling være nødvendig for å møte kapasitetsutfordringen. Koronapandemien har bidratt til å akselerere utviklingen av nye måter å følge opp pasienter på ved hjelp av teknologi. Fremover vil det være avgjørende å opprettholde trykket på dette området, slik at de ønskede og nødvendige endringene realiseres for alle pasientgrupper som kan ha nytte av det.

2.10 KAPASITET

Akershus universitetssykehus har aktivitet på i alt 18 behandlingssteder innenfor opptaksområdet. Virksomheten har sitt hovedsete på Nordbyhagen, i Lørenskog kommune.

Kapasitet for somatikk

Sengekapasitet

Den somatiske aktiviteten på Nordbyhagen, Kongsvinger og Gardermoen har i januar 2022 en kapasitet på 871 senger, inkludert tekniske senger.

Tabell 2-3 Sengekapasitet

Lokasjon	Normerte senger fra 2022
Sengepir H0	442
Barnesenter	61
Behandlingsbygg	39
Behandlingsbygg intermedier	4
Behandlingsbygg overvåkning	21
Behandlingsbygg Intensiv	10
Behandlingsbygg PO	25
NN	86
Rehab	18
AHS	5
GAR	42
KOS	103
KOS Intensiv	6
KOS PO	9
Totalsum	871

Det gjøres fortløpende vurderinger av hvor mange senger som skal bemannes. Noen senger holdes i beredskap til dager med spesielt høy aktivitet. Andre senger tas i bruk som følge av utvikling av tilbudet. Barne- og ungdomsklinikken har etablert tilbud om avansert hjemmesykehus for barn med fem senger.



Operasjonskapasitet

Den operative virksomheten ved Akershus universitetssykehus er fordelt mellom Nordbyhagen, Kongsvinger, Ski og Gardermoen (tabell 2-4).

Tabell 2-4 Oversikt over operasjonskapasiteten

Behandlingssted	Antall stuer
Nordbyhagen sentraloperasjon	14
Nordbyhagen dagkirurgi	8
Kongsvinger	4
Ski	4
Gardermoen	5
Sum	35

Kapasitet for akuttbehandling og overvåkning

Ved Akershus universitetssykehus ivaretas kritisk syke pasienter ved intensivavdeling og postoperativ avdeling, samt ved ulike overvåkningsenheter (tabell 2-5).

Det er etablert intermediaersenger for kirurgiske pasienter og en medisinsk overvåkningsenhet. Barne- og ungdomsklinikken har også etablert en enhet for barneovervåkning.

Tabell 2-5 Overvåkningsenheter

	Nordbyhagen	Kongsvinger	Gardermoen
Intensiv	10	2	
Kirurgisk intermedinær	4		
Postoperativ	25	4	
Medisinsk overvåkning	10		
Hjerteovervåkning	11		
Nevrologisk overvåkning	4		
Nyfødt intensiv	23		
Barneovervåkning	4		
Føde	8		
Sum	99	6	0

Kapasitet for psykisk helsevern og rusbehandling

Psykisk helsevern og rusbehandling hadde i 2021 en samlet kapasitet på 309 senger, hvorav 136 i lokalbaserte tjenester. Det største antall døgnplasser er innen psykisk helsevern til voksne, som totalt utgjør 217 av døgnplassene. Tilbudet til barn og unge med psykiske lidelser omfatter 32 dag- og døgnplasser. Barn under 12 år med behov for døgnoppfølging henvises til en privat institusjon.

I tillegg til 60 egne sengeplasser kjøpes det plasser på private institusjoner til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. For å møte kapasitetsutfordringen innen dette området har tilbudet de siste årene blitt utvidet både dag- og døgntilbud. Dette har gitt en økt egendekningsgrad innen rusbehandling. Likevel er det fortsatt behov for å benytte spesialiserte rusbehandlingstilbud ved Sykehuset Innlandet og private rusbehandlingsinstitusjoner som har driftsavtale med Helse Sør-Øst.

I påvente av nytt bygg for sykehusbasert psykisk helsevern har spesialpsykiatri en delt løsning, der det dels drives i egen regi på Lurud og dels kjøpes plasser fra Oslo universitetssykehus.

Den alderspsykiatriske aktiviteten er lokalisert på Skytta med 23 døgnplasser og en stor poliklinikk.



3 Fremskrivning

Fremskrivning av sengebehov mot 2040 viser økende behov for senger både innen somatikk og psykisk helsevern.

Helse Sør-Øst RHF baserer seg på en felles nasjonal modell, når befolkningens fremtidige behov for helsetjenester skal beregnes. De har gjennom denne modellen fremskrevet behovet for helsetjenester og kapasitet innen døgnopphold, dagopphold og poliklinikk for Akershus universitetssykehus. Behovene vurderes ut fra både matematiske og kvalitative tilnærminger:

Den matematiske består i at aktivitetsnivået i 2019 fremskrives med utgangspunkt i beregninger fra Statistisk sentralbyrå for befolkningsutvikling og alderssammensetning.

For å fange opp utviklingstrekk ut over befolkningsutviklingen, vurderes blant annet sykdomsutvikling, medisinsk-teknologisk utvikling, forventet omstilling til dagbehandling og bruk av observasjonssenger og pasienthotell.

De samme prinsippene gjelder både for somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling, men det er relativt stor forskjell på hvordan endringsfaktorene i fremskrivningene er sammensatt.

3.1 SOMATIKK

I fremskrivningsmodellen som benyttes for planlegging av bygningsmessige tiltak er det lagt inn noen forutsetninger om hvordan pasienttilbudet vil utvikle seg.

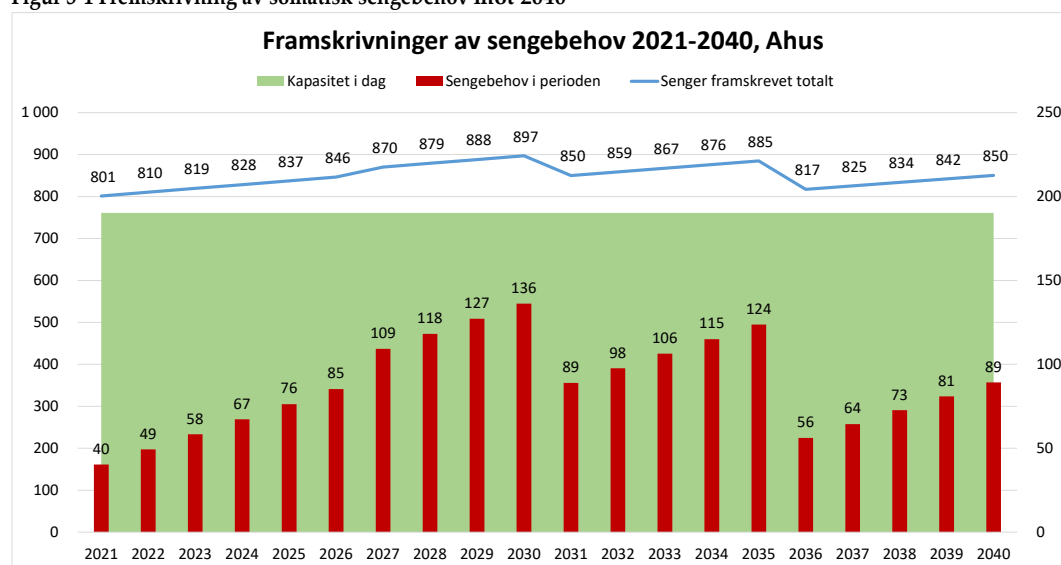
Forutsetningene er basert på trender og nasjonale føringer for spesialisthelsetjenesten. Det er usikkerhet både knyttet til faktorer som øker behovet for helsetjenester og faktorer som reduserer det fremskrevne behovet. I tillegg til befolkningsutviklingen og endret alderssammensetning er det tatt hensyn til følgende endringsfaktorer:

- Epidemiologi/medisinsk utvikling (øker behovet)
- Samhandling med kommune og hjem (reduserer behovet)
- Bruk av pasienthotell (reduserer behovet)
- Overføring døgnopphold til dagopphold (reduserer behovet)
- Overføring døgnopphold (medisinske) til poliklinikk (reduserer behovet)
- Bruk av observasjonsenhet (reduserer behovet)
- Intern effektivisering (færre liggedøgn reduserer behovet)

Figur 3-1 til 3-3 viser fremskrevet kapasitetsbehov for den somatiske virksomheten. Det er p.t planlagt å fase ut Oslo-bydelene i flere trinn; I 2031 utfases Alna bydel og tilbudet innen psykisk helsevern og rusbehandling for befolkningen i Grorud og Stovner. I 2036 utfases det somatiske tilbudet også for de to sistnevnte bydelene. Dette medfører at kapasitetsbehovet i en mellomperiode vil være større enn det som er fremskrevet for 2040.

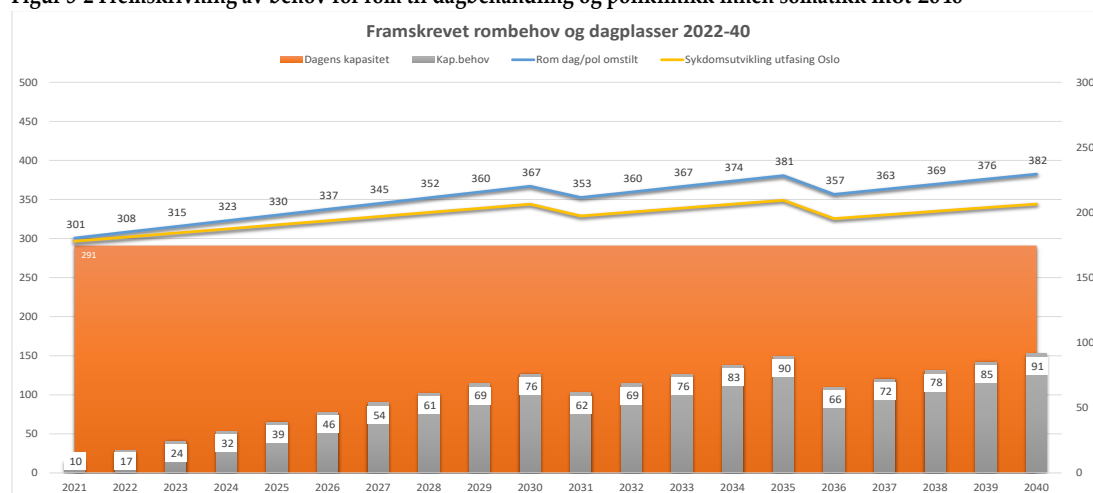
Kapasiteten vil være mest anstrengt i 2030. For den somatiske virksomheten vil bli en midlertidig nedgang i aktivitet i 2031 før befolkningsveksten gradvis øker behovet, for så å falle igjen i 2036. Denne utviklingen vil kreve god planlegging og bruk av midlertidig kapasitet i en mellomperiode. Tidspunktene for overføring vil ved dagens plan bli svært krevende, både knyttet til å ha tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i årene frem til overføring og gjennomføring av gjennomføring av nødvendige omstillinger etter at overføringene har skjedd. Det vil i løpet av 2022 startes opp et regionalt prosjekt for å vurdere mulighetene for en tidligere overføring av bydelene.

Figur 3-1 Fremskrivning av somatisk sengebehov mot 2040

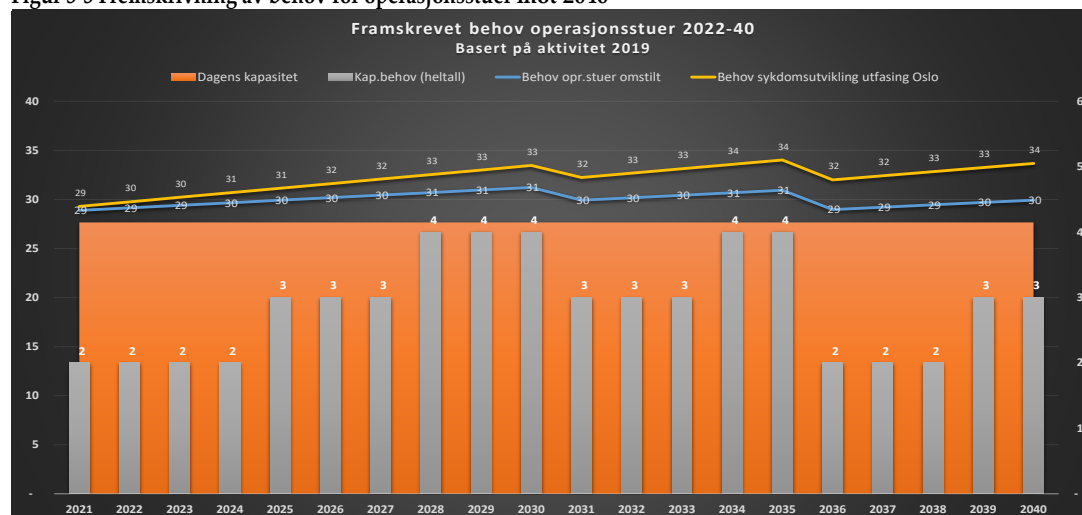


Forutsetningen om at behandling flyttes fra døgn til dag medfører et større behov knyttet til dagbehandling og poliklinikk enn befolkningsveksten skulle tilsi. Dette vises som den blå kurven i figur 3-2.

Figur 3-2 Fremskrivning av behov for rom til dagbehandling og poliklinikk innen somatikk mot 2040



Figur 3-3 Fremskrivning av behov for operasjonsstuer mot 2040



3.2 PSYKISK HELSEVERN OG RUSBEHANDLING

Fremskrivningene for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling tar utgangspunkt i at det er planlagt at alle Oslobydelene utfases samtidig i 2031.

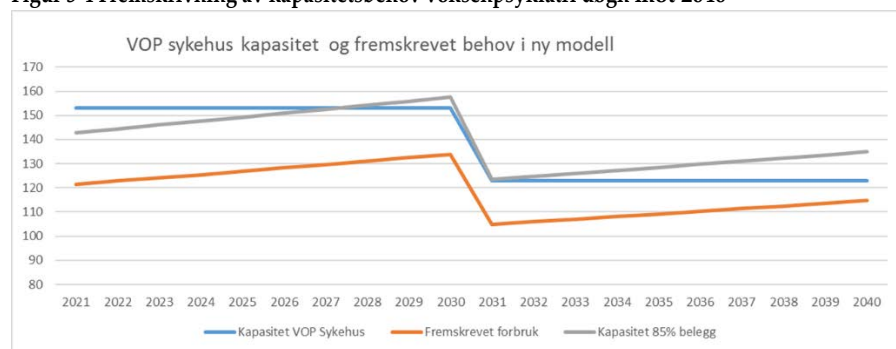
Fremskrivningsmodellen justerer startpunktet for framskrivningen (aktivitetstall) med en beregning av behov knyttet til ulike pasientkategorier og en justering for variasjon i tilbud mellom sykehusområdene (for døgntilbud) før det foretas en demografisk fremskrivning. Det er også gjort en justering for faglig utvikling som reduserer framskrevet aktivitet. Det tas høyde for at ulikheter i behov knyttet til både diagnosegrupper og alder.

Selv om forekomsten av psykisk helse og ruslidelser er relativt stabil i befolkningen er det endringer i behovsmønsteret som påvirker kapasiteten. Det er blant annet tatt hensyn til at dekningsgraden i spesialisthelsetjenesten nasjonalt for eldre over 65 år, pasienter med spiseforstyrrelser og alkoholrelaterte lidelser er lav.

Voksenpsykiatri (VOP) døgn

Basert på en beleggsprosent på 85 % er framskrevet behov for døgnplasser innen voksenpsykiatri som vist i figur 3-4.

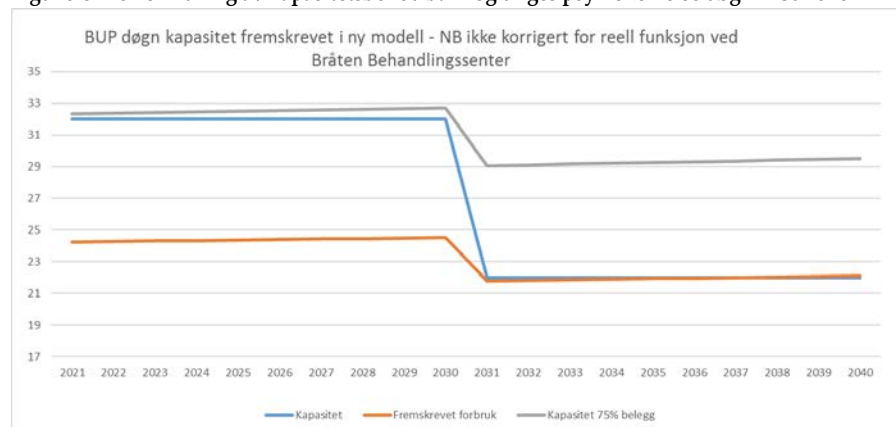
Figur 3-4 Fremskrivning av kapasitetsbehov voksenpsykiatri døgn mot 2040



Barn og unges psykiske helse (BUP) døgnbehandling

For døgntilbudet innen barn og unges psykiske helse er framskrevet behov for vist i figur 3-5.

Figur 3-5 Fremskrivning av kapasitetsbehov barn og unges psykiske helse døgn mot 2040



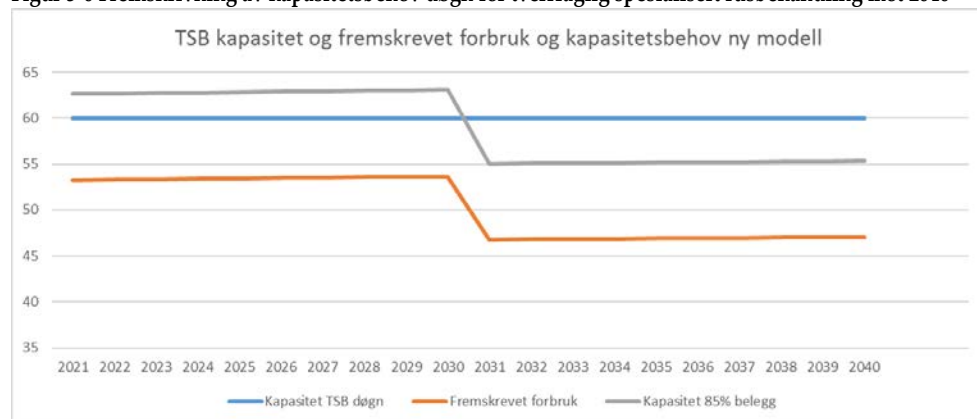
Den framskrevne aktiviteten i Groruddalen som overføres i 2031 er i fremskrivningsmodellen relativt lav sett i forhold til befolkningsandelen 0-17 år som overføres. I arbeidet med nytt bygg for sykehusbasert psykisk helsevern er det for barn og unge fortsatt en kvalitativ vurdering av hva driftskonseptet i et utvidet bygg på Nordbyhagen vil kreve av kapasitet. Dette vil kunne endre behovet sammenlignet med dagens drift.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) døgnet

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er på mange måter et ungt fagområde, som skiller seg fra de andre spesialisthelsetjenestene på noen områder. Det er det eneste spesialisthelsetjenesten hvor den kommunale sosialtjenesten kan henvise til. Så mange som ni av ti pasienter i TSB har en psykisk lidelse, hvorav angst og depresjon er de vanligste viser undersøkelser fra Folkehelseinstituttet. Forkortelsen ROP-lidelse viser til samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, det vil si at personen har to selvstendige lidelser.

TSB døgnetbehandling ved Akershus universitetssykehus er i likhet med andre helseforetak i Helse Sør-Øst preget av at 70 % av liggedøgnet innen fagområdet er i private institusjoner med driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF. Det er derfor foreløpig ikke tatt stilling til eventuell justering av kapasiteten som konsekvens av overføring av aktivitet fra Groruddalen i 2031. Fremskrevet kapasitetsbehov for TSB er vist i figur 3-6.

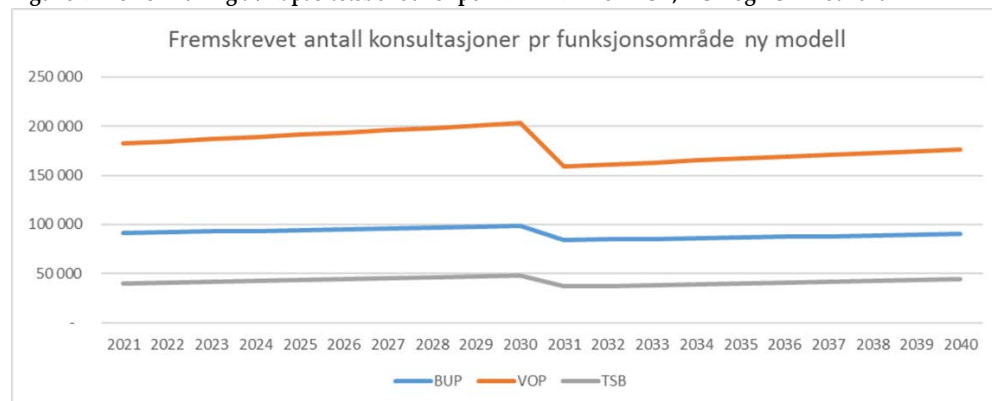
Figur 3-6 Fremskrivning av kapasitetsbehov døgnet for tverrfaglig spesialisert rusbehandling mot 2040



Poliklinisk aktivitet for BUP, VOP og TSB

Fremskrevet behov for poliklinisk kapasitet som uttrykt i antall konsultasjoner er angitt i figur 3-7.

Figur 3-7 Fremskrivning av kapasitetsbehov for poliklinikk innen BUP, VOP og TSB mot 2040





4 Analyse og veivalg

Hovedutfordringene mot 2035 vil være knyttet til befolkningsvekst i kombinasjon med økende andel eldre innbyggere.

Det vil være behov for å utvide kapasiteten for å dekke befolkningens behov for spesialisthelsetjenester, og for å rette innsatsen mot særlig utfordringer. Samtidig vil overføring av bydelene til Oslo-sykehusene kreve betydelige omstillinger frem mot 2035.

4.1 STATUS OG UTFORDRINGSBILDE

Akershus universitetssykehus er inne i en positiv utvikling blant annet når det gjelder kapasitet, økonomi og posisjon som universitetssykehus.

Etter en driftsmessig og økonomisk krevende periode i kjølvannet av utvidelsen av opptaksområdet i 2011, er kapasitetsutfordringene nå noe redusert, og økonomien god. Samtidig styrker helseforetaket seg som forsknings- og utdanningssykehus.

Utvikling av pasienttilbudene vil stå sentralt fremover, og det bør legges vekt på sykdommer som rammer store pasientgrupper. I sær vil det bli nødvendig å styrke tilbudet til eldre pasienter med sammensatte tilstander, og til et hurtig økende antall kreftpasienter. Videre vil det være nødvendig å jobbe på nye måter og ta i bruk teknologi for å kunne yte gode spesialisthelsetjenester i tråd med behov og kapasitet.

Akershus universitetssykehus har behov for arealtiltak for å kunne møte disse utfordringene, herunder:

- arealer til virksomhet som foregår i lokaler med svært dårlig tilstandsgrad og/eller midlertidig godkjenning fra tilsynsmyndighetene;
- nødvendig kapasitetsutvidelse;
- arealer for nye pasienttilbud;
- arealer for å samle spredt virksomhet av hensyn til både fag og driftseffektivitet;
- endring av arealbehov i perioden frem mot 2035 som følge av overføring av Oslo-bydelene
-

4.2 VEIVALG

Valg av faglige satsingsområder og struktur for virksomheten peker ut retningen for den videre utviklingen av Akershus universitetssykehus.

Behovet for å skape gode, helhetlige pasientforløp og sterke fagmiljøer ligger til grunn for utforming av bygningsmessige tiltak.

Faglige satsingsområder

Det er fem områder som utpeker seg som særlig utfordrende frem mot 2035:

- Den eldre pasient
- Kreftdiagnostikk- og behandling
- Akutt og kritisk syke pasienter
- Psykisk helsevern og rusbehandling
- Barn og unge

For hvert av disse områdene er det etablert egne programmer for å planlegge og gjennomføre utviklingstiltak. Det er utarbeidet en delplan for hvert område som konkretiserer tiltak innenfor et fireårsperspektiv.

Den eldre pasient

Det er behov for å tilpasse tilbudet til den økende andel eldre i befolkningen. Det vil bli stadig flere pasienter med aldersrelaterte sykdommer som demens, alderspsykiatri, hjerte- og karsykdom, nyresvikt og kreft. Mange av disse vil ha kroniske og sammensatte tilstander som krever samarbeid mellom flere spesialiteter og yrkesgrupper. Aktiviteten må tilrettelegges slik at tilbudet til de eldre pasientene blir best mulig koordinert.

Det er behov for å tilpasse tilbudet til den økende andel eldre i befolkningen

Fordi disse pasientene ofte har behov for tett oppfølging også etter utskrivning, vil det være særlig viktig å ha gode rutiner og systemer for samhandling med kommunene. En del eldre pasienter vil ha behov for tjenester fra både kommunen og sykehuset.

Det er i tråd med utviklingsplanens mål etablert et program for den eldre pasient, med sikte på å møte disse utfordringene. Prosjektene som er igangsatt favner bredt. For pasienter som må på sykehus, er det etablert tilpassede forløp for noen grupper av eldre pasienter. Et eksempel på dette er tilbud om ortogeriatrici til hoftebruddpasienter og tettere oppfølging av pasienter med kognitiv svikt. Videre er det tett samarbeid med kommunene om å lykkes med integrerte helsetjenester til sårbare pasienter med sammensatte behov, samt digital hjemmeoppfølging av pasienter med kronisk sykdom.

For å lykkes med satsingen på den eldre pasient må utvikles behandlingsforløp som er tilpasset pasientenes sykdomsbilde, helsekompetanse og mestringsevne. Dette krever stor grad av samarbeid på tvers av fag og yrkesgrupper, og med kommunehelsetjenesten. Felles målsetninger vil være avgjørende for å kunne utvikle nye måter å tilby tjenester på og bruk av teknologiske verktøy.

Samordning av kompetanse og tverrfaglige tjenester vil bidra til å gjøre tjenestene bedre og mer effektive, og legge til rette for integrert forskning, utvikling og innovasjon. Samtidig må pasientens egne ressurser tas i bruk for å kunne ta ansvar for eget liv og sin sykdom.

Kreftdiagnostikk og -behandling

Kreftpasienter er en annen gruppe som vil kreve stor oppmerksomhet i årene som kommer. En stor økning i kreftforekomst og nye former for kreftbehandling vil kreve at utredning og behandling er på et høyt faglig nivå og i tråd med nasjonale handlingsprogrammer.

Den raske utviklingen innen fagfeltet skaper behov for en særskilt satsing på kreft som vil innebære en opptrapping til bedre og mer presis diagnostikk, et mer helhetlig behandlingstilbud, samt styrking av fagkompetanse og forskning.

En spesiell utfordring er knyttet til stråleterapi. I hovedstadsområdet er det i dag bare Oslo universitetssykehus som kan tilby dette, noe som skaper utfordrende overganger mellom sykehus og stort press på strålekapasiteten. Helse Sør-Øst har besluttet at en større del av strålebehandlingen skal desentraliseres, Akershus universitetssykehus er blant helseforetakene som skal etablere stråletilbud de neste årene. Realisering av et slikt tiltak vil ha stor betydning både for pasientforløpene og den faglige utviklingen av krefttilbudet.

Det er etablert et program også for kreftområdet, der en viktig målsetning er å skape helhetlige pasienttilbud og god koordinering av de ulike funksjonene knyttet til diagnostikk og behandling. Videre er det igangsatt eller planlagt flere prosjekter og satsinger som skal bidra til både økt kvalitet, og til å møte fremtidens utfordringer og muligheter innenfor kreftområdet. Blant annet er det etablert egne onkologiske senger for pasienter som har stort behov for spesialisert onkologisk oppfølging.

Det jobbes også aktivt med å få til god arbeidsflyt på tvers av organisatoriske enheter, og et faglig fellesskap om pasientforløpene. Prehabilitering er en særlig satsning på å forberede pasienter på en krevende behandlingsperiode. Dette har blitt et meget vellykket tiltak for gastrokirurgiske pasienter, og er egnet for videre utbredelse.

Akershus universitetssykehus er allerede et stort kreftsykehus, og diagnostiserer og behandler de fleste av kreftpasientene selv. Dette gjelder både voksne og barn med kreftsykdom. Imidlertid krever flere pasientforløp tett samarbeid med Oslo universitetssykehus. Videre er det behov for god koordinering med kommuner og fastleger, slik at pasientforløpene oppleves som helhetlige og effektive.

Akutt og kritisk syke pasienter

Som Norges største akuttstusykehus er det avgjørende for Akershus universitetssykehus at tilbudet til de akutt og kritisk syke pasientene fungerer godt og holder høy faglig kvalitet. For å skape et godt og helhetlig tilbud til de sykeste pasientene er det etablert et program for å koordinere utviklingstiltak. Det er avgjørende at tjenestene som tilbys, er helhetlige med riktig dimensjonering, og fungerer gjennom hele kjeden. Foretaket tar imot relativt få kritisk syke pasienter, men et stort volum akutt syke pasienter. Alle de kritisk syke pasientene behandles på Nordbyhagen, mens pasienter med akutte behov tas imot på Nordbyhagen og Kongsvinger. I tillegg er det etablert egne mottak knyttet til barne- og ungdomsklinikken og kvinneklinikken, samt en ortopedisk akuttpoliklinikk. Alle pasienter, også de elektive, trekker av de samme ressursene. Det er derfor viktig å løsnings som ivaretar pasienter og pårørende på en god måte, og at de ansatte opplever mestring i arbeidshverdagen.

Befolkningsveksten legger et økt press på kapasiteten. Dermed har det blitt anstrengt drift for en rekke kritiske funksjoner, som akuttmottak, sentraloperasjon, intensiv, overvåkning og anestesi. Med stadig flere samtidighetsutfordringer knyttet til elektiv og øyeblikkelig hjelp-behandling er det viktig å lykkes med en helhetlig tilnærming til planlegging av kapasiteten. Særlig på overvåknings- og intensivområdet er det krevende å benytte personal- og arealressursene optimalt. Blant annet er det nødvendig å få til et enda bedre samarbeid mellom divisjoner og klinikker som håndterer akutt og kritisk syke pasienter.

En annen sentral utfordring er å få tilstrekkelig flyt i akuttmottaket og rask avklaring av pasientenes tilstand, slik at de kommer videre til nødvendige tilleggsundersøkelser og behandling. Samarbeidet med sengeområdene er spesielt viktig for å gi pasientene den oppfølgingen de har behov for og å unngå lange opphold i akuttmottaket.

Gjennom koronapandemien fikk helseforetaket virkelig testet evnen til å mobilisere raskt og holde høy beredskap over lengre tid. Denne perioden understreket betydningen av et godt planverk, samarbeid på tvers og tydelige beslutningslinjer. Pandemien tydeliggjorde også at det er nødvendig å sørge for at beredskapen er rett dimensjonert. Særlig gjelder dette intensivområdet, der det i flere år har vært mangel på spesialiserte leiere.

Samarbeidet med sengeområdene er spesielt viktig for å gi pasientene den oppfølgingen de har behov for og å unngå lange opphold i akuttmottaket



Det er satt i gang omfattende arbeid med å finne gode løsninger for pasientbehandlingen, herunder god utnyttelse av operasjonskapasiteten, styrking av akuttmottaket, og styrking av anestestjenestene. Videre er det etablert trombektomitilbud for slagpasienter og invasiv kardiologi. I planperioden er det nødvendig å jobbe videre med å oppnå helhetlige tilbud, god pasientflyt og tilstrekkelig kapasitet. Kompetanse og bemanning bør være særlige innsatsområder.

Psykisk helsevern og rusbehandling

Nasjonal helse- og sykehusplan peker på betydningen av å styrke psykisk helsevern og rusbehandling. Innen disse fagområdene er pasientene spesielt sårbare. Det er derfor svært viktig at det gis gode, individtilpassede tilbud, og at de følges opp med gode kommunale tilbud.

Akuttpsykiatrisk avdeling har en økning i antall innleggelser som er høyere enn den årlige veksten i befolkningen skulle tilsi. Dette utfordrer hele den akuttpsykiatriske behandlingskjeden. For å redusere kapasitetsutfordringen er det behov for tett samarbeid mellom sykehus, kommuner, fastlege og prehospitale tjenester.

Koordinering av lokalbaserte og sykehusbaserte tjenester vil være viktig for disse pasientene, men også for pasienter med langvarig sykdom eller vekslende behov. Det skal legges til rette for at individuelle erfaringer

blir brukt i behandlingen, og at pasienten inviteres til å ta ansvar for egen bedring gjennom samvalg. Tilsvarende som innen kreftbehandling er det etablert pakkeforløp i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Pakkeforløpene skal skape gode forløp med tilstrekkelig progresjon, og forutsigbarhet for pasienten. Som del av forberedelsene til innflytting i nytt bygg er det igangsatt en organisasjonsutviklingsprosess.

Barn og unge

I tråd med føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan inkluderes barn og unge som et tematisk satsningsområde for Akershus universitetssykehus. Pasienttilbudet til barn og ungdom er allerede i dag organisert tematisk. Barne- og ungdomsklinikken har lokal- og områdeansvar for det somatiske tilbudet til barn opp til 18 år, og skal sørge for et trygt akuttilbud og elektive tjenester ved poliklinikk, dagbehandling og habilitering.

Som universitetsklinikk skal den også bidra i utdanning av helsepersonell og drive egen forskning. Tilbudet innen psykisk helsevern er i hovedsak samlet i divisjon for psykisk helsevern, men det er også etablert en avdeling for barn og unges psykiske helse i barne- og ungdomsklinikken. Det er tett samarbeid mellom disse fagmiljøene.

Med denne organiseringen samles diagnostikk og behandling rundt pasienten, slik at det kan gis et helhetlig tverrfaglig tilbud til nyfødte, barn og ungdom. Barnesentermodellen er anbefalt av Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Norsk barnelegeforening. Tilnærmingen bidrar til bedre pasientsikkerhet og ressursutnyttelse, samtidig som den legger til rette for forskning og kompetanseutvikling på tvers av spesialiteter og yrkesgrupper. Ambisjoner og innsatsområder fremover skal styrke og videreutvikle sentermodellen.

Senere års endring i sykdomspanorama innebærer økt andel av barn med kronisk somatisk sykdom, alvorlig somatisk sykdom og stressrelaterte psykosomatiske tilstander. Barn og ungdom skal i størst mulig grad behandles utenfor sykehus, og utviklingen går i retning av mer poliklinikk, dagbehandling og hjemmesykehus.

Samtidig vil flere av de som legges inn ha alvorlig sykdom og stort behov for overvåking og tverrfaglig tilnærming. Mange fødsler gjør at nyfødtintensiv må bevare og videreutvikle sin beredskap og omsorg for syke nyfødte. Den medisinske utviklingen gjør det mulig å redde flere barn, og noen vil måtte følges i et livsløp. Det er økende behov for at spesialisthelsetjenesten har personell med spisskompetanse innen pедиатriske sykdommer. Samtidig er det viktig å få til et godt samarbeid med andre sykehus, hjem og kommune. Videre bør det være en ambisjon å integrere klinikk og forskning i større grad enn tidligere, og gjennomføre flere legemiddelstudier tilpasset barn og unge.

Struktur for virksomheten

Arbeidet med kapasitet og kapasitetsutnyttelse har vist at godt planlagte opphold gir mest effektive pasientforløp.

Det er økende behov for samarbeid på tvers av yrkesgrupper, fag og spesialiteter, slik at pasientene får mest mulig helhetlig oppfølging. Dette er positivt både for pasienter og fagmiljøer. Et sentralt spørsmål vil være hvordan de gode forløpene skapes, og hvem som må samarbeide nært for å realisere dem.

Tematisk organisering av pasienttilbudene

Både medisinsk og pasientopplevd kvalitet henger nøye sammen med de gode pasientforløpene. Ved å planlegge godt, se den enkelte pasient og følge med på hvordan tilstanden er, vil det bli tryggere å være pasient. Et viktig grep vil være å orientere aktiviteten om pasienten.

Det må legges til rette for samarbeid mellom helsepersonell på tvers av spesialiteter, yrkesgrupper og behandlingsnivåer, slik at det skapes gode og effektive behandlingsforløp. Dette kan gjøre ved å peke ut tematiske satsningsområder, der fagpersoner og funksjoner samles om pasientforløpene. Primært vil det dreie seg om en måte å jobbe på, og ikke nødvendigvis medføre endret organisering. Rammer og samarbeidsformer vil utredes nærmere for hvert aktuelle behandlingsområde.

For pasienten vil det bli færre tjenesteytere å henvende seg til. Det bør være personalet, og ikke pasienten, som må sørge for en best mulig helhet i pasienttilbudet. Dette vil gi bedre pasientsikkerhet, tverrfaglig ressursutnyttelse og kompetanseutvikling. I kommende periode vil Akershus universitetssykehus jobbe

videre med den tematiske tilnærmingen innenfor de fem faglige satsningsområdene. Erfaringene som høstes fra disse prosessene vil være nyttige for den videre utviklingen av virksomheten, og legge grunnlag for etablering av nye tematiske satsninger.

Det er økende behov for samarbeid på tvers av yrkesgrupper, fag og spesialiteter, slik at pasientene får mest mulig helhetlig oppfølging.

Teknologisk utvikling

Teknologiske løsninger skal bidra til at sykehuset kan videreutvikle og forbedre pasienttilbudene. Teknologi vil være et sentralt virkemiddel for å møte et økt behov for spesialisthelsetjeneste, og vil skape nye muligheter både for pasienter, ansatte og organisering av virksomheten.

Utviklingen i folketallet, alderssammensetningen i befolkningen, endringer i sykdomsbildet og innbyggernes forventninger til kvalitet og standard vil få stor betydning for planleggingen av fremtidens sykehus.

Mange pasienter vil kunne behandles og følges opp i sitt eget hjem. Teknologiske verktøy kan bedre tilrettelegge for helhetlige pasientforløp på tvers av sykehus og omsorgsnivåer. Ny kunnskap og teknologi vil også kunne bidra til å styrke pasientsikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen. Akershus universitetssykehus skal holde seg oppdatert på fremtidens teknologi, og skal ta i bruk nye løsninger inn i pasientbehandlingen på en strukturert og planmessig måte.

For å oppnå størst mulig gevinst for pasienter og ansatte, må det legges gode planer for å tilpasse driften til en ny hverdag, tråd med konkrete målsetninger for pasientbehandlingen

Teknologi kan bidra til å gjøre arbeidshverdagen enklere for de ansatte, knyttet til til de mange viktige daglige beslutninger i forbindelse med utredning og behandling av pasienter, med avanserte kliniske prosedyrer som krever stor grad av ferdighet. De ansatte har behov for verktøy som er lett tilgjengelige, og som kan gi dem større trygghet i utførelsen av sine oppgaver. Ved hjelp av teknologi kan de ansatte få bedre grunnlag for å fatte kliniske beslutninger, eller raskt friske opp kunnskapen om praktiske prosedyrer. Uttrekk av data kunne underlette ledelsesbeslutninger knyttet til styring av virksomheten, slik at det legges til rette for forsvarlig drift og trygge rammer for det kliniske arbeidet.

Det er et regionalt mål at klinisk personell skal bruke mest mulig tid i pasientnært arbeid. Økt mobilitet vil være avgjørende for å få til dette. I dag bruker de ansatte tid borte fra pasienten for å dokumentere i pasientjournal og koordinere arbeidet med andre som er involvert i pasientbehandlingen. For å kunne gi pasienten best mulig og effektiv behandling må det legges til rette for den i større grad kan foregå der pasienten er; enten det er i hjemmet eller i sykehussengen. Bedre mulighet for å arbeide utenfor sykehuset, for eksempel fra hjemmekontor, vil også gi ansatte økt fleksibilitet og bedre forutsetninger for å gjøre oppgavene effektivt. Et eksempel er hjemmegranskning innen bildediagnostikk, som gir større tilgjengelighet til radiologisk bakvakt.

Modernisering av pasientbehandlingen er nødvendig for å dekke det økende behovet for spesialisthelsetjenester. Både økonomiske rammer og tilgangen til helsepersonell setter begrensninger for videre vekst med dagens driftsmodell. Akershus universitetssykehus må finne nye måter å tilby pasientbehandling på. En del pasienter kan følges opp i hjemmet. Med dette kan de få en enklere hverdag og mer tid til jobb eller fritidsaktiviteter. Samtidig blir sykehuset avlastet ved at færre behandlinger krever oppmøte.

Med mer spesialisering innen de medisinske fagene skapes et behov for å samarbeide mer på tvers av fagområder og mellom sykehus. Bruk av teknologi kan legge til rette for informasjonsutveksling og samarbeid uten fysiske møter. Virtuelle nettverksløsninger kan også bidra til mer likeverdig behandling på tvers av geografiske områder, fordi flere kan få tilgang til spesialistkompetanse på en effektiv måte.

Befolkningen har en forventning om bedre tilgjengelighet til helsetjenestene og enklere kommunikasjon med helsepersonell. Digitale verktøy tilbys nå på mange tjenesteområder i samfunnet, og for pasienter og pårørende er det naturlig at dette også skal gjelde spesialisthelsetjenesten.

For å skape gode pasientforløp, er det behov for et enda tettere samarbeid med andre sykehus og omsorgsnivåer. Noen pasienter har også behov for at behandlingen koordineres med andre samfunnsfunksjoner, for eksempel barnehage, skole og NAV. Dette kan gjøres mer effektivt og sikkert med tilrettelagte teknologiske løsninger.

Personell

Riktig sammensetning av personell og kompetanse bidrar til å skape gode helsetjenester til pasienter, pårørende og brukere. Opplevd kompetanse og kvalitet skjer gjennom dyktige medarbeidere. Å videreutvikle, beholde og tiltrekke seg kompetente medarbeidere er derfor sentralt. Det vil bli utarbeidet et planverk hvor kompetansebehov- og sammensetning på kort og lang sikt defineres og konkretiseres.

Arbeidet med planer og tiltak innenfor kompetanse, utdanning og rekruttering skal foregå i tett samspill med relevante fagmiljøer, og involvere ansatte, tillitsvalgte, verneombud og brukere. Samarbeidet med kommuner, utdanningsinstitusjoner, forskning og innovasjonsmiljøer er et sentralt element i arbeidet med å vurdere kompetansebehov fremover.

Det er viktig å kartlegge bemanningsbehov som skapes av tiltak knyttet til virksomhetsutviklingen, nye kompetansebehov, jobbglidning og arbeidsdeling mellom ulike faggrupper blir viktige faktorer.. Det er i dag mangel på flere sentrale kompetansegrupper som spesialsykepleiere, eksempelvis intensivsykepleiere og jordmødre. I takt med et økende behov for helsetjenester kan det også bli en generell mangel på sykepleiere. Det er også krevende å rekruttere innenfor flere av legespesialitetene. Kongsvinger sykehus har en særskilt rekrutteringsutfordring. Samtidig vil det være behov for en gjennomgang av om det er kompetanse foretaket i mindre grad trenger.

Det er nødvendig å jobbe helhetlig for å imøtekomme behovet for personell innenfor alle fag- og behandlingsområder, og på alle behandlingssteder på kort og lengre sikt. Målet er å gjøre Akershus universitetssykehus til en attraktiv arbeidsplass, både for nåværende og fremtidige ansatte. Her vil rekrutteringsstrategier og planer for å beholde medarbeidere være sentrale elementer.

Integrasjon av forskning og klinikk

Ny kunnskap skal komme pasientene til gode fra et tidlig tidspunkt. Implementering av ny fagkunnskap og metodikk i den kliniske virksomheten er en viktig oppgave. Pasientene bør i størst mulig grad få tilbud om å delta i kliniske studier for å få tilgang til nye legemidler og behandlingsmetoder.

Det er viktig at en kontinuerlig utvikling bidrar til å redusere avstanden mellom forskningen og den praktiske pasientbehandlingen. Det vil være spesielt viktig å styrke tilbudet knyttet til sykdommer som rammer mange pasienter, og der fagkompetansen er på et særlig høyt nivå. På denne måten kan fag og forskning løftes på sentrale behandlingsområder. Et sentralt område er persontilpasset medisin, der tett samarbeid mellom forskningsmiljøer, diagnostiske enheter og klinikk er avgjørende for gi optimal behandling.

Vurderinger knyttet til bygningsmessige tiltak

Faglige prioriteringer, samt behov for sengeplasser og kontorlokaler er sentrale faktorer i utarbeidelsen av forslag om bygningsmessige tiltak.

Bygg for kreft og somatikk

Helse Sør-Øst har vedtatt at det skal etableres en stråleenhet ved Akershus universitetssykehus. På grunn av de strenge kravene som stilles til skjerming av høyvolt strålemaskiner, vil det ikke være mulig å realisere et strålesenter uten nybygg med spesialbygde strålebunkere. Videre er det en målsetning å samlokalisere funksjoner og fagmiljøer som har tett samarbeid i pasientforløpene.

Helseforetaket har behov for kapasitetsutvidelse innen den somatiske virksomheten. Det er en klar målsetning at foretaket skal ha kapasitet til å ta seg av lokal- og områdesykehusbehovene til pasienter fra eget opptaksområde. Det vil derfor bli behov for en utvidelse av den somatiske kapasiteten på Nordbyhagen, i tillegg til at arealene på Kongsvinger sykehus må utnyttes så godt som mulig.

Driftsforbedringer, omlegging av døgnbehandling til dag- og polikliniske tilbud samt bruk av teknologi vil kunne redusere sengebehovet noe, men samtidig kreve noe arealutvidelse for dagbehandling og poliklinikk. Nye arbeidsprosesser vil også kreve andre arealer, for eksempel til videokonsultasjon. Omdisponering av sykehusarealer som i dag ikke brukes til pasientbehandling, vil på tilsvarende måte kunne øke

sengekapasiteten noe, samtidig som det vil bli behov for å finne nye løsninger for kontorer, personalrom og andre funksjoner.

Selv med maksimal utnyttelse av dagens areal, vil det være vanskelig å møte fremtidige behov uten en kapasitetsutvidelse. Dette omfatter både senger, poliklinikker, dagbehandling, diagnostikk og operasjonsstuer. Et nytt kreft- og somatikkbygg er derfor under planlegging, og har kommet til konseptfasen.

Bygg for psykisk helsevern

For å opprettholde faglig kvalitet, sikkerhet og driftseffektivitet vil det være nødvendig å samle sykehusbasert psykisk helsevern. Et nytt bygg på Nordbyhagen er under planlegging, og har kommet til forprosjektfasen. Det nye bygget vil være sentralt for videreutviklingen av behandlingstilbud og fagmiljøer.

Hensiktsmessige lokaler til administrative funksjoner

Et nytt bygg for administrative funksjoner er under planlegging. Med nye lokaler vil det kunne planlegges for en effektiv og moderne kontorløsning med tilstrekkelig antall plasser. Samtidig vil det være mulig å frigjøre arealer til pasientbehandling; enten gjennom gjenbruk av tomteareal etter riving av midlertidige bygg, eller ved omdisponering av rom i faste bygg.

Kontorer og møterom finnes i dag flere steder; både i faste og midlertidige bygg. Noen av disse er i dårlig stand. For enkelte av byggene foreligger kun midlertidig brukstillatelse, og de har for lengst nådd sin forventede levetid. Det er derfor behov for nybygg for kontorfunksjoner.

Forhold som påvirker kapasitetsbehovet

Det er vedtatt at bydelene Alna, Grorud og Stovner i Oslo skal overføres fra til Oslo sykehusområde. For psykisk helsevern og rusbehandling skal bydelene utfases samtidig i 2031. For somatikk vil Alna fases ut først i 2031 og de øvrige i 2036. Det er fortsatt usikkerhet knyttet til overføringstidspunktene, og det vil i løpet av 2022 startes opp et regionalt prosjekt for å vurdere mulighetene for en tidligere overføring av bydelene.. Dette påvirker behovet for midlertidig utvidet kapasitet for å dekke behovet for hele opptaksområdet i en mellomfase, samt økonomiske forutsetninger for å investere i nye bygg.

4.3 RISIKO- OG MULIGHETSANALYSE

Bærekraftig økonomi er en forutsetning for gjennomføring av planlagte utviklingstiltak.

Svak økonomi vil øke risiko for at tiltak skyves frem i tid, slik at den faglige gevinsten først kan realiseres om mange år. Det er nødvendig at utvikling av virksomhet og areal gjennomføres innenfor rammen av foretakets økonomiske handlingsrom. Planlegging og prioritering må derfor henge sammen med økonomiske budsjett- og planprosesser.

Endringene i opptaksområdets størrelse må ledsages av driftsmessige omstillinger for å sikre at helseforetaket til enhver tid har et kapasitetsnivå som samsvarer med innbyggertall og økonomisk ramme. For å kunne tilby befolkningen god pasientbehandling, er det viktig å planlegge overføringene på en god måte.

Vurdering av gjennomføringsevne for planelementene

Valg	Hva krever det?	Vurdering av gjennomføringsevne
Faglige satsingsområder	Kompetanse, samarbeid på tvers, faglig prioritering	Kan gjennomføres innenfor dagens økonomiske rammer
Strukturell tilnærming	Planlegging av pasientforløp, samhandling på tvers og samarbeidspartnere, møteplasser	Kan gjennomføres innenfor dagens økonomiske rammer
Endringer i opptaksområdet	Omstilling av virksomheten til vekselvis høyere og lavere nivå i takt med utfasing av Oslobydelene	Vil få betydelig negativ påvirkning på økonomien
Kreft- og somatikkbygg	Nytt bygg på Nordbyhagen Erstatningsbygg for administrativt areal	Krever økonomisk overskudd til egenkapital og opptak av lån
Bygg for sykehusbasert psykisk helsevern	Nytt bygg på Nordbyhagen	Krever økonomisk overskudd til egenkapital og opptak av lån
Hensiktsmessige lokaler til administrative funksjoner	Nytt bygg på Nordbyhagen	Krever økonomisk overskudd til egenkapital

4.4 KRITERIER FOR VALG

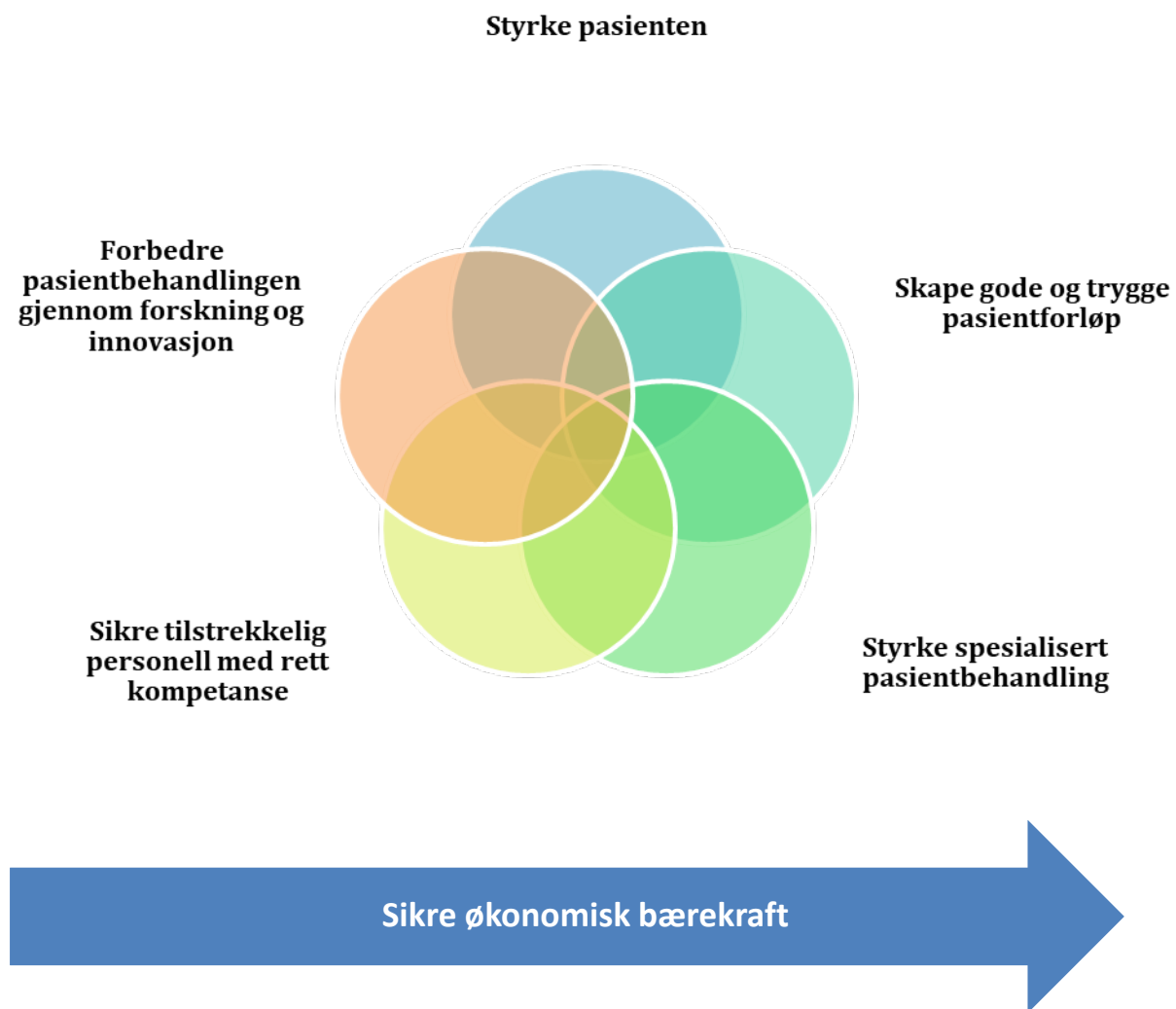
Valg som gjøres for utviklingen av Akershus universitetssykehus skal bidra til den beste helhetsløsningen innen Helse Sør-Øst hva gjelder kapasitetsutnyttelse og oppgavedeling.

Videre utvikling av fag og økonomi må vektlegges. Arbeidet skal understøtte visjonen «menneskelig nær – faglig sterk». Det innebærer at pasientens beste skal ligge til grunn, og at helseforetaket skal ligge langt fremme i utviklingen av fag, forskning og teknologi.

Utviklingen av arealene skal være et resultat av valg knyttet til utvikling av virksomheten. Driftsforbedringer og effektivisering innenfor eksisterende areal er en kontinuerlig prosess som vil pågå gjennom hele planperioden. Mer kostnadskrevenne tiltak må prioriteres på bakgrunn av fag og økonomi.

5 Mål

Akershus universitetssykehus skal møte utfordringene frem mot 2035 ved hjelp av fem strategiske hovedmål.



I STYRKE PASIENTEN

Utviklingen av Akershus universitetssykehus skal ta utgangs- punkt i pasientenes behov. Pasient og helsepersonell skal være likeverdige samarbeidspartnere.

Det er viktig at pasientene får reell mulighet til å påvirke beslutninger knyttet til egen utredning og behandling. Brukernes kunnskap og erfaringer gir også et viktig grunnlag for den videre utviklingen av pasienttilbudene.

II SKAPE GODE OG TRYGGE PASIENTFORLØP

Det skal tilbys gode pasientforløp av høy faglig kvalitet, og som er tilpasset befolkningens behov.

Systematisk forbedringsarbeid skal sikre pasientene trygg og kvalitetsmessig god helsehjelp. Helseforetaket skal samarbeide tett med andre deler av helsetjenesten for å sikre at pasientene får god oppfølging ved overgang til andre helsetilbud.

III STYRKE SPESIALISERT BEHANDLING

Tilbud om diagnostikk og behandling skal samles rundt pasienten, og behandlingsforløpet skal oppleves sammenhengende. Det skal gis et helhetlig tilbud til store pasientgrupper. Videre skal tilbudet til pasientgrupper der forløpet er særlig tidskritisk være godt koordinert. Områdefunksjonene skal styrkes og utvides gjennom tilrettelegging av eksisterende tilbud og etablering av nye spesialiserte funksjoner.

Fagmiljøene skal være tidlig ute med å ta i bruk ny kunnskap både innenfor medisin og teknologi. Digital hjemmeoppfølging skal tilbys i økende grad til pasientene, som del av et helhetlig pasienttilbud. Tilbudet innen diagnostikk skal styrkes både faglig og teknisk, og avansert medisinsk-teknisk utstyr skal tas i bruk for pasienter som trenger det.

IV SIKRE TILSTREKKELIG PERSONELL MED RETT KOMPETANSE

Akershus universitetssykehus skal bidra til at det utdannes helsearbeidere som kan fylle samfunnets fremtidige behov, samtidig som det sikrer egen virksomhet nok personell med riktig kompetanse. Det skal legges vekt på å rekruttere, utdanne og beholde personell.

V FORBEDRE PASIENTBEHANDLINGEN GJENNOM FORSKNING OG INNOVASJON

Pasientbehandling, forskning, utdanning og innovasjon er gjensidig kvalitetshevende og skal være tett integrert. Forskingen skal være klinikknær og særlig orientert mot store pasientforløp. Det skal drives forskning og innovasjon innen hele bredden av virksomheten, samtidig som det blir satset strategisk innen utvalgte områder.

6 Delmål

6.1 STYRKE PASIENTEN

Utviklingen av Akershus universitetssykehus skal ta utgangspunkt i pasientenes behov.

Det er viktig at pasientene får reell mulighet til å påvirke beslutninger knyttet til egen utredning og behandling.

Informere

Pasientene skal få god informasjon tilpasset deres nivå av helsekompetanse, slik at de kan delta aktivt i eget behandlingsforløp. Særlig vil det være viktig å sørge for at pasienter med språklige utfordringer får hjelp til å forstå og til selv å bli forstått i samtale med helsepersonell.

Det skal jobbes aktivt med pasientundervisning og kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient. Informasjonssk til pasientene skal være enhetlige, forståelige og dekkende for pasientens behov for informasjon. For å sikre en god beslutningsprosess der pasienten får delta i samvalg, skal det informeres godt om behandlingsoalternativer.

Over 1500 kvalitetssikrede behandlingstekster utgjør en felles nasjonal base for pasientinformasjon på spesialisthelsetjenestens felles nettløsning. Denne pasientinformasjonen gir klinikere gode muligheter til å nå pasientene med viktig informasjon om hva som skjer før, under og etter behandling. Målet er å tilby god og kvalitetssikret informasjon der pasientene er og når de trenger det.

Behandlingstekstene utvikles lokalt ved de ulike helseforetakene og finnes på et fellesområde som kan brukes av alle helseforetak. Helseforetakene er oppfordret til øke sin bruk av felles behandlingstekster, bidra til økt kvalitet i eksisterende felles tekster og til produksjon av nye. Ahus vil framover systematisere arbeidet for å bli bedre på å lage, kvalitetssikre og bruke felles pasientinformasjon.

Det skal legges til rette for bruk av telemedisinske løsninger i kommunikasjon med pasienter hjemme, til bruk ved konsultasjoner der det ikke er nødvendig med personlig oppmøte. En slik utvikling forutsetter etablering av en sikker og praktisk kommunikasjonsløsning.

Involvere

Brukerne skal tas med på råd, og forslag fra brukerne skal tas med i arbeidet med å bedre pasientsikkerhet, kvalitet og brukeropplevelse ved Akershus universitetssykehus.

Ikke minst skal brukerne få økt innflytelse på egne behandlingsforløp gjennom aktiv deltakelse og drøfting med behandlerne. Bruken av samvalgsverktøy skal økes der dette er tilgjengelig. Det skal etableres flere brukertilpassede behandlingstilbud, særlig for barn og ungdom, for å gi en best mulig pasientopplevelse.

Akershus universitetssykehus skal videreutvikle samarbeidet med brukerne, blant annet gjennom å ta i bruk elektroniske brukerundersøkelser. Pasienter og pårørende er en viktig drivkraft for fornying og forbedring. Det er ønskelig med brukermedvirkning også i forskning, blant annet for å komme frem til klinisk relevante forskningsspørsmål.

Brukerutvalget er en sentral medspiller, og det er viktig at brukerne blir tatt med i større og mindre prosesser. Akershus universitetssykehus har også god erfaring med å involvere unge brukere, noe som skal fortsette. Det skal også gjennomføres jevnlig brukerundersøkelser til bruk i forbedringsarbeidet.

Pasientene skal få god informasjon tilpasset deres nivå av helsekompetanse, slik at de kan delta aktivt i eget

behandlingsforløp.

Gi hjelp til å mestre

Fremtidens pasienter vil ha behov for veiledning og ulike former for mestringstiltak. Den medisinske utviklingen vil gi stadig flere mennesker mulighet til å leve videre med eller oppleve å bli friske av alvorlig sykdom.

Det er derfor nødvendig å videreutvikle dagens lærings- og mestringstilbud og etablere nye. Det kan blant annet være aktuelt å samarbeide med Kreftforeningen om å etablere et vardesenter for likemannsarbeid og andre mestringstiltak, med særlig oppmerksomhet rettet mot kreftpasienter med ikke-vestlig bakgrunn. Videre er det behov for å videreutvikle pasientskolen for alvorlige diagnoser, for å sikre at alle større pasientgrupper får tilstrekkelig informasjon og opplæring til å kunne mestre egen hverdag.

6.2 SKAPE GODE OG TRYGGE PASIENTFORLØP

Riktig pasientbehandling er den viktigste oppgaven for Akershus universitetssykehus.

Helseforetaket skal tilby gode pasientforløp som er tilpasset befolkningens behov. Systematisk forbedringsarbeid skal sikre pasientene trygg og god helsehjelp.

Tilpasning til pasientens behov

Planlegging og samarbeid på tvers av enheter og fagområder skal sikre forløp for hver enkelt pasient av høy kvalitet.

Pasientene skal oppleve å få god behandling, bli sett og hørt, og slippe unødig ventetid. Flaskehalser skal reduseres ved riktig dimensjonering av tilbudet og gode rutiner for kommunikasjon og logistikk.

Det skal gis tilbud som er tilpasset ulike pasientgruppers særskilte behov.

Kultur for forbedring

Alle enheter skal drive systematisk kvalitetsforbedring og utarbeide egne mål for kvalitet på pasientbehandlingen. Dette danner grunnlag for oppfølging av pasientene ved utredning, behandling og pleie. Økt oppmerksomhet rettet mot infeksjonssykdommer, medikamentresistens og smittevern vil også være avgjørende for god pasientsikkerhet.

Trygg behandling er en grunnleggende forutsetning for all utvikling av virksomheten. Det skal legges vekt på å ta i bruk medisinsk og helsefaglig kunnskap og nye teknologiske løsninger som gjør utredning, overvåkning og behandling tryggere.

Systematisk helse- miljø og sikkerhetsarbeid skal være en integrert del av kvalitetsarbeidet. Det er vist at dette vil øke pasientsikkerheten, samtidig som det vil forebygge skader og sykdom hos ansatte.

Trygg behandling er en grunnleggende forutsetning for all utvikling av virksomheten.





Samarbeid om pasienten på tvers av sykehus og omsorgsnivåer

Helsefellesskapet skal videreutvikles og styrkes. God samhandling gir et bedre pasienttilbud. Det er et mål at pasienter skal følges opp på riktig nivå. Dette krever god kommunikasjon og felles forståelse for ansvars- og oppgavedeling.

Samtidig skal det samarbeides tett om pasienter som har behov for tjenester både fra sykehus og kommune. Det skal særlig legges vekt på å utvikle mer forutsigbare pasientforløp for pasienter med stort og langvarig behov for tilbud i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Videre skal det gjennomføres tiltak for å gi alle pasienter en tryggere overgang fra sykehus til kommunale tilbud. Bruk av teknologi og nye måter å samarbeide på vil stå sentralt.

Akershus universitetssykehus skal veilede og dele sin kompetanse med kommunene, og legge til rette for gjensidig kunnskapsutveksling. Kommunehelsetjenesten har verdifull kjennskap til lokale forhold. Kompetansebroen er et felles verktøy for samhandling og kompetansedeling som vil videreutvikles i planperioden.

God samhandling skal også sikre kontinuitet i informasjonsflyten ved veksling mellom sykehus. Pasientene skal oppleve at de følges opp på en god måte, selv om behandlingen foregår flere steder.

Styrke habilitering og rehabilitering

Moderne forståelse av effektive helsetjenester viser at det er en sammenheng mellom akuttbehandling og rehabilitering. God akuttbehandling kjennetegnes av at man har fokus på funksjon og rehabilitering fra første dag.

Rehabilitering må derfor være en integrert del av pasientforløpet. Spesialisthelsetjenesten skal yte tjenester innen rehabilitering der det er behov for spisskompetanse eller spesialisering, tilstanden er kompleks, og det er behov for intensiv behandling.

For personer med behov for rehabilitering, er godt samarbeid mellom ulike aktører et nødvendig premiss for å lykkes i den enkeltes rehabiliteringsløp. Det er derfor etablert egne samarbeidsavtaler med kommunene om koordinerte tjenester, der rehabilitering står sentralt. Det er også et godt samarbeid med Sunnaas sykehus. Videre bruker Akershus universitetssykehus de private institusjonsplassene til pasienter med rehabiliteringsbehov aktivt. Disse institusjonene er representert i ReHabiliteringsnettverket ved foretaket. Dette samarbeidet skal styrkes og videreutvikles.

Habiliteringstilbudet skal gis i tett samarbeid med fastlege og kommunale tjenesteytere. Pasienter og pårørende skal få nødvendig oppfølging gjennom barndom, ungdomstid og voksenliv. Særlige satsingsområder er tilbudet til barn og unge med ervervet hjerneskade, autismspekterforstyrrelser og tidlig intensiv habilitering. Innen habilitering for voksne skal det utredes hvordan et helhetlig behandlingstilbud til pasienter med moderat til dyp utviklingshemming, autisme, atferdsproblematikk og psykiske tilleggs lidelser kan etableres.

6.3 STYRKE SPESIALISERT BEHANDLING

Spesialiserte tilbud skal styrkes og utvides innenfor et helhetlig tilbud til pasientene.

Sykehuset skal være tidlig ute med å ta i bruk ny kunnskap både innen medisin og teknologi.

Skape helhetlige pasienttilbud

For å gi økt kvalitet og sammenheng i pasientbehandlingen, og samtidig redusere ventetid som følge av delte forløp, skal Akershus universitetssykehus ha et helhetlig tilbud til store pasientgrupper. Videre skal tilbudet til pasientgrupper der forløpet er særlig tidskritisk være godt koordinert. Simulering og ferdighetstrening vil stå sentralt i arbeidet med å etablere gode team. Samarbeid på tvers av enhetene vil være av stor betydning for å gi rett behandling og en god pasientopplevelse.

Det skal legges vekt på god arbeidsflyt i akuttmottak og avklaringsenheter og et tett samarbeid med fagmiljøene i sykehuset, slik at pasientene ikke opplever unødig ventetid. Fellesfunksjoner som operasjon, anestesi og diagnostikk skal være tilstrekkelig dimensjonert og ha god logistikk. Arbeidet med

driftsforbedring, kapasitetsplanlegging og beredskap skal videreføres.

Samarbeid på tvers av enhetene vil være av stor betydning for å gi rett behandling og en god pasientopplevelse



Ta i bruk ny kunnskap og teknologi

Pasientene skal kjenne seg ivaretatt av kompetent helsepersonell som har hensiktsmessige verktøy for diagnostikk, behandling og kommunikasjon. Ny kunnskap, teknologi og metodikk skal tas i bruk og evalueres. Dette vil være av avgjørende betydning for å kunne gi best mulige behandlingstilbud.

Diagnostiske tjenester er en stadig viktigere del av den medisinske utviklingen, og tilbudet skal derfor styrkes både faglig og teknisk. Dette skal bidra til bedre diagnostikk av sykdommer som er sentrale for pasientbehandlingen, blant annet gjennom referansefunksjoner og kompetansesentre. Medisinsk-teknisk utstyr som gir et bedre behandlingstilbud for viktige pasientgrupper skal tas i bruk.

Digital hjemmeoppfølging skal i økende grad tilbys pasientene, som del av et helhetlig pasienttilbud. Behandling og oppfølging i hjemmet skal ha like høy kvalitet som behandling på sykehus. Tilbudet være tilpasset pasientenes behov og funksjonsnivå, slik at det oppleves trygt å motta digitale tjenester. Helseforetaket vil samarbeide tett med kommuner, bydeler og andre helseforetak for å skape gode forløp, særlig for pasienter med kroniske og langvarige sykdomstilstander.

Det er nødvendig å etablere gode teknologiske løsninger for samhandling, slik at kommunikasjonen med og om enkeltpasienter og felles tjenester blir enklere. Videre er det nødvendig å sørge for at relevant informasjon er tilgjengelig når ny instans overtar behandlingsansvaret for pasienten. Det vil utredes hvordan helsefellesskapet kan samarbeide om teknologiske løsninger.

Modernisering av IKT og kliniske løsninger for helseforetakene i Helse Sør-Øst vil bidra til å styrke pasientsikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen. Akershus universitetssykehus skal bidra aktivt i de regionale prosessene og tilrettelegge for god implementering lokalt.

Styrke egendekning og elektive områdefunksjoner

Gode, helhetlige og effektive pasienttilbud skal gjøre det mer attraktivt å velge Akershus universitetssykehus. Pasientene skal tilbys spesialisert behandling som kan videreutvikle eksisterende tilbud. Helse Sør-Øst har igangsatt en utredning av hvordan ansvars- og oppgavedelingen skal være mellom Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus innen avansert hjertemedisin, der det også ses på mulige flerområdefunksjoner for Akershus universitetssykehus.

Sykehuset skal også arbeide med å etablere nye behandlingstilbud, slik at færre pasienter må reise til andre sykehus for å motta behandling. Forventet aktivitetsnivå og kompetansebehov skal brukes aktivt i planleggingen av det fremtidige pasienttilbudet. Det er gjort et innledende utredningsarbeid av nye fagområder ved foretaket, herunder en utvidelse av øye- og revmatilbud til Nordbyhagen (finnes kun ved Kongsvinger sykehus i dag) og et mulig tilbud innen hud. Det vil i 2022 i dialog med Helse Sør-Øst gjøres et videre arbeid med å avklare hvilke fagområder Akershus universitetssykehus bør ha frem mot 2035, herunder også en vurdering av hvilken egendekning helseforetaket bør ha innen fagområder som ortopedi og plastikk.

Økt egendekningsgrad innen spesialiserte behandlingstilbud vil ha positiv betydning for kompetanseoppbygging, omdømme og rekruttering, samtidig som det styrker universitetsfunksjonene og reduserer utfordringene knyttet til sesongvariasjon i aktivitetsnivået. Styrking av områdefunksjonene ved Akershus universitetssykehus vil kunne avlaste Oslo universitetssykehus, og skape tettere samarbeid om avansert behandling.

6.4 SIKRE TILSTREKKELIG PERSONELL MED RETT KOMPETANSE

Akershus universitetssykehus skal bidra til at det utdannes helsearbeidere som kan fylle samfunnets fremtidige behov.

Samtidig skal det sikre egen virksomhet personell med rett kompetanse. Det skal legges vekt på å rekruttere, utdanne og beholde nødvendig personell.

Bidra til utdanning av fremtidens helsepersonell

For å utvikle fremtidens helsetjeneste på best mulig måte, skal Akershus universitetssykehus være en god lærings- og praksisarena for eksterne elever, studenter og lærlinger.

Nye teknologiske plattformer for læring og veiledning, samt nye arbeidsformer skal tas i bruk. Det skal legges vekt på digitale læringsformer og simuleringstrening. Helseforetaket skal samarbeide tett med utdanningsinstitusjonene for å sikre helhet og sammenheng i utdanningene, og medvirke til at utdanningsinstitusjonenes studieplaner til enhver tid er i tråd med utviklingen innen pasientbehandling.

Kompetanseutvikling i samsvar med helseforetakets behov

De ansattes kompetanse skal utvikles i samsvar med behovet innen de ulike fagområdene og yrkesgruppene. Langsiktig og systematisk planlegging skal legges til grunn. Kompetanseutvikling skal være en del av en helhetlig satsing for å rekruttere, ivareta, utvikle og beholde personell. Den tradisjonelle fagprofesjonskompetansen vil ha en sentral plass også fremover. Sterke fagmiljøer og godt arbeidsmiljø bidrar til god pasientbehandling.

Høy fagspesifikk kompetanse legger grunnlag for innovasjon og utvikling av ny metodikk. Det skal derfor være en tydelig og sterk sammenheng mellom utdanning, forskning og innovasjon. Videre skal det stimuleres til etablering av solid tverrfaglig kompetanse for å møte behovet for nye arbeidsmetoder og sykdomsforståelse.

Lederutvikling skal vektlegges på alle nivåer. Det skal skapes en god lederkultur som støtter opp om helseforetakets mål og samfunnsoppdrag. God organisering og ledelse skal ivareta oppfølging og utvikling av de menneskelige ressursene.

6.5 FORBEDRE PASIENTBEHANDLINGEN GJENNOM FORSKNING OG INNOVASJON

Pasientbehandling, forskning, utdanning og innovasjon skal være tett integrert og bidra til gjensidig kvalitetsheving.

Det skal drives forskning innen hele bredden av sykehusets fagområder og innen utvalgte strategisk sentrale områder.

Øke forskningsaktiviteten

Forskningsaktiviteten skal økes både kvalitativt og kvantitativt. Ekstern finansiering skal utgjøre fundamentet i forskningen. Det skal legges vekt på godt forskningssamarbeid med Universitetet i Oslo, OsloMet og andre samarbeidspartnere nasjonalt og internasjonalt.

Infrastruktur for forskning skal gjennomgås og styrkes, blant annet gjennom å forenkle arbeidet med å inkludere pasienter i kliniske studier. UiOs og helseforetakets forskningsinfrastruktur skal i større grad enn tidligere ha felles utnyttelse. Etablering av arenaer for samarbeid på tvers av fag, spesialiteter og avdelinger skal også prioriteres.

Det skal legges til rette for samling av materiale fra klinisk virksomhet i biobanker, samt bruk av IT-applikasjoner til bred datainnhenting. Strategiske utstyrsinvesteringer bør planlegges slik at neste generasjons teknologi kan utnyttes best mulig.

Det skal arbeides for å stimulere flere av de ansatte til å få forskerkompetanse. For å styrke klinikknær forskningsaktivitet, skal forsknings- og innovasjonsaktivitet i større grad vektlegges ved rekruttering til

kliniske stillinger. Det er også et mål å etablere flere kombinerte stillinger innen helsefagene.

Videreutvikle de sterkeste forskningsmiljøene

Akershus universitetssykehus skal ha forskningsaktivitet på høyt internasjonalt nivå som understøtter utviklingen av prioriterte medisinske og helsefaglige satsningsområder.

Det skal støttes særskilt opp om noen fremragende forskningsgrupper. Akershus universitetssykehus skal være aktiv innen life science. Videreføring og styrking av biomedisinsk forskning og translasjonsforskning vil stå sentralt.

Forske til nytte for pasientene

For å øke kunnskapen om sykdommer som rammer mange pasienter, skal forskning langs store pasientforløp prioriteres.

Forskningen skal være en integrert del av virksomheten, slik at forskerne får et tilstrekkelig stort tilfang av sammenlignbare data, og pasientene kan få nytte godt av resultatene gjennom bedre behandling, pleie og omsorg. Det skal legges til rette for å inkludere flere pasienter i kliniske studier, og ny kunnskap skal tas i bruk i den kliniske virksomheten fra et tidlig tidspunkt.

Det vil være viktig å bygge opp robuste fagmiljøer der forskere med ulik fagbakgrunn kan møtes og skape gode prosjekter. Dette er særlig verdifullt for den klinikknære forskningen, der for eksempel sykepleiefaglige og medisinske tilnærminger kan utfylle hverandre.

Fremme innovasjon

For å yte god og effektiv helsehjelp er det avgjørende å ta del i den teknologiske utviklingen.

Det skal legges til rette for innovasjon gjennom styrket infrastruktur og intern strategisk finansiering. Innovasjon i helsevesenet skal også bidra til ny næringsvirksomhet. Det vil derfor rettes spesiell oppmerksomhet mot innovasjon med kommersielt potensial.

Forskningsdrevet innovasjon og samarbeid om utvikling av bedre verktøy for diagnostikk og behandling skal tillegges vekt. Tjenesteinnovasjon skal inngå som en naturlig del av utviklings- og forbedringsarbeidet. Helseforetaket skal også samarbeide med eksterne aktører om utprøving av nye innovative verktøy med potensial for vesentlig nytte i klinikken.

6.6 TEMATISKE SATSNINGSOMRÅDER

Tilbud om diagnostikk og behandling skal samles rundt pasienten.

Den tematiske tilnærmingen handler om en arbeidsmetodikk der fagpersoner samarbeider på tvers av fagsøyler, spesialiteter og organisatoriske enheter for å gi et best mulig tilbud til pasienten. Dette skal bidra til å bedre pasientsikkerhet og ressursutnyttelse, samtidig som det vil legge til rette for faglig samarbeid, forskning og kompetanseutvikling for å løse noen av samfunnets største helseutfordringer. I planperioden er det valgt fem tematiske satsningsområder; den eldre pasient, akutt og kritisk syke pasienter, kreftdiagnostikk og -behandling, psykisk helsevern og rusbehandling, samt barn og unge. Innenfor de tematiske satsningsområdene vil det legges vekt på å jobbe helhetlig med å nå utviklingsplanens hovedmål.

Den eldre pasient

Aktivitetene skal tilrettelegges slik at behandlingstilbudet er best mulig tilpasset den eldre pasient. Dette vil innebære tettere samarbeid om fag, areal og pasientforløp

Eldre pasienter har ofte kroniske og sammensatte lidelser. Mange har behov for helsetjenester fra ulike sykehusavdelinger og fra kommunehelsetjenesten. Det må derfor legges til rette for behandlingsforløp tilpasset den enkelte.

I samarbeidet med kommuner og bydeler skal det utvikles nye måter å tilby helsetjenester på, og å ta i bruk ny teknologi. Akershus universitetssykehus skal initiere og aktivt delta i arbeidet med en helhetlig og sammenhengende helsetjeneste for eldre pasienter med sammensatte behov.

Tilpasning av behandlingstilbud, færre komplikasjoner, bedre behandlingsresultat, kortere liggetid og færre reinnleggelser er sentrale mål. Akershus universitetssykehus skal sikre tilstrekkelig personell med rett kompetanse til å ivareta eldre med sammensatte behov. Kunnskapsutvikling vil innebære økt fokus på pragmatisk forskning og implementering av ny kunnskap.

Gode forløp for akutt og kritisk syke pasienter

Akershus universitetssykehus har et spesielt ansvar for å utvikle gode forløp for de akutt og kritisk syke pasientene.

Tilbudet skal være riktig dimensjonert, og pasientene skal kjenne seg godt ivaretatt. Det skal være nødvendig handlingsrom for å yte akuttmedisinsk hjelp og riktig kompetanse rundt pasienten. Kapasiteten skal brukes dynamisk der det er størst behov.

Mottaket av pasientene er avgjørende for den videre behandlingen. Avklaringen av videre forløp skal være effektiv, slik at pasienten raskt kan få tilpasset oppfølging på sykehuset eller i kommunen. Samarbeid på tvers av enhetene vil være avgjørende for å gi rett behandling og sikre god pasientopplevelse.

Det skal være helhetlig planlegging av kapasitet og kompetanse knyttet til områder som intensiv, overvåkning og kirurgi. I planperioden vil det jobbes med å skape et felles målbilde for området og styrke samarbeidet på tvers av divisjoner og klinikker. Videre vil det være viktig å skape sterke fagmiljøer der forskning og kompetanseutvikling står sentralt.

Kreftdiagnostikk og -behandling

Gjennom gradvis utvikling og styrking av behandlingstilbudet for kreft, skal det skapes sammenhengende pasientforløp og en helhetlig kreftomsorg.

Etablering av strålebehandling vil bidra til å realisere denne målsetningen. Sykehus og kommuner skal samarbeide tett om pasientene og videreutvikle tjenesten i fellesskap. Det innebærer utvikling av konsepter for prehabilitering, pakkeforløp-hjem og bruk av teknologiske verktøy.

Det skal legges til rette for sterke fagmiljøer som jobber tett sammen. Dette vil være av stor betydning for å gi et pasienttilbud med høy faglig standard, samtidig som det vil gjøre helseforetaket mer attraktivt som arbeidsplass for dyktige fagfolk.

Kreftdiagnostikken skal styrkes gjennom økt kapasitet, etablering av ny metodikk, samt oppgradering og anskaffelse av utstyr. Arbeid med kvalitetsmål vil også stå sentralt. Forskning og kompetanseutvikling på kreftområdet skal være en integrert del av virksomheten. Et stort pasientgrunnlag gir gode muligheter for å etablere robuste biobanker, noe som kan bidra til å styrke det allerede aktive kreftforskningsmiljøet.

Gjennom gradvis utvikling og styrking av behandlingstilbudet for kreft, skal det skapes sammenhengende pasientforløp og en helhetlig kreftomsorg



Psykisk helsevern og rusbehandling

Det planlegges en tydeligere struktur innen psykiske helsetjenester der sykehusfunksjonene samles på Nordbyhagen, mens det lokale tilbudet gis ved DPS. Dette vil skape en bedre arbeidsfordeling mellom sykehuspsykiatrien og DPS-ene, og legge til rette for gode behandlingsforløp. Etablering av et helhetlig tilbud for sykehusbasert psykisk helsevern vil også bidra til skape et høykompetent og attraktivt fagmiljø, og styrke den kliniske forskningen.

Målet med psykiske helsetjenester og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Lokalbaserte tilbud skal være hjørnesteinen, slik at pasientene skal få et godt behandlingstilbud nærmest mulig der de bor.

Arbeidet med å skape gode behandlingsforløp og likeverdige tilbud videreføres gjennom etablering av

digitale verktøy, arenafleksible tilbud, ambulante tjenester, poliklinikk og andre dagtilbud. Økt bruk av tverrfaglige oppsøkende behandlingsteam skal gi tilgjengelige tjenester 24/7, nødvendig akutttilbud og tilgang til kompetanse for øvrige tjenesteytere. Det er også aktuelt å styrke arbeidsdelingen mellom de fire DPS-ene i foretaket for å sikre pasientene et høykompetent tilbud på lavest mulig omsorgsnivå.

Pasienter med sammensatte behov skal få kombinerte tilbud. Særlig gjelder dette pasienter som har kombinasjoner av psykisk lidelse og rusrelaterte problemer. Samarbeidet mellom somatikk og psykisk helsevern skal også styrkes. Videre vil det i samarbeid med kommunene arbeides for å koordinere tilbud på tvers av behandlingsnivåene.

Barn og unge skal få bedre oppfølging gjennom individtilpassede behandlingsforløp og utstrakt samarbeid med barnevernet og skolehelsetjenesten. Det er også viktig å få til smidige overganger for unge pasienter som fortsatt har behov for tilbud fra psykisk helsevern etter at de har fylt 18 år.

Barn og unge

Barne- og ungdomsklinikken har lokal- og områdeansvar for det somatiske tilbudet til barn opp til 18 år, og skal sørge for et trygt akutttilbud og elektive tjenester ved poliklinikk, dagbehandling og habilitering.

Barn og unge skal når det er mulig behandles utenfor sykehus. Avansert hjemmesykehus gir barna og deres familier mulighet til å leve et mest mulig normalt liv. Det er også tatt i bruk digitale verktøy, hovedsakelig til pasienter med nyoppdaget diabetes type 1. På sikt vil digitale verktøy også tas i bruk i poliklinisk behandling av barn og unge med andre kroniske lidelser, noe som muliggjør tett oppfølging og færre oppmøter på sykehuset.

Ungdom har særskilte behov og krever spesielle tilpasninger i møte med helsevesenet. Det planlegges derfor å videreutvikle konseptet ungdomsvennlig sykehus med helsetjenester tilpasset ungdom. Videre skal det jobbes med å forbedre og behandle psykiske plager hos barn, samt etablere tverrfaglige forløp for pasienter med sammensatte symptomlidelser.

Det kritisk syke barnet har behov for høyspesialisert kompetanse og tilrettelagte lokaler og utstyr. Oppbygning av en egen barneovervåkning inngår i en gradvis styrking av intensiv- og overvåkingskapasiteten på sykehuset. Det skal også jobbes videre mot fullverdig intensivbehandling til kritisk syke nyfødte. Videre planlegges det å forsterke det gode samarbeidet med Oslo universitetssykehus. Dette vil skape bedre helhet i pasientforløpene og styrke fagmiljøene.

Habiliteringstilbudet til barn og unge skal styrkes. Dette innebærer blant annet å styrke intensiv habilitering for barn med cerebral parese, og å utvikle fremtidsrettede modeller for tidlig innsats overfor små barn med autisme.

Forskningssatsningen knyttet til barn og ungdom har som mål å få bedre forståelse, diagnostikk og behandling av komplekse hverdagspediatriske problemstillinger. Forskningen skal spenne fra internasjonal toppforskning til lokalt kvalitetssikringsarbeid.

6.7 ØKONOMISK BÆREKRAFT

Økonomisk bærekraft er fundamentet for all aktivitet og videre utvikling.

Med årlige overskudd vil Akershus universitetssykehus ha et solid finansielt grunnlag til å realisere målsettingene i utviklingsplanen, og vedlikeholde og videreutvikle eksisterende bygg og utstyrspark. Investeringsvnen kan økes gjennom resultatforbedringer i den løpende driften.

Økonomiforståelse og -motivasjon på alle ledernivåer

Kulturen for å tenke på økonomi som en integrert del av virksomheten skal videreutvikles på alle nivåer. Ledere må i større grad enn tidligere legge vekt på oppfølging og resultatsikring. Det er utviklet en modell som måler foretakets kostnader per pasient (KPP), som kan vise trender over tid og variasjon mellom enkeltpasienter som får samme behandling. Bruk av denne modellen som styringsverktøy vil kunne bidra til økt forståelse av sammenhengen mellom medisinsk behandling og økonomiske effekter. Dette kan gi større grad av treffsikkerhet ved valg av forbedringstiltak.

Kontinuerlig og systematisk kostnadsforbedring

Det er behov for økt oppmerksomhet og kunnskap om økonomistyring gjennom hele organisasjonen. Løsninger som velges skal være gode, uten å være unødig fordyrende. De ansatte må være lojale mot inngåtte avtaler og etablerte systemer. I tillegg vil det være nødvendig å prioritere hardere enn tidligere for å oppnå nødvendig overskudd.

Rekruttere, ivareta og beholde personell

Det er god økonomi i å ha medarbeidere som yter tjenester av høy kvalitet, jobber effektivt og samarbeider godt med sine kolleger. Arbeidet med å rekruttere personell som har riktig kompetanse, skape et godt og utviklende arbeidsmiljø, og beholde verdifull arbeidskraft, står derfor sentralt. Det vil være viktig å sørge for tett oppfølging av de ansatte.

Godt samarbeid med vernetjeneste og tillitsvalgte vil være avgjørende for å sikre utnyttelse av den samlede kompetansen i virksomheten og skape gode og trygge arbeidsmiljøer der medarbeiderne opplever å bli sett, verdsatt og trives.

Øke produktiviteten

Effektiv drift er nøkkelen til økt produktivitet. Fremtidens kapasitet vil avhenge av hvordan helseforetakets samlede kompetanse benyttes og utvikles. Det er nødvendig med god planlegging av pasientforløpene, samarbeid på tvers av avdelingene og vektlegging av kontinuerlig forbedring.

Det må jobbes målrettet for å unngå unødvendige eller ineffektive arbeidsprosesser, for eksempel gjennom etablering av standardisert metodikk. Det må også legges til rette for en god ansvars- og oppgavefordeling mellom helsepersonellgrupper, basert på faglige kriterier og behov for kompetanse. I tillegg kan det være aktuelt å ta i bruk større deler av døgnet for å utnytte behandlingsrom og operasjonssaler bedre.

Kontinuerlig arbeid med å forbedre sykehusopphold og redusere antall innleggelser skal sikre god kapasitet, samtidig som pasientene slipper unødig ventetid under sykehusoppholdet. Arbeidet med kapasitet og kapasitetsutnyttelse skal videreføres og forsterkes gjennom et kapasitetsprogram som omfatter hele virksomheten.

Omstillingen av behandlingstilbudene fra døgn til dag og poliklinikk og ibruktakelse av teknologi skal videreføres i tråd med nasjonale og regionale føringer. Pasienter som ikke har behov for døgnopphold, skal i størst mulig grad tilbys timeavtale. For å redusere faren for fristbrudd skal kapasiteten på dag- og polikliniske tilbud utvides ved behov.

Det er god økonomi i å ha medarbeidere som yter tjenester av høy kvalitet, jobber effektivt og samarbeider godt med sine kolleger



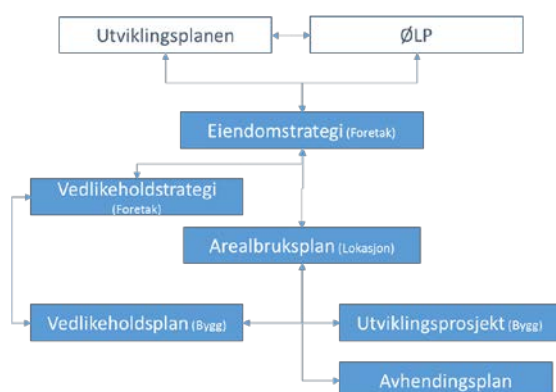
7 Eiendomsstrategi

7.1 BAKGRUNN

Eiendomsstrategien er et helhetlig planverk som beskriver tilstand, bruk og planer for arealene helseforetaket disponerer.

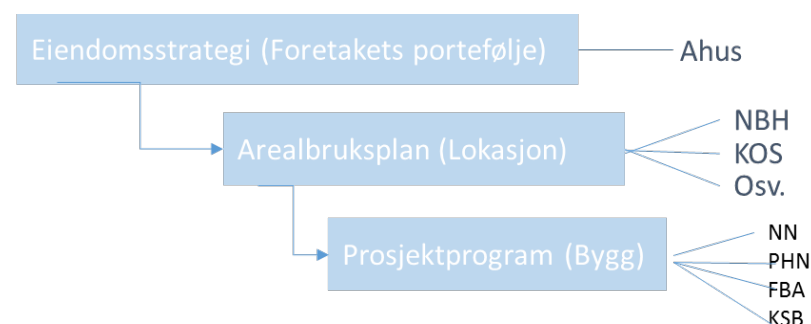
Strategien skal bygge opp under mål for utviklingsplanen, og være i tråd med økonomisk langtidsplan. Basert på eiendomsstrategien utformes arealbruksplaner for hvert behandlingssted. Disse konkretiseres i utviklingsprosjekter på byggnivå, samt avhendingsplan der dette er aktuelt. En vedlikeholdsstrategi inngår også i eiendomsstrategien, og danner grunnlag for vedlikeholdsplaner på byggnivå. Forholdet mellom ulike planer er vist i figur 7-1.

Figur 7-1 Organisering av planer og strategier



Eiendomsstrategien skal binde foretakets eiendomsportefølje sammen på overordnet nivå. Foretaket har til nå jobbet på arealbruksplan- og prosjektnivå. Figur 7-2 viser planhierarkiet.

Figur 7-2 Planer i eiendomsstrategien



7.2 EIENDOMSPORTEFØLJENS NÅSITUASJON

Dagens eiendomsportefølje – eid og leid

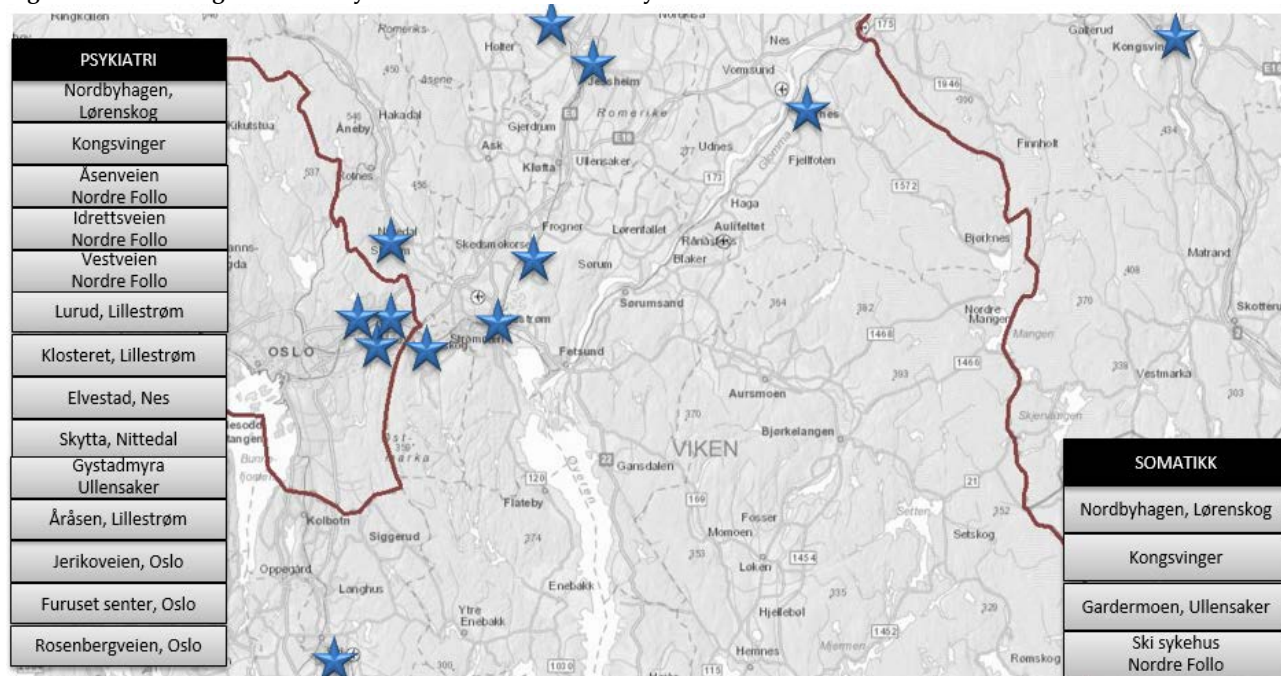
Akershus universitetssykehus driver i dag sin virksomhet i 68 bygg fordelt på 16 behandlingssteder, både eide og leide. Virksomheten har sitt hovedsete på Nordbyhagen, i Lørenskog kommune. Samlet er porteføljen på 293 075 kvm (bruttoareal) bygningsmasse, hvorav 240 600 kvm eid og 52 475 kvm leid.

På Nordbyhagen leier Stiftelsen Akershus universitetssykehus boligselskap ut boliger til ansatte. De drifter 600 utleieenheter. På Kongsvinger disponerer Akershus universitetssykehus totalt 107 tjenesteboliger. Herunder eier Kongsvinger boligstiftelse 69 boliger og Akershus universitetssykehus eier 38 boliger. Boligforvaltningen er budsjettert ut fra forutsetning om å være selvfinansierende. Alle kostnader i forbindelse med drift og vedlikehold av eide boliger skal dekkes av inntektene for utleie av boligene.

Geografi

Oversikt over behandlingsstedene vises på kartet i figur 7-3.

Figur 7-3 Behandlingssteder tilknyttet Akershus universitetssykehus



Arealer

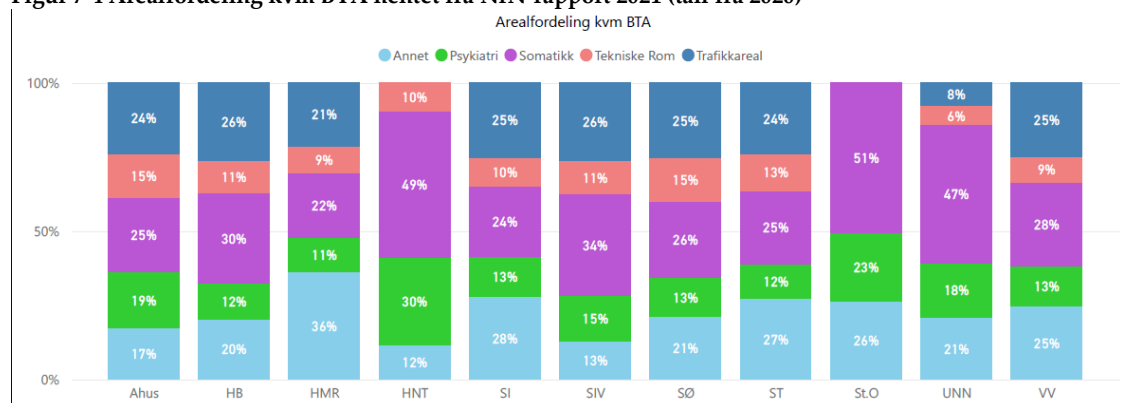
Arealbruk

På grunnlag av klassifiseringen av areal i henhold til klassifikasjonssystemet for helsebygg er det i figur 7-4 vist en oversikt over arealfordelingen i ulike helseforetak. Arealene som vises er totale kvm bruttoareal per helseforetak, eksklusive parkeringsareal og boliger.

Per i dag er 44 prosent av arealet Akershus universitetssykehus disponerer, direkte knyttet til somatisk (25 prosent) og psykiatrisk (19 prosent) virksomhet. De resterende 56 prosent av arealet er trafikkareal (24 prosent), tekniske rom (15 prosent) og annet (17 prosent).

Andelen areal som ikke er direkte knyttet mot pasientnære funksjoner er noe høyere på helseforetak med nyere bygningsmasse, slik Akershus universitetssykehus er, enn på de med eldre bygninger. Dette fordi nyere bygg krever større andel teknisk areal. I kategorien annet ligger areal knyttet til kjernevirksomhetens støttefunksjoner, som sentral stab, administrative arbeidsplasser, logistikk og renhold.

Figur 7-4 Arealfordeling kvm BTA hentet fra NfN-rapport 2021 (tall fra 2020)



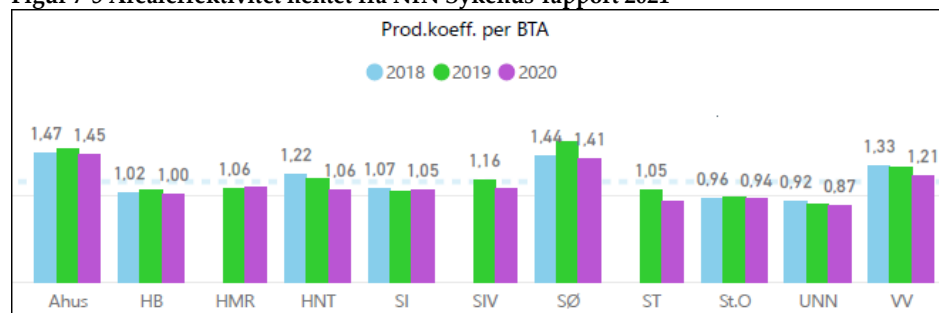
Arealeffektivitet

Arealeffektivitet ved et sykehus måles, på overordnet nivå, ved å se på forholdet mellom kvadratmeter bruttoareal opp mot pasientbehandlinger. Gjennom et nasjonalt benchmarkingsprogram (Norsk nettverk for Næringseiendom (NfN) Sykehus) sammenligner Akershus universitetssykehus sin arealeffektivitet med andre sykehus i Norge.

Pasientaktiviteten blir da omregnet til en produksjonskoeffisient som inkluderer liggedøgn, dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner, somatikk og psykiatri. Åpningstider for poliklinikk, avstand mellom funksjoner (pasient-, personal- og vareflyt), herunder avstand til eller mellom fellesfunksjoner som lab og bilde, samt generell logistikk, påvirker arealeffektiviteten.

Sett opp mot andre sykehus i nettverket har Akershus universitetssykehus den høyeste arealeffektiviteten (figur 7-5). Dette innebærer at helseforetaket har mange pasienter per kvadratmeter, og med dette få eller ingen ledige arealer. I hverdagen merkes dette ved at ethvert endret arealbehov i klinikken er komplisert, det er få eller ingen ledige rom, og endringer krever dyre ombygginger.

Figur 7-5 Arealeffektivitet hentet fra NfN Sykehus-rapport 2021



Arealutnyttelse

Arealutnyttelse beskriver i hvor stor grad arealene er i bruk ut fra bruksområde og tilgjengelige åpningstid. Det er verdt å merke seg at sykehus har en helt spesiell utforming og særlige tekniske krav til rom, avhengig av rommets funksjon. Størrelse og plassering av ulike funksjoner, samt utstyr og møblering av rommet, er avhengig av hvilken klinisk virksomhet arealene skal brukes til.

I hovedbygget på Nordbyhagen er sengeområdene i all hovedsak like. Dette gir fleksibilitet med hensyn til plassering av klinikker i ulike sengeområder. Ved en rocade kan rommene brukes som de er, med noen tilpasninger som omprogrammering av støttefunksjoner som røpøst, vareleveranse og system i medisinsrom. Polikliniske rom har lavere fleksibilitet. Dette skyldes blant annet at medisinsk-teknisk utstyr er plassert etter kliniske behov og type undersøkelse. En del utstyr er krevende å flytte på. Rom og tilhørende områder til operasjon, laboratorium og bildediagnostikk har svært lav fleksibilitet fordi det stilles særlige tekniske krav til slike spesialrom.

Bruksgradsanalyser; flerbruk og sambruk Med den høye arealeffektiviteten råder det en knapphet på areal på stort sett alle behandlingssteder, og etterspørselen er stor. Likevel finnes det rom for forbedring når det gjelder effektiv arealutnyttelse. Deling av areal på tvers av organisatoriske enheter eller funksjoner kan gi bedre arealutnyttelse. Det samme kan bruk av et areal til flere formål. Dermed kan man i mange tilfeller

dekke et arealbehov uten å måtte bygge nytt.

I 2018 ble det gjort analyse av bruksgraden av dag- og polikliniske rom på Nordbyhagen. Analysen viste at noen poliklinikker hadde ledig kapasitet som kunne ha vært utnyttet av andre med behov for flere rom. Det var også variasjoner i utnyttelsen av rommene i løpet av uken.

Flyteeffektivitet

Flyteeffektiviteten er et mål på hvor raskt noe «flyter gjennom et system». Dette er en sentral faktor i arbeidet med å plassere funksjoner i et sykehusbygg. Måleenheten er graden av ventetid. Et beslektet uttrykk er nærhetsbehov; altså hvilke funksjoner som har stor avhengighet til hverandre. Flyteeffektiviteten handler både om flyt av pasienter, ansatte og varer. Den eksisterende bygningsmassen skaper i dag en del utfordringer knyttet til flyteeffektivitet; dels på grunn av den geografiske spredningen og dels som følge av byggenes beskaffenhet. Ved interne rokader er flyteeffektivitet en vesentlig faktor, og kan skape utfordringer ved innplassering av funksjoner. Med den høye arealeffektiviteten og knappheten på areal blir dette et komplekst puslespill.

Tilstand

De siste 8-9 årene har det vært jobbet mye med spørsmål knyttet til vedlikehold. Det har vært viktig å få på plass en strategi på foretaksnivå knyttet til finansiering, regelmessig kartlegging av arealer, prioritering av tiltak og gjennomføring. Arealene som vurderes er eide lokaler og leide lokaler der Akershus universitetssykehus har vedlikeholdsansvar. Data fra kartleggingene registreres i en nasjonal database kalt Multimap. Ved kartleggingen vurderes tilstanden på de bygningsselementer som undersøkes. Vurderingene gjøres ved å sette tilstandsgrader (TG) på bygningsselementene. Vurderinger som ligger til grunn for TG 0 -3 er vist i tabell 7-1.

Tabell 7-1 Tilstandsgrader for bygg

TG 0	Ingen symptomer	<i>Ingen avvik i forhold til nytt</i>
TG 1	Svake symptomer	<i>Godt/tilfredsstillende standard. Alle lover og forskrifter er ivaretatt. Noe slitasje og elde fra nybyggstandard</i>
TG 2	Middels kraftige symptomer	<i>Et visst omfang av feil og mangler og/eller avvik fra lover og forskrifter som krever teknisk utbedring</i>
TG 3	Kraftige symptomer	<i>Omfattende skader, feil og mangler. Mye slitasje. Betydelig behov for teknisk utbedring. Avvik fra lover og forskrifter</i>

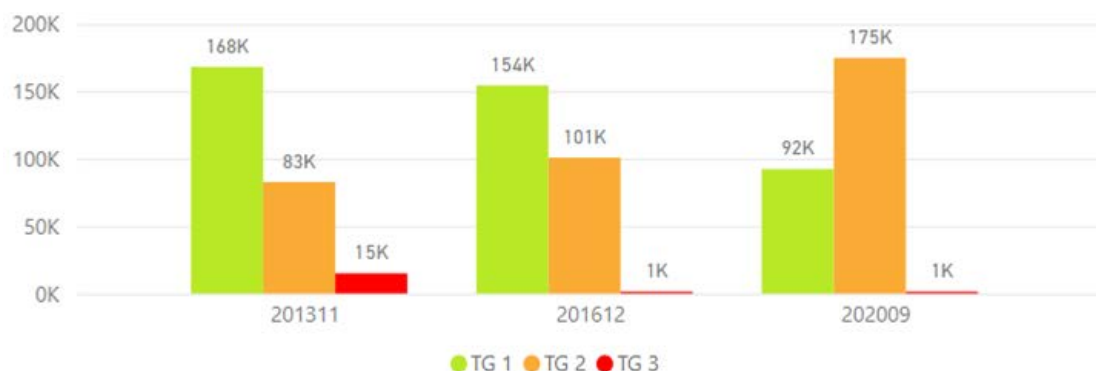
Tabell 7-2 viser en oversikt over fordelingen av tilstandsgrader i foretakets arealer på et overordnet aggregert nivå. Det fremgår at andelen arealer med TG 2 og 3 utgjør 66 % av totalt areal. TG3 og dets omfang kommer dårlig frem i en slik oversikt med prosentvis andel av arealet. Derfor er det angitt antall bygningsdeler med TG3 som må håndteres innen 5 år. Det følges nøye med på arealer som har TG2 og TG3.

Tabell 7-2 Fordeling tilstandsgrader aggregert

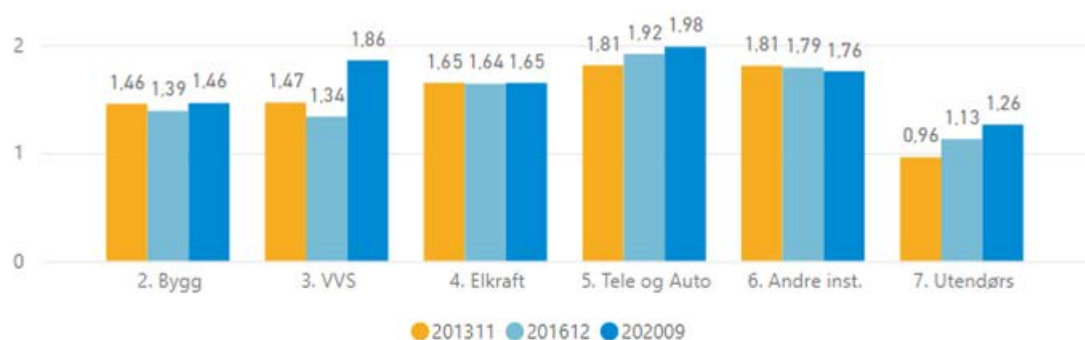
Behandlingssted	Vurdert areal	Alder i 2020	TG0 (%)	TG1 (%)	TG2 (%)	TG3 (%)	Samlet vektet TG	Antall TG3
Totalt for helseforetaket	268 240	25	0	34	65	1	1,6	267
Nordbyhagen	214 924	22	0	33	67	1	1,6	100
Kongsvinger	25 496	45	0	7	2	1	1,69	8
SK Skedsmo - Lurud, Åråsen, Bråten, Klosteret	17 500	40	0	29	71	0	1,71	48
Ullensaker, Nes - Gystadmyra og Elvestad	5820	17	0	99	0	1	1,21	13
Vestveien	4500	10	0	100	0	0	1,44	8

Arealvektet alder for eiendomsporteføljen er 25 år. Dette er i nedre sjikt, sammenlignet med porteføljer av tilsvarende størrelse. Hovedbygget på Nordbyhagen som sto ferdig i 2008 er førende for helseforetakets arealvektede alder. Arealvektet alder for bygningsmassen ved de andre behandlingsstedene er 10-40 år, med unntak av bygningene i Kongsvinger som er nesten 60 år. Figur 7-6 og 7-7 nedenfor viser utviklingen.

Figur 7-6 Trender for tilstandsgradene samlet i perioden 2013- 2020



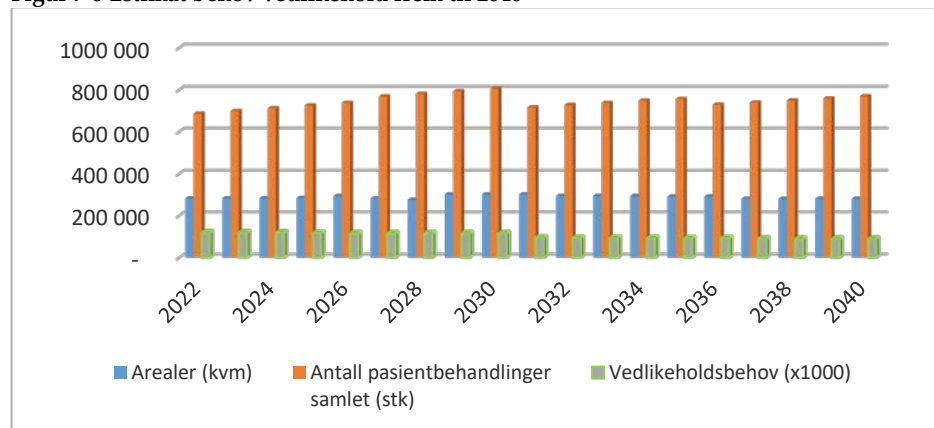
Figur 7-7 Utvikling per fag i perioden 2013- 2020



Det utarbeides årlige planer for vedlikehold av bygningsmassen, basert på registrerte tilstandsgrader og kritikalitet for ved havari. Et overordnet mål er at foretaket innen 2030 skal ha en aggregert tilstandsgrad (TG) på 1,2 for bygningsmassen samlet, samt et verdibevarende vedlikehold for bygningsmassen som skal bestå. De årlige vedlikeholdsplanene koordineres med utviklingsprosjekter og planer for avhending av eiendommer. Med god planlegging kan flere behov dekkes i samme prosjekt.

Til tross for et økt investeringsnivå knyttet til vedlikehold de siste to årene, er det behov for økt innsats for å unngå videre vekst i vedlikeholdsetterlepet. Estimert investeringsbehov frem mot 2040 er vist i figur 7-8.

Figur 7-8 Estimert behov vedlikehold frem til 2040



Eiendomsporteføljens tilpasningsevne og egnethet

Endringshyppigheten i sykehus er stor. Tilpasningsevne er et sentralt element i planleggingsarbeidet, og sier noe om hvor egnet bygningsmassen er til å ivareta endringsbehov. Tre faktorer inngår i vurderingen:

- **Fleksibilitet (F):** Mulighet til planendring innen samme funksjon, dvs. til å reorganisere bruksarealet, eksklusive bæresystem/kjerner. Dette bidrar til endring av arealegenskapene.
- **Generalitet (G):** Fleksibilitet og mulighet for endret funksjon, dvs. endrede krav til nyttelaster, brannsikring mv.

- Elastisitet (E): Mulighet for økning eller reduksjon av areal i horisontal (tilbygg) eller vertikal retning (påbygg).

På samme måte som tilstandsgrad kartlegges dette i det nasjonale databasen Multimap. Akershus universitetssykehus har påbegynt denne kartleggingen, og kan dra stor nytte av kartlegginger og analyser av tilpasningsevne og egnethet som er gjort i andre helseforetak.

Energi

Det har gjennom mange år vært lagt vekt på systematisk oppfølging av energiforbruk. Grad-dags-korrigert energiforbruk samlet for hele eiendomsporteføljen er omtrent 310 kWh/kvm. Faktorer som driver forbruket opp er den høye aktiviteten per arealenhet og det store volumet som utgjøres av glassgaten i hovedbygget. Generelt bruker også universitetssykehus mer energi enn andre sykehus. Det er mye utstyr og høyt strømforbruk (176 kWh/kvm), mens termisk energibehov til varme og kjøling er lavere (140 kW/kvm). Trenden i energibruken er svakt synkende. De eide byggene ble energimerket i perioden 2012-15. Attestene er gyldige i 10 år, og må deretter fornyes.

Sikkerhet

Foretakets sikkerhetspolicy og implementeringsplan har som mål å sikre sikre pasienter og ansatte, samt sykehusets samfunnsmessige kapasitet mot ytre trusler. Denne gjelder alle behandlingssteder, og tilpasses operasjonelt ved endringer som medfører nye behov. Policy og tilknyttede dokumenter omtales i eget dokument med begrenset tilgang.

Klima og miljømål

Akershus universitetssykehus ble miljøsertifisert etter ISO 14001 i 2015. Det er vedtatt en miljøpolitikk og til enhver tid gjeldende miljømål. Å redusere energiforbruk og klimautslipp har vært definerte mål hvert eneste år siden arbeidet med miljøledelse startet opp. Da nytt sykehus ble åpnet i 2008, ble klimautslippet per kvm kraftig redusert. I tillegg har det vært måltall på sorteringsgrad for avfall, og ansatte kildesorterer vesentlig mer enn før. Ombruk av møbler og bygningsmaterialer er hittil ikke utnyttet. Det har vært noe fokus på bruk av økologisk mat i kantine, og i stor grad prosjekter for å redusere matsvinn. Å redusere antibiotikaforbruket kom som et nasjonalt mål i 2012, og ble tatt inn som et av foretakets miljømål i 2018.

Det er igangsatt et prosjekt for å øke andelen grønn mobilitet for Ahus Nordbyhagen. I prosjektet skal det utarbeides forslag til tiltak som kan bidra til å øke andelen grønn mobilitet i foretaket (mer miljøvennlige løsninger), i henhold til de miljømålene som er satt. Det skal også foreslås tiltak som bidrar til mer effektive reiseruter for de ansatte på Nordbyhagen.

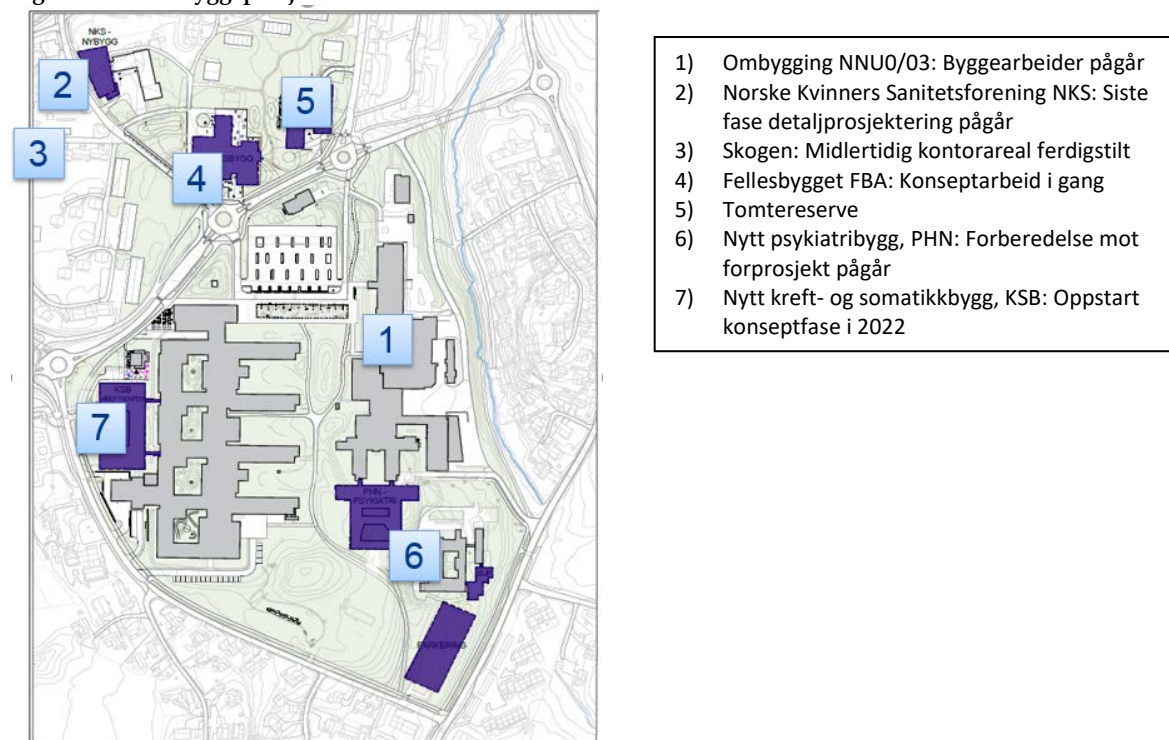
Sykehusbygg har på oppdrag fra de regionale helseforetakene utarbeidet «Standard for klima og miljø i sykehusprosjekter» som var klar i 2021. Dette omfatter nybygg, ombyggings- og vedlikeholdsprosjekter, og benyttes ved leie av et større areal. Videre er det etablert et rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten, som vil være førende i det videre arbeidet.

Tomter

Akershus universitetssykehus har to pågående prosjekter som muliggjør seg av kommunens strategi for området. I 2021/22 gjennomføres detaljregulering av tomt med mulighet for byggeareal på samlet 32.000 kvm. Målet er å realisere et felles bygg for administrativt ansatte på Nordbyhagen og en ny dagligvarebutikk for Sykehuspersonalets velferdsplan. Det reguleres også for en tomtereserve til senere bruk.

I tillegg til tomten som detaljreguleres nå, ligger det et stort mulighetsrom for Akershus universitetssykehus strategisk og faglig, da Lørenskog kommune ønsker en ytterligere satsing på Nordbyhagen. Figur 7-11 viser en skisse over planlagte byggeprosjekter på Nordbyhagen.

Figur 7-11 Store byggeprosjekter



Avhending

Akershus universitetssykehus har flere bygg som planlegges avhendet. På Vestveien i Nordre Follo kommune er det et iverksatt et verdiutviklingsprosjekt for å vurdere om eiendommen skal avhendes. Som følge av oppføring av nytt bygg for sykehusbasert psykisk helsevern på Nordbyhagen skal Lurud og Bråten avhendes. I tillegg skal inntil 38 boliger på Kongsvinger skal avhendes, avhengig av etterspørsel.

Vekstperiode

Sykehuset er inne i en spennende vekstperiode hvor kapasiteten og tilbud skal økes, med ombygginger og utbygginger på både kort og lengre sikt.

I bygget Nye nord fer det nylig bygd om administrative arealer til nye onkologiske senger og poliklinikk. Det planlegges for flere nye bygg på Nordbyhagen i perioden 2023 til 2030, blant annet nytt bygg for sykehusbasert psykisk helsevern, ferdigstilt i 2025-26 og et nytt kreft- og somatikkbygg med egen stråleenhet, planlagt ferdig til 2030. Et nytt fellesbygg på en butikkomt rett ved sykehuset skal fra 2025 erstatte gamle bygg og kontorplasser og frigjøre kontorplasser til pasientbehandling.

7.3 STRATEGIER FOR EIENDOMSPORTEFØLJEN

Utfordringsbilde

Som det fremgår av analysen av nåsituasjon for eiendommen er det særlig tre strategiske faktorer som preger foretakets strategiske arbeid med eiendom:

1) Arealknapphet

Akershus universitetssykehus er det mest arealeffektive sykehus i henhold til NfN Sykehus benchmark i 2021. En sentral utfordring er at arealknappheten reduserer muligheten for videre utvikling av virksomheten. Foretaket er per i dag på et nivå hvor det er meget vanskelig å finne arealer som understøtter god flyteffektivitet. Prognosen er at denne arealknappheten vil øke ytterligere år for år, frem til nytt kreft- og somatikkbygg er på plass; tentativt i 2029.

2) Oppskalering og nedskalering

Foretaket har en vekstsituasjon i en tiårsperiode som blir avløst av reduksjon av opptaksområdet i to trinn ved overføring av bydelene til Oslo universitetssykehus i henholdsvis 2031 og 2036. Dette medfører behov for å kunne utøke og deretter redusere arealet i to omganger. Det høyeste arealbehovet inntreffer like før

utfasingen i 2031. Det er førende for arealstrategien at det ikke kan bygges på varig basis for maksbehovet som inntreffer i 2031. Behovet for en planmessig opp- og nedskalering av kapasiteten er bakgrunnen for utarbeidelsen av en strategisk arealplan i 2019-2020. Denne inneholder flere fleksible tiltak, blant annet tidsavgrensede leieavtaler og avvikling av eldre bygningsmasse (mellombygget).

3) Vedlikeholdsetterslep

Etterslepet er betydelig, og økte ytterligere ved overtakelse av Kongsvinger sykehus. Det er praktiske problemstillinger ved denne tilstanden knyttet til for eksempel ventilasjon og HMS, samt forventinger til god forvaltningsskikk, som blant annet er påpekt av Riksrevisjonen. Dette er forhold som forsterkes ved økt utnyttelse av bygningsmassen.

Nye arealbehov

Strategisk arealplan 2020-2040 ble etablert som en porteføljeplan for arealkapasitet. Den inkluderer arealer for senger og poliklinikk, samt noen tunge funksjoner som operasjonskapasitet og bilde. Strategisk arealplan dekker ikke alle typer arealbehov som for eksempel administrative arealer, da dette var tenkt løst i eksisterende areal. Denne strategien har vist seg ikke å være fullt ut gjennomførbar, og det må påregnes ytterligere arealbehov for perioden. De mest sentrale forholdene er følgende:

- Akershus universitetssykehus beveger seg fra et nåpunkt med høy arealeffektivitet, til et ytterligere behov for forbedring år for år, helt frem til 2029.
- Nytt kreft- og somatikkbygg var planlagt fra 2026. Imidlertid har prosessen trukket ut, og 2029 er nå ny plan. Forsinkelsen skaper utfordringer for driften i mellomperioden.
- Det er identifisert et uløst arealbehov som følge av nye utviklingsprosjekter, pålagte oppgaver og behov som ikke er tilstrekkelig løst gjennom arealplanen.

Flere aktuelle strategier kan bidra til å løse den samlede arealutfordringen:

1. Etablere mål for bruksgrad for hver arealkategori
2. Øke arealutnyttelse ytterligere ved økt bruk av digitale løsninger
3. Øke areal ved økt bruksgrad
4. Øke areal ved permanente bygg påkoblet/nær eksisterende bygg
5. Øke areal ved midlertidige bygg påkoblet/nær eksisterende bygg
6. Øke areal ved leie av eksterne lokasjoner

Valg av strategi vil blant annet være avhengig av tilgjengelig areal, prioritering og økonomi, og vil være en del av det videre arbeidet. Det vil igangsettes en prosess for etablering av en forventningsnorm for bruksgrad av ulike arealer, som vil ligge til grunn for planlegging av konkrete prosjekter. Det vil også utvikles arealkonsepter for særskilte virksomhetsområder, for eksempel videokonsultasjoner.



Akershus universitetssykehus HF

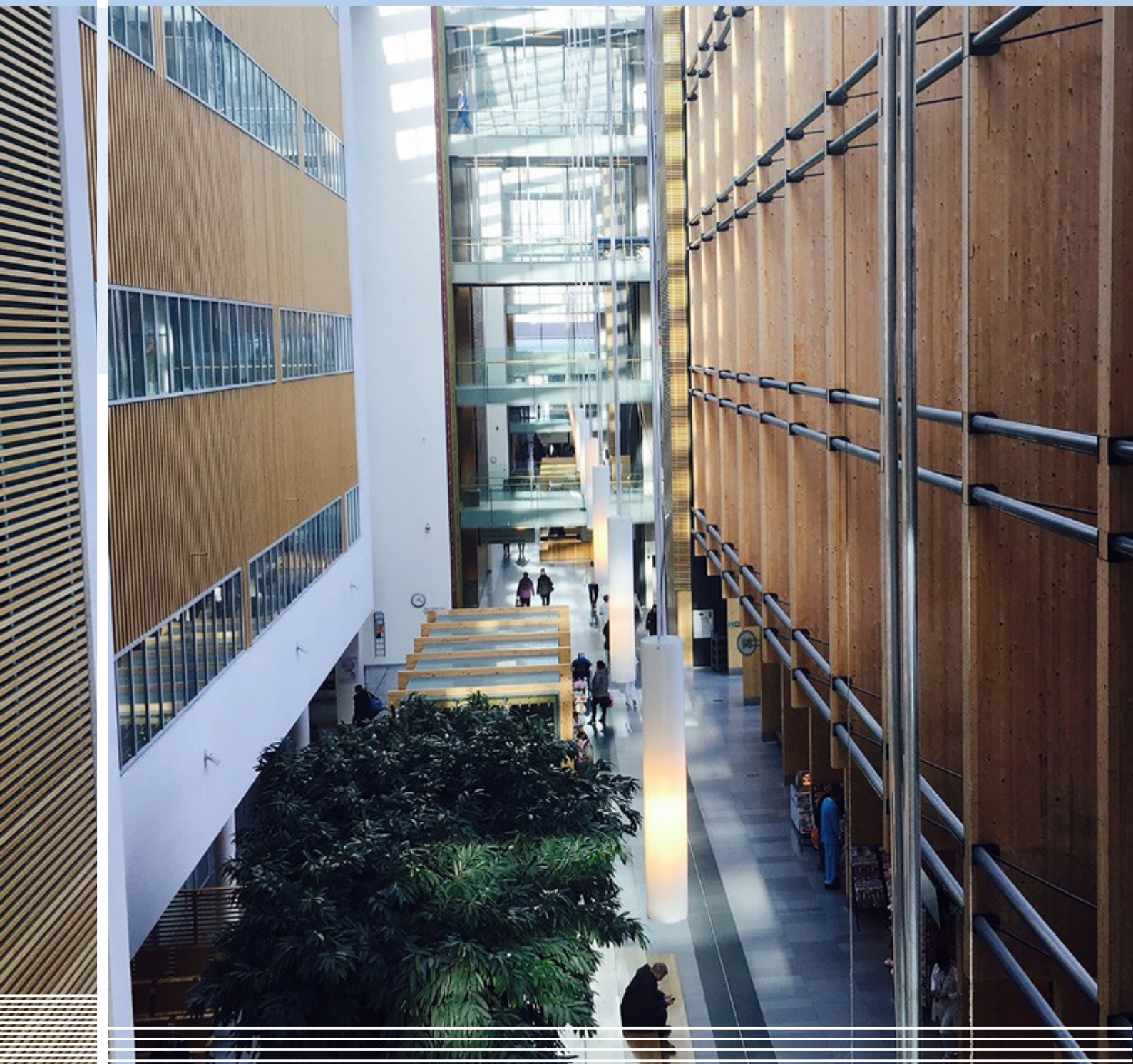
Besøksadresse: Sykehusveien 25, Lørenskog

Postadresse: Postboks 1000, 1478 Lørenskog

Telefon: 67 96 00 00

E-post: postmottak@ahus.no

www.ahus.no



Oversikt over delplaner

- 1 Delplan for den eldre pasient**
- 2 Delplan for akutt og kritisk syke pasienter**
- 3 Delplan for kreft**
- 4 Delplan for psykisk helsevern og rusbehandling**
- 5 Delplan for barn og unge**
- 6 Delplan for kompetanse og utdanning, rekruttere og beholde**
- 7 Delplan for nye oppgaver og videreutvikling av pasienttilbudet**
- 8 Delplan for nye arbeidsprosesser og teknologi**
- 9 Delplan for forskning og innovasjon**

Delplan for den eldre pasient 2022-2026

1. Om satsningsområdet

Befolkningen vokser i hele opptaksområdet. Antallet og andelen eldre vil være i sterk vekst i de kommende årene og vil føre til økt behov for spesialisthelsetjenester.

1.1 Bakgrunn

Aldring og aldringsprosesser beskrives ikke ved kronologisk alder alene, den er individuell og hvordan man takler tilværelsen påvirkes også av omgivelsene og økonomiske og relasjonelle ressurser. Som følge av denne variasjonen er det behov for å gjøre individuelle vurderinger av som er *skrøpelige* (engelsk: *frail*) og trenger en mer tilrettelagt behandling.

Med flere eldre som lever lengre, må sykehuset planlegge for vekst i aldersrelaterte sykdommer, slik som hjerte- karlidelser, kreft, kroniske lungesykdommer, demens og diabetes. En slik utvikling vil kreve tettere samarbeid mellom ulike spesialiteter og faggrupper innad i sykehuset og stille høyere krav til samhandling med primærhelsetjenesten og pasienten og pårørende.

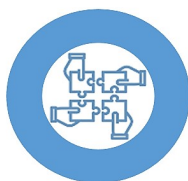
Delplanen for den eldre pasient er en strategisk plan for utvikling av gode tjenestetilbud for den eldre pasient i årene fremover. Den inneholder målbeskrivelser og tiltak som planlegges gjennomført i planperioden. Delplanen er en 4-årsplan, som skal oppdateres årlig.

2. Plan for perioden 2022-2026

2.1 Kort om planen

Handlingsplanen for den eldre pasient beskriver hvilke tiltak innenfor angitte periode som skal settes i gang for å nå målene i delplanen.

Hvor mange av tiltakene som gjennomføres, og hvor raskt de gjennomføres vil blant annet kunne avhenge av prosjekttinnramming og finansiering. Flere av målene i handlingsplanen er langsiktige, noe som betyr at de vil bli igangsatt, men ikke slutført, innenfor planperioden.



Innsatsområde 1: Helhetlige og sammenhengende helsetjenester på tvers av tjenestenivå

Ahus skal initiere og aktivt delta i arbeidet med en helhetlig og sammenhengende helsetjeneste for eldre pasienter med sammensatte behov.

Mål	Tiltak 2023 - 2026	Tiltak 2022	Hva skal til for å lykkes?
Det er etablert en god samhandlingskultur mellom tjenestenivå	Etablere arbeidsgruppe som: - Beskriver behov - Utarbeider løsningsforslag - Planlegger og gjennomfører «Helsefelleskapsuka», i en egnet form. Utarbeider plan for tilbud om undervisning og hospitering mellom sykehuset og sykehjem Etablere «Helsefelleskapsuka» som en årlig kampanje i sykehusets opptaksområde		God forankring og representanter fra ulike divisjoner i sykehus, samt representanter fra ulike kommuner i primærhelsetjenesten
Skrøpelige eldre med sammensatte behov skal ha et tilbud om integrerte helsetjenester	<i>Integrerte helsetjenester for skjøpelige eldre med sammensatte behov</i> (IHT) spredt til Ahus-opptaksområde	- Spre IHT til 4-6 nye kommuner - Etablere følgeforskning	- Finansiering - Samarbeid med forskere - Digitale støtteverktøy: - Pakkeforløp IHT - Digital behandlingsplan - Samhandlingsdata
Redusere risiko ved overganger mellom sykehus og kommuner og unngå unødvendige reinnleggelser	Pasientsikkerhetstiltaket <i>Trygge og likeverdige utskrivelser</i> innføres for sengeområder som behandler mange eldre Videreføre tilnærmingen fra samhandlingsprosjektet Mitt liv, mitt ansvar (MILA) utprøving av digital hjemmeoppfølging til kommuner og avdelinger	<i>Trygge og likeverdige utskrivelser</i> som tema for læringsnettverket 2022/2023, herunder sikre overføring av epikriser til riktig mottaker i rett tid MILA2 har prosjektslutt mars 2022 Videreføre tilnærmingen fra MILA2 til flere avdelinger i sykehuset og kommuner. Hvem og hvordan avklares med i dialog med aktuelle avdelinger og kommuner med prosessstøtte fra Innomed	- Delta i læringsnettverket <i>Best på å bli bedre</i> - Våren 2022: 1-2 sengeområder melder sin interesse for å delta med dette tema - Dokumentere resultater fra MILA2 - Videreføre samarbeidet med Øvre Romerike - - Fortsatt tilgang på løsning for digital hjemmeoppfølging som understøtter delt behandlingsansvar og tilgang på digital egenbehandlingsplan - Søke om midler fra Nasjonal velferdsteknologiprogram, spredningprosjekt i 2022



Innsatsområde 2: Eldre pasienter skal sikres rett behandling til rett tid og oppleve gode og tilpassede pasientforløp

Aktivitetene ved Ahus skal tilrettelegges slik at behandlingstilbudet er best mulig tilpasset den eldre pasient. Det vil innebære tettere samarbeid om fag, areal og pasientforløp. Mange eldre vil ha kroniske og sammensatte lidelser som vil kreve tett samarbeid mellom spesialister og faggrupper.

Mål	Tiltak 2023 - 2026	Tiltak 2022	Hva skal til for å lykkes?
Skrøpelige eldre pasienter skal oppleve et sykehusforløp tilpasset deres behov	Økning av antallet geriatrike senger i tråd med strategisk arealplan (7-8 senger)		Rokkade i forbindelse med ombygging av Ahus Nordbyhagen Konseptutredning bør inkludere ivaretagelse av delir/demensvennlig utforming
	Basert på kartleggingen: Iverksette tiltak for eldrevennlig akuttinntak	Kartlegge behov og anbefale tiltak for eldrevennlig akuttinntak	Utarbeide et mandat og etablere en arbeidsgruppe
	Alle avdelinger som behandler eldre har fått støtte til implementering og oppfølging av Demensvennlig sykehus innen 2026	Støtte implementering av Demensvennlig sykehus ved 2 nye sengeområder	- Sengeområder definerer lokale mål og avsetter lokale ressurser - Automatiske uttrekk til risikotavla i QlikView
	Kartlegge behovet og mulighetene for styrket mattilbud ved flere avdelinger som behandler mange eldre. Implementere videreutviklet mattilbud til eldre		
Styrke spesialisert behandling og faglig samarbeid på tvers av fagavdelinger i sykehuset	Bredde løsningen for tverrfaglig geriatrik tilstedeværelse (tilsvarende ortogeriatr) i ulike avdelinger	- Opprette dialog med fagavdelinger som behandler mange eldre - Utredning og implementering av ulike mulige modeller for organisering og finansieringsordninger for geriatrik støtte	- Forutsetter økte stillingsressurser og/eller delfinansiering fra avdeling som får tilbud - Arbeid for å oppnå ISF - Utdanne geriater lokalt for å sikre rekruttering
Pasienter og pårørende skal oppleve å motta tilpasset informasjon	Videreføre innføring av pasientnotater som del epikrisemal eller eget utskrivningsnotat ved alle aktuelle avdelinger	Tilpasset informasjon til pasient som del av epikrisemal innføres som tema under læringsnettverket 2022/2023 sammen med epikriser og trygg utskrivning.	- Delta i læringsnettverket <i>Best på å bli bedre</i> - Våren 2022: 1-2 sengeområder melder sin interesse for å delta med dette tema
Sikre rett behandling til rett tid og unngå over- og underbehandling	Etablere screening for å avdekke skjøpeligheit hos eldre over 75 år før oppstart av krevende behandlingsregimer i fagavdelinger som ofte ber om tilsyn for dette		- Dialog med avdelinger hvor dette er et behov - Finansiering av geriaterressurser
	Behandlingsbegrensninger og avklaring av ansvarsforhold inn i epikrisemal		Styrket tilsynsfunksjon ved palliativ avdeling for støtte til palliative tiltak
Bedre ivaretagelse av	Kartlegge og etablere ordning for styrket	Etablere styrket tilsynsfunksjon og samarbeid mellom avdeling for	Utarbeide et mandat og nedsette en arbeidsgruppe

Mål	Tiltak 2023 - 2026	Tiltak 2022	Hva skal til for å lykkes?
psykisk helse blant eldre	alderspsykiatrisk vurdering i somatikken	geriatri og alderspsyk	
	Vurdere etablering av felles faglige fora og nettverk innen alderspsykiatri mellom sykehus og kommuner		
Pasienten skal få dekket sine åndelige og eksistensielle behov uavhengig av kultur og trossamfunn.	Kartlegge behov og anbefale tiltak for å sikre at pasienter fra ulike tros- eller livssynssamfunn får dekket sine behov		



Innsatsområde 3: Utvikle og styrke tjenestene til den eldre gjennom kompetanseutvikling og forskning

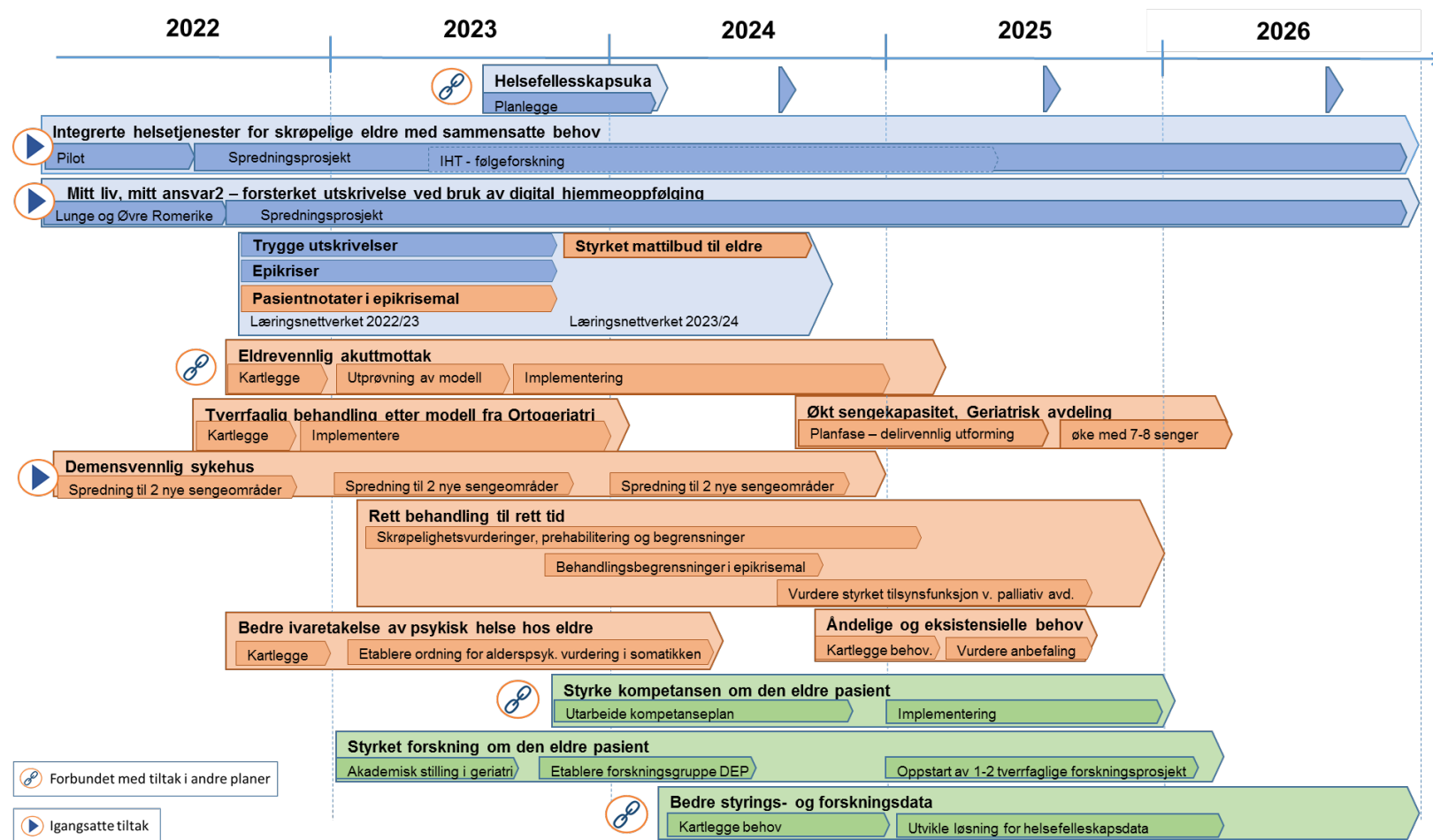
Ahus skal sikre tilstrekkelig personell med rett kompetanse til å ivareta eldre med sammensatte behov. Kunnskapsutvikling vil innebære økt fokus på pragmatisk forskning og implementering av ny kunnskap.

Mål	Tiltak 2023 - 2026	Tiltak 2022	Hva skal til for å lykkes?
Styrke kompetansen om den eldre pasient hos alle ansatte	Utarbeidelse av kompetanseplan for ivaretagelse av eldre pasienter Implementere opplæringsplaner i ht kompetanseplan i alle divisjoner i sykehuset		Nedsette arbeidsgruppe med representanter fra ulike avdelinger i sykehuset samt fra primærhelsetjenesten
Økning i pragmatisk forskning om eldre pasienter og tilbudet de mottar	Kompetanse og forskningsgruppe rundt den eldre pasient etableres i løpet av 2023	Akademiske stillinger ved geriatrik avdeling: et professorat med avsatt 20% til undervisning og videreføring av kompetanse om den eldre pasient	
	Inkludere Ahus's fire tematiske satsningsområder som vurderingskriterier for Ahus strategiske forskningsmidler. Opprette 1-2 tverrfaglige, Ahus-utgående prosjekter med fokus på den eldre pasient og med pragmatisk dataoppfølging/datafangst i primærhelsetjenesten		Etablere samarbeid på tvers av faggrupper og divisjoner.
Bedre styringsdata	I samarbeid med kommunene kartlegge behov og utvikle løsning for helsefellelesskapsdata		Finansiering

2.2 Prosesstegning

Delplan 2022-2026

Den eldre pasient



Delplan for akutt og kritisk syke pasienter 2022-2026

1. Om satsningsområdet

Ahus har et stort opptaksområde i vekst og er Norges største akuttsykehus. Sykehuset tar imot relativt få kritisk syke pasienter, men et stort volum akutt syke pasienter.

1.1 Bakgrunn

Alle de kritisk syke pasientene behandles på Nordbyhagen, mens pasienter med akutte behov tas imot på Nordbyhagen og Kongsvinger. I snitt kommer det 120-130 pasienter per døgn til akuttmottaket på Nordbyhagen. Det er også en betydelig tilstrømming av pasienter til akuttpsykiatrisk mottak. I tillegg er det etablert egne mottak knyttet til barne- og ungdomsklinikken og kvinneklinikken, samt en ortopedisk akuttpoliklinikk. Til mottaket på Kongsvinger sykehus kommer det 30-40 pasienter per døgn. Alle pasienter, også de elektive, trekker av de samme ressursene.

Akutt og kritisk syke pasienter har noen typiske kjennetegn:

- De treffer «navet» i sykehuset, og det er mange grensesnitt og avhengigheter.
- Pasientgruppen har stor kompleksitet.
- Tiden er en vesentlig faktor.
- Det er stor bredde og variasjon fra den åpenbart kritisk syke til en uavklart pasient som kan være akutt syk. For mange pasienter kreves derfor tid for observasjon.
- Det er et stort volum av pasienter, hvorav kun noen få er svært ressurskrevende. Likevel blir den samlede arbeidsbelastningen svært stor.

Utfordringsbilde neste 4 år

Ahus omtales ofte som Norges største akuttsykehus. Det er behov for å definere hvilke mål helseforetaket skal ha for pasienttilbudet innen denne viktige og krevende delen av virksomheten, og å se nærmere på innretningen av tilbudet. Blant annet handler det om dimensjonering av kapasiteten, samt hvilke krav som bør stilles til beredskap og logistikk. Ved å sette opp et rammeverk for hva akuttsykehuset skal være, vil det bli enklere å vurdere behovet for areal og funksjoner på de ulike behandlingsstedene.

Med befolkningsveksten legges et økt press på kapasiteten. Opplevelsen i fagmiljøene er at behovet for omstilling kommer raskere enn det faktisk er mulig å gjennomføre den. Dermed har det blitt svært anstrengt kapasitet for en rekke kritiske funksjoner, som akuttmottak, sentraloperasjon, intensiv, overvåkning og anestesi. Videre er det ofte kritisk drift i akuttmottaket på Nordbyhagen. Presset på sengekapasiteten merkes godt i hele sykehuset, og det er et stort behov for å avklare flere pasienter i mottak. Den krevende driften får også tilleggseffekter på tverrgående tjenester, særlig anestesi.

Muligheten for å behandle stadig flere pasienter med nye og bedre behandlingsmetoder er viktig, samtidig gir det et økt press på den totale kapasiteten. Økende grad av spesialisering innenfor de akutte tjenestene skaper nye utfordringer, særlig på vakttid når en stor bredde av hendelser og situasjoner må løses. Det er stort behov for å øve på akutte hendelser slik at de ansatte kan være best mulig forberedt. Dette omfatter økt bruk av simulering, tverrfaglig trening og triggerbasert opplæring.

Med stadig flere samtidighetsutfordringer knyttet til elektiv- og ø-hjelpsbehandling, samtidig som det totale presset øker, er det viktig å lykkes med en helhetlig planlegging av kapasiteten. Særlig på overvåknings- og intensivområdet er det krevende å benytte personal- og arealressursene fullt ut. Det er nødvendig å få til et enda bedre samarbeid mellom divisjoner og klinikker som har akutt og kritisk syke pasienter. På vakttid er sårbarheten stor, både når det gjelder antall tilstedeværende og kompetanse.

Det er sterk konkurranse om og mangel på spesialkompetanse. Særlig gjelder dette intensivsykepleiere, anestesisykepleiere og jordmødre. Samtidig som det er et økende behov for helsepersonell, forventes det at gapet mellom etterspørsel og tilgjengelig kompetanse bare vil øke i tiden fremover. Når det legges planer for utviklingen må det tas hensyn til denne utfordringen. Det er

behov for mer helhetlig personalpolitikk, og en strategi for å beholde kompetent personale. Flere muligheter bør utredes nærmere, blant annet delte stillinger mellom flere enheter, få flere med spesialkompetanse til å jobbe hver tredje helg og rendyrking av funksjoner.

Ahus har et aktivt utviklingsarbeid på mange fagområder. Utvikling av virksomheten samtidig med anstrengt drift er krevende. Det er derfor nødvendig med en tydelig prioritering av hva som skal gjøres i tillegg til den ordinære driften. Etterslepet etter koronapandemien har gjort disse utfordringene tydeligere. En annen utfordring er at det ved planlegging av nye tilbud ikke alltid tenkes på nødvendige «støttetjenester» og tilstrekkelig areal. Konsekvensen blir da at disse ikke er tilsvarende forberedt og klare for å håndtere konsekvensene av nye tilbud. Det er viktig å involvere alle berørte funksjoner i utviklingsprosjektene.

1.2 Målsetning

Det er avgjørende at de tjenester som akutt og kritisk syke pasienter har behov for, er gjennomgående og med riktig dimensjonering. Det er avgjørende at tjenestene fungerer tilfredsstillende gjennom hele den akutte kjeden. Godt dimensjonerte tjenester med høy pasientsikkerhet og forsvarlighet 24/7, er befolknings sikkerhet når uhellet er ute eller plutselig sykdom rammer.

Dette betyr blant annet at det skal legges vekt på følgende:

- De ansatte opplever nødvendig handlingsrom for å yte akuttmedisinsk hjelp. Da må beredskap være en viktig aktivitet i seg selv, slik at det dannes en forståelse for at nødvendig beredskap også innebærer at ressurser til enhver tid enten er ledige eller kan frigjøres umiddelbart.
- Styrke felles helhet og samarbeid på tvers av divisjonene
- Mer dynamiske løsninger ved anstrengt kapasitet, samt bruk av kapasiteten på tvers
- Tilstrekkelig kompetanse og redusere sårbarhet vakttid. Her bør også fagmiljøene involveres på å definere en standard som er «god og tilstrekkelig nok»
- Enkle løsninger som fungerer like godt i normal drift som anstrengt drift
- Avklare flere i mottak, unngå unødvendige innleggelser
- Trinnvis utvikling og å få satt positive endringer i drift. Utviklingsarbeid er belastende for ansatte i klinikken, og kommer i tillegg til hovedjobben. Det er derfor viktig å begrense omfanget av samtidige endringsprosesser. Det er sentralt å sørge for gjennomføring og oppnå merkbare effekter. Alle endringer bør forberedes godt med vekt på klinikknære og praktiske forhold. Alle endringer bør ha et klart mål for unngå endringer for endringens egen skyld.

1.3 Det som er oppnådd så langt

Se vedlegg for mer detaljer.

Prosjekttittel	Resultater (stikkord)	Påbegynt år	Implementering år
Kirurgisk intermedier og lik drift ukedag helg	Fire senger satt i drift. To senger fra fredag kl. 15 til mandag morgen	2018	2019
Akuttmottak	- Avklaringsenhet for indremedisinske pasienter satt i drift. Pilotert for kirurgiske pasienter - Etablert og styrket kompetanse i front - Revidert og evaluert ny rutine for medisinske team og lege i mottak - Testet ut soner og teamarbeid sykepleier-lege i akuttmottaket - Revidert prosedyre Kritisk drift, etablert eget ascom-utkall - Felles daglig oppstartsmøte for leger - Forbedret flyt til sengepost	2019	2021
Barneovervåkning	Fire senger i drift.	2019	2020
Trombectomi	- Dagtilbud (kl. 08-16) fra 16.09.19. - Dagtilbudet er utvidet til kl. 18 fra 6.9.21 - Døgndrift er planlagt fra 1. februar 2022. Gradvis opptrapping mellom 1. januar og 1. februar	2019	2021
PCI	- Dagtilbud PCI er etablert - Opptrapping til døgntilbud PCI på Nordbyhagen fra 18.1.2021 og STEMI-beredskap til kl. 20.00 hverdager. - Virksomhetsoverdragelse av kardiologien fra LHL 1.1.21	2018-2021	Kontinueres i drift Følges opp av linjen
Kongsvinger fase 3	Endret pasientstrøm for ø-hjelpspasienter fra Ullensaker og Eidsvoll	2019	Satt i drift 2.3.2020
Anestesi	Utredningsrapport ferdigstilt. Etablert nytt vaktlag LIS og styrking av an.spl. (LIS 4 netter pr uke ble etablert januar 2021. Ytterligere økning til 3 LIS på vakt hele uken er planlagt fra februar 2022. I tillegg bevilget midler for økning fra 4 til 5 anestesisykepleiere på natt fra våren 2022). Revidert teamutkall der sekundærvakt deltar på indikasjon	2019	Følges opp i linjen
Felles akutt-traume- og HLR-utvalg	Etablert ett felles akutt-traume og HLR utvalg.		
Ahus Gardermoen, DP1 kirurgi	Etablert operasjonsvirksomhet for fem stuers drift mandag-fredag, samt felles sengepost med Medisinsk divisjon	2020	2021
Kartlegging av operasjonskapasitet	Kartlegging av nå-situasjon gjennomført	2021	2021
Felles akuttmottak KK	Lokalisering og organisasjonsmodell avklart.	2019	2022

2. Plan for perioden 2022-2026

2.1 Kort om planen

Planen er en videreføring av pågående arbeidet for akutt og kritisk syke pasienter. Som vist i tabell 1.3 er det satt i gang omfattende utviklingsarbeid i flere divisjoner og klinikker, for å gi et best mulig tilbud til sårbare pasienter.

I første del av perioden legges det vekt på å finne gode løsninger for den samlede operasjonskapasiteten, videreføre arbeidet med å styrke akuttmottaket, sette i verk vedtatt styrking av anestesitjenester, og å gjennomføre øvrige prosjekter som er i gang. Dette er tiltak som vil gi tydelige effekter og styrke det samlede tjenestetilbudet for den akutt og kritisk syke pasienten. Arbeidet med barnemottak og kritisk syke nyfødte har sin hovedforankring i delplan for barn og unge.

Flere spesialiserte tilbud som PCI og trombektomi i etableringsfasen. Disse vil, når de er fullt implementert, bidra til å skape helhetlige tilbud til en gruppe pasienter med akutt sykdom.

Gjennom hele planperioden vil det jobbes med strukturen for akuttsykehuset for på kunne planlegge omfang og dimensjonering tilbudet Ahus skal ha innen dette området. Arbeidet har også forbindelse til delplan for psykisk helsevern og rusbehandling. Behovet for en helhetlig dimensjonering av tjenester som sikrer en gjennomgående kapasitet for de akutt og kritisk syke pasientene er foreløpig ikke tilstrekkelig ivarettatt i de enkelte prosjektene.

Det planlegges å etablere et programstyre med et overordnet ansvar for retning på utviklingen av det samlede tilbudet til akutt og kritisk syke pasienter. Programstyret vil utrede hvordan foretaket kan oppnå en helhetlig gjennomgående og tilstrekkelig kapasitet. Arbeidet blir lagt til grunn for nye tiltak for å motvirke flaskehalser og oppnå best mulig tjenester innen eksempelvis intensiv og overvåking, operasjon, anestesi og akuttmottak. Intensivprosjektet deles av denne grunn i to, med ett løp for bemanningsløsninger, og ett løp som inkluderes i den helhetlige tilnærmingen til dimensjonering og kapasitet.

2.2 Samarbeid med kommuner og bydeler om helhetlige forløp

Gjennom en utredning av helhetlig kapasitet er det viktig å se på hvilke pasienter som må behandles ved sykehuset, og hvilke som skal behandles i førstelinjen. Som følge av befolkningsveksten er det forventet at det også fremover vil være stort press på kapasiteten. Alle pasienter som kan behandles utenfor sykehuset, må behandles utenfor. Det er tett samarbeid med kommunene om å skape gode pasientforløp. Ett av de viktigste tiltakene er å forebygge innleggelse der pasienten vil kunne få bedre tilpasset oppfølging utenfor sykehus. Både hjemmebaserte tjenester, kommunale akutte døgnenheter og korttidsopphold på sykehjem tilbys pasientene ut fra deres behov.

På sykehuset jobber akuttpoliklinikken forebyggende ved å avklare pasienter i akuttmottaket, og avtale videre oppfølging med pasient, fastlege og kommune. For pasienter med kronisk sykdom vil det kunne være aktuelt med digital hjemmeoppfølging i samarbeid med kommunen, for å hindre at behovet for akuttinnleggelse oppstår. I den videre utviklingen av helsefelleskapet vil det jobbes med å styrke samarbeidet om pasientene, slik at tilbudet oppleves sammenhengende for pasienter og pårørende. Teknologiske løsninger som understøtter sømløs behandling på tvers av omsorgsnivåene vil være nødvendige verktøy for å oppnå denne målsetningen.

2.3 Hvordan tiltakene kan gi økt kvalitet og pasientsikkerhet

Gjennom helhetlig innretning av tilbudet til akutt og kritisk syke pasienter må det defineres hva som er øyeblikkelig hjelp. Det gir økt sikkerhet for at pasientene får riktig hjelp til rett tid. Nye arbeidsprosesser og god flyt vil bidra til bedre utnyttelse av den samlede kapasiteten, økt trygghet blant helsepersonell og bedre pasientopplevelser. Et sentralt tiltak vil være arbeidet med rett plassering av pasienter innen intensiv og overvåkning, slik at alle får behandling i tråd med sitt spesifikke behov.

Ved nye rutiner for preoperative forberedelser, for eksempel innføring av obligatoriske felt i operasjon-oppmeldingsskjema (grønnskjema) vil det bli enklere å utføre prosedyrene korrekt. Måltrettet styrking av kompetanse i front i akuttmottaket vil bidra til raskere avklaringer og motvirke at pasienter blir liggende lenge og vente på hjelp.

2.4 Hvordan mangfold og migrasjonshelse skal ivaretas

Et godt pasientforløp forutsetter at pasienten er godt informert om hva behandlingen innebærer, hva pasienten skal gjøre før de møter opp til planlagt behandling, og ikke minst at de vet når og hvor de skal møte opp.

Noenutsettesler av operasjoner skyldes at pasientene ikke møter opp til timen, møter opp på feil behandlingssted eller ikke har oppfattet hva de må forberede seg på, som å møte fastende. Dette er en utfordring, for Ahus, hvor mange av innbyggerne i opptaksområdet ikke har norsk som morsmål. Også norskspråklige pasienter kan som følge av livssituasjon eller helsemessige forhold ha problemer med å forstå skriftlig informasjon som sendes ut fra sykehuset.

Flere fagmiljøer har derfor allerede begynt på et arbeid med å revidere innkallingsbrev, for å gjøre informasjonen mer lettfattelig. Arbeidet med videre utvikling av pasientinformasjon skal sikre at informasjonen er lettfattelig og tilgjengelig på relevante språk.

2.5 Oversikt over planlagte prosjekter og tiltak

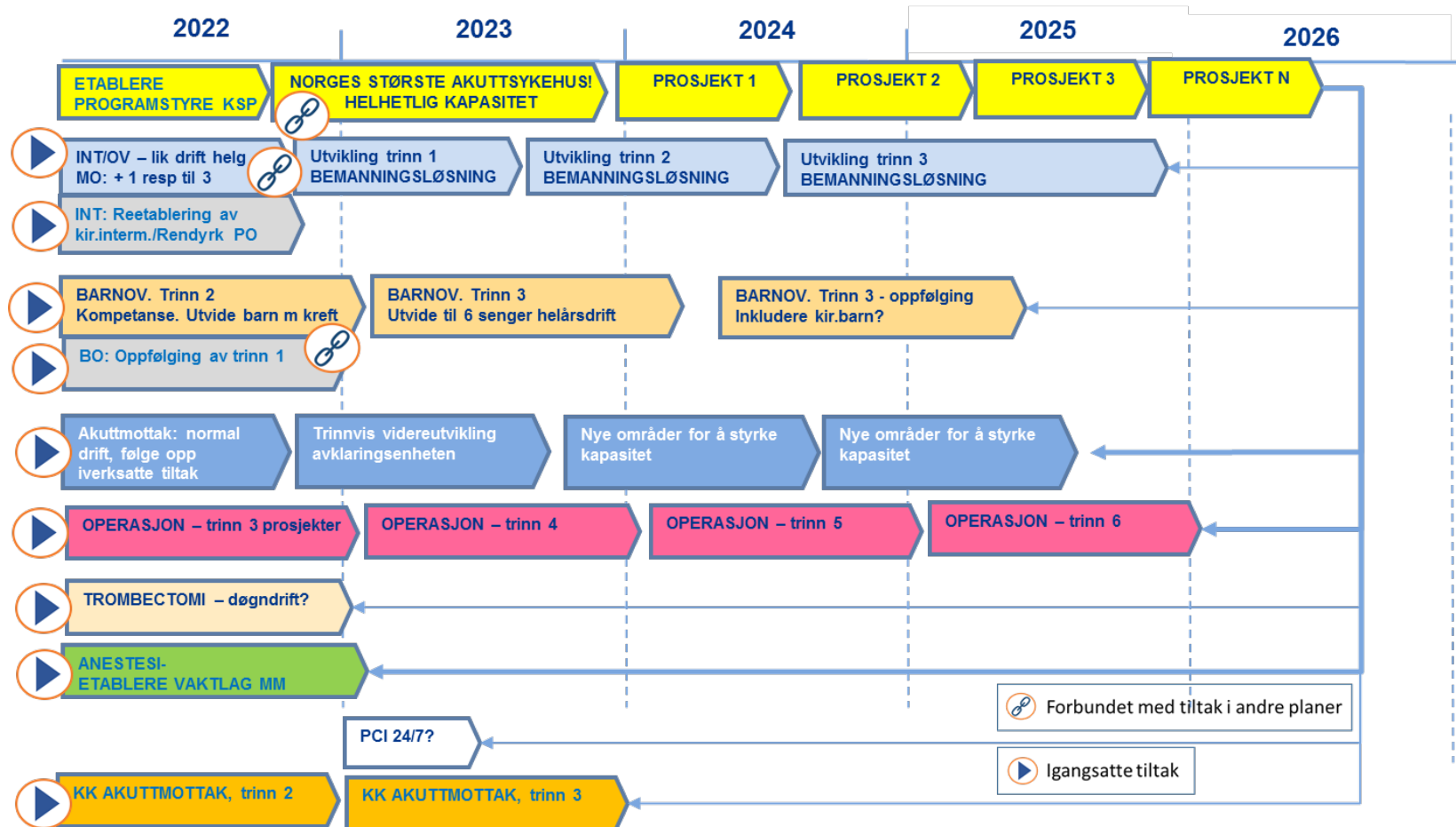
Mål	Planlagte tiltak i perioden	Hva skal gjøres i 2022	Hva må til for å lykkes
Forprosjekt operasjonskapasitet (prosjekt i regi av KD, OK, KK) - Operasjonskapasitet Ahus brukes på en best mulig måte - Sikre at pasienter får riktig behandling til riktig tid, spesielt kreft og ø-hjelp - Ha operasjons-kapasitet som muliggjør overholdelse kreftpakkeforløp - Identifisere andre vesentlige forhold som påvirker drift og operasjons-kapasitet	Trinn 2: workshops for å bli dele utfordringer og vurdere alternative løsninger arrangeres høst 2021 Trinn 3: implementere besluttede løsninger fra vår 2022 gjennom egne prosjekter	Trinn 3: implementere besluttede løsninger fra våren 2022 Samarbeid og bidra inn i konseptfase Nytt kreft og somatikkbygg	- Helhetlig perspektiv, på tvers av lokalisasjoner, fagmiljø og profesjoner - Berørte har eierskap til valgte løsninger - Prosesstid til større endringer - Grundig informasjonsarbeid - Følge opp arbeidet til tiltak er godt etablert i praksis
Prosjekt Akuttmottak (Sykehusovergripende)	- Gjenopptatt normaldrift i akuttpoliklinikk /avklaringsenhet og ferdigstilt utredning fase 1 for videreutvikling av enheten - Etablert sone kir/orto i akuttmottaket - Gjenoppta samarbeidsmøter alle fagsøyler - Få erfaringer med ny kapasitetstavle, teamutkall og EQS prosedyre kritisk drift - Utrede løsninger for særskilte pasientgrupper	Avvikle covid 19 drift 2021-2022 Se ve. kolonne	Avvikle covid-drift Deltagelse fra kirurgiske fagmiljø i oppbygging kir/orto-sone, inkl. økt poliklinisering av kir.pasienter og raskere avklaring av disse Eieforhold fagsøylen
Prosjekt felles akuttmottak KK (følges opp av KK)	Målet er å opprette et felles akuttmottak 24/7 for gynekologi og fødselshjelp på Nordbyhagen for å forbedre pasientsikkerhet, pasientflyt for igangsatte fødsler og få bedre oversikt og koordinering av kapasitet på kveld, natt og helg. Lokalisering og organisasjonsmodell er avklart.	Januar - april: Arbeidsflyt og pasientflyt avklares på detaljnivå. Omstillings-prosess gjennomføres. Ombygging av lokaler i 5. etasje. April-juni: gradvis implementering September: Full drift	
Prosjekt Barneovervåkning (følges opp av BUK)	Kontinuere kompetanseoppbygging, leger og sykepleiere (2022) Utvide tilbudet inkl barn med kreft (2022) Oppstart fase 3 til 6 senger BO helårsdrift, samt utrede og inkludering av barn med kirurgiske problemstillinger (2023)	Håndtere RS situasjon høst/vinter 2022 Se øvrig ve. kolonne	4.bølge covid avsluttet inkl. RS barn Rekruttering/ kompetanse Økt samarbeid voksen-barn og mellom divisjonene

Mål	Planlagte tiltak i perioden	Hva skal gjøres i 2022	Hva må til for å lykkes
Prosjekt Intensiv/overvåking (sykehusovergripende) Prosjektet deles i to: - Dimensjonering av tjenester tas inn i et helhetlig arbeid kalt «Norges største akuttssykehus» - Bemanningsløsninger på kort-mellom-lang sikt. Arbeidet bygger videre på erfaringer fra Driftsutvalget og ledes av HR i samarbeid med driftsutvalget	Del A: Dimensjonering: A. Fastsette nødvendig kapasitet int/ov Ahus (2021-2022) B. Fastsette behov lang sikt C. Differensiering av kapasitet/året Del B. Bemanningsløsninger for å løse: D. Lik drift helg som ukedag (22-25) E. Videreutvikle intensiv- og overvåkings-kapasiteten (22-25) – link her også mot del A F. Tilgjengelig reserve-kompetanse (22-25) G. Tilstrekkelig respiratorkompetanse MO (22-23) Øke med - 1 seng (2022) - 1 seng (2023-2024)	Se ve. kolonne	Bli ferdig med covid Reetablering av kirurgiske intermedisærseger Få erfaringer av kortsiktige tiltak (1.9.-påskan 2022) slik at dette kan tas med videre i det langsiktige arbeidet Oppnå lik drift ukedag/ helg Helhetstilnærming til problemstillinger og løsninger
Prosjekt Trombectomi	Det planlegges med utvidet åpningstid dagtid til kl. 18 fra 6.9.21, og døgntilbud er planlagt fra 1. februar 2022. Gradvis opptrapping mellom 1. januar og 1. februar	Døgntilbud	Kompetanse Trening/simulering hele sløyfa Anestesiavdelingen har kapasitet
Anestesi (følges opp av KD)	Trinn og tiltak fastsettes av linjen	Implementering av styrket vaktskift LIS anestesileger Økt anestesisykepleiertjeneste natt	
Akutt PCI (Følges opp av hjertemedisinsk avdeling)	Målet i fortsettelsen er invasiv kardiologi med komplett 24/7 tilbud både elektivt og akutt. Det jobbes nå aktivt mot HSØ for godkjenning for STEMI-behandling 24/7.		Følges opp av linjen Godkjenning HSØ Øvrige del av kjeden er forberedt (anestesi, intensiv, HO; MO)
Strukturelle forhold	Systematisk og fast BEST trening i akuttinntak/trening på akutte hendelser. Etablere programstyre KSP. Programstyre får i oppgave å Utrede hva betyr det å være Norges største akuttssykehus på helhetlig dimensjonering av tjenestene ved Ahus? Vurdere hvilke akuttmedisinske tilbud Ahus skal ha herunder rolle ift traumer Simulering av kapasitet og vurdering av ulike modeller for løsning. Fastsette nødvendig intensiv/overvåkingskapasitet på mellomlang- og lang sikt vil bli adressert her		

2.6 Prosesstegning

Plan 2022-2026

Delplan for akutt og kritisk syke pasienter



Delplan for kreft 2022-2026

1. Om satsningsområdet

Akershus universitetssykehus har utarbeidet en Kreftplan for perioden 2017-2030 som legger føringer for hvordan helseforetaket skal jobbe med å utvikle sin kreftomsorg.

1.1 Bakgrunn

Kreftomsorgen skal organiseres innenfor rammene av et akkreditert tematisk kreftsenter med helhetlige pasientforløp og med forskning integrert i forløpene.

Det skal ferdigstilles et nytt bygg mot slutten av planperioden der nye behandlingsmodaliteter i form av strålebehandling skal etableres. Økonomisk bærekraft er et viktig fundament for all fremtidig utvikling og aktivitet.

1.2 Målsetning

Delplanen gir en tematisk oversikt over nødvendige prosjekter og prosesser som må gjennomføres for å realisere kreftplanen innenfor planperioden. Delplanen tar for seg de nødvendige tiltakene de neste fem årene. Det planlegges bredere involvering i delplanarbeidet fra våren 2022.

1.3 Det som er oppnådd så langt

Prosjekttittel	Resultater (stikkord)	Implementering år
Opplæring i klinisk kommunikasjon	4 Gode Vaner etablert	2017
Etablering av robotkirurgi	Etablert 2 operasjonsroboter i drift	2018
Etablering av PET-CT	Etablert i drift	2020
Etablering av onkologisk sengepost	Bygging og innflytting i slutfasen	2022
Prosjektinnramming KSB	Godkjent i HSØ 21.10.21	2021

2. Plan for perioden 2022-2026

2.1 Kort om planen

Kreftplanen ligger til grunn for delplanen. Delplanen er ment å bidra til en operasjonalisering av Kreftplanen og beskriver overordnet prosjekter og tiltak ment gjennomført i tidsperioden 2022-2026. Delplanen er delt inn i fire overordnede innsatsområder med tilhørende prosjekter.

- **Innsatsområde 1** omhandler prosjektplaner for organisering av kreftomsorgen for realisering av målbildet «tematisk kreftsenter med strålebehandling».
- **Innsatsområde 2** omhandler prosjektplaner for etablering av «Helhetlige pasientforløp for kreft» innenfor rammene av et tematisk kreftsenter.
- **Innsatsområde 3** omhandler prosjektplaner mot målbildet «akkreditering av et tematisk kreftsenter».
- **Innsatsområde 4** omhandler prosjektplaner for etablering av et nytt kreft- og somatikkbygg på Ahus Nordbyhagen.

2.2 Oversikt over planlagte prosjekter og tiltak i innsatsområde 1, Tematisk kreftsenter med strålebehandling

Prosjekt kreftprogramstyre

Kreftomsorgen på Ahus må utvikles strategisk og styres helhetlig og koordinert på tvers av fagsøyler, på veien fram mot et tematisk kreftsenter.

Det er behov for et operasjonelt beslutningsnivå under sykehusledelsen, som i tillegg til å utarbeide forslag til strategiske beslutninger kan koordinere utviklingen av en helhetlig kreftomsorgen ved Ahus. Det må utarbeides et ansvars- og beslutningsmandat for programstyre for kreftomsorgen ved Ahus..

Kreftprogramstyret bør koordinere operativ ledelse mellom klinikker, og strategisk ledelse av Ahus i når det gjelder kreftrelaterte tema innenfor pasientbehandling, forskning og utdanning/kompetanseutvikling.

Følgende ansvarsområder omfattes:

- (i) strategisk utvikling av kreftomsorgen,
- (ii) måloppnåelse på pasientopplevd kvalitet av kreftomsorgen,
- (iii) måloppnåelse på medisinsk behandlingskvalitet i kreftomsorgen, (
- (iv) akkreditering av kreftsenteret,
- (v) måloppnåelse innenfor de definerte forløpstider i pakkeforløpene.

Prosjekt fagråd for kreft

For å sikre en sterk faglig røst inn i det strategiske utviklingsarbeidet bør det etableres et forum med klinikknære fagpersoner. Fagråd for kreft skal være et organ som bistår kreftprogramstyret når det gjelder utviklingen av den tverrgående virksomheten innenfor kreftområdet knyttet til diagnostikk, behandling, utdanning/kompetanseutvikling og forskning. Sammensetningen av fagrådet skal ivareta både de pasientnære og de fagspesifikke perspektivene. Det skal sørge for at den fagspesifikke utviklingen innenfor de forskjellige fagene som behandler kreftpasienter blir tatt hensyn til i den strategiske utviklingen av kreftomsorgen, samtidig som mulige synergieffekter synliggjøres.

Det etableres et prosjekt for å etablere et fagråd for kreft og for å definere hvilket ansvar som skal legges til dette. Følgende satsingsområder omfattes:

- (i) utvikling av klinisk praksis,
- (ii) utvikling av pasientforløp
- (iii) utvikling av tverrgående forskningsprosjekt,
- (iv) utvikling av synergieffekter.

Prosjekt forløpsansvarlig

Prosjektet har som mål å etablere en funksjon som forløpsansvarlig for hvert pasientforløp, slik de er definert i pakkeforløpene. Forløpsorganisering av standardiserte pasientforløp er basert på en koordinert innsats på tvers av avdelinger og divisjoner, og med kommuner og bydeler. Linjeorganisering byr på utfordringer knyttet til gode overganger internt.

Forløpsansvarliges hovedoppgaver omfatter å sette i verk strategiske beslutninger knyttet til pasientforløpet, måling av pasientopplevd kvalitet, forbedringstiltak, koordinering av samarbeid mellom interne og eksterne aktører, samt integrering av forskning i pasientforløp. Det vil i det videre arbeidet være sentralt å etablere møtefora for diskusjon av måloppnåelse og forbedring av samhandlingen i forløpet. Forløpsansvarlig vil lede dette arbeidet og ha ansvar for måloppnåelse.

Det skal etableres tett samarbeid med kommunene om overganger mellom omsorgsnivåene og felles satsninger for å bedre pasientforløpene. Det må belyses hvilken rolle helsefelleskapene skal ha i et slikt samarbeid.

I arbeidet med å etablere forløpsansvarlig må det avklares med fagavdelingene hvordan ansvar og oppgaver skal fordeles, og hvilken samarbeidsform som er egnet til forbedring av pasientforløpene.

Prosjekt forløpskoordinator

De fleste pakkeforløpene har i dag forløpskoordinatorer, men ikke alle. I tillegg er det stor variasjon i hvordan denne rollen utøves. Prosjektet har som hovedmål å etablere egne forløpskoordinatorer for alle de 26 organspesifikke pakkeforløpene med definerte funksjonsbeskrivelser. Forløpskoordinator vil være pasientens kontaktperson og veileder gjennom behandlingsforløpet og sikre den operative gjennomføringen av overgangene mellom behandlende avdelinger i pasientforløpet.

Prosjekt samlokalisering av tjenester

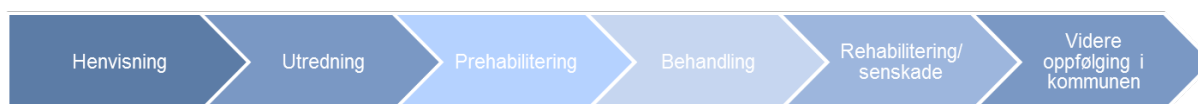
Det etableres flere prosjekter for å få til gevinster av å samlokalisere tjenester. Samlokalisering bør utredes innen et brystdiagnostisk senter, et prostatasenter, felles infusjonsenhet, samling av diagnostiske tjenester og samlokalisering av døgnpåse for kreftpasienter. I tillegg vil det sees nærmere på eventuelle gevinster knyttet til samlokalisering av palliasjonspasienter og pasienter i kurativ kreftbehandling.

Etablere strålebehandlingstilbud

I forkant av etableringen av strålesenteret vil det være i et prosjekt for kompetanseoppbygging innen stråleterapi, i samråd med onkologisk avdeling og kompetanseavdelingen.

2.3 Oversikt over planlagte prosjekter og tiltak i innsatsområde 2, Helhetlige pasientforløp for kreft

Et hovedmål med utviklingen av kreftomsorgen ved Akershus universitetssykehus er å utvikle helhetlige pasientforløp. Dette innebærer å utvide definisjonen av pakkeforløp til også å omfatte diagnostikk, prehabilitering, behandling, rehabilitering og palliasjon. Læring- og mestringsopplæring er en integrert del av både pre- og rehabilitering.



Prosjekt pakkeforløp hjem, samarbeid om overgangene fra spesialisthelsetjeneste til primærhelsetjeneste

Helsedirektoratet har utarbeidet pakkeforløp hjem for kreftpasienter som skal implementeres nasjonalt i 2022. Hensikten med pakkeforløp hjem er å sikre forutsigbarhet for pasientene og kvalitet i utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgstjeneste. I prosjektarbeidet skal det beskrives hvordan pasientens behov skal kartlegges og samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste skal etableres.

Prosjekt prehabilitering i kreftforløp

Pasientforløpene bør bygges rundt de definerte pakkeforløpene. Prinsipielt bør pasientforløpene bygges opp med hovedkomponentene **diagnostikk, prehabilitering, behandling og rehabilitering**.

Både prehabilitering og rehabilitering bør inneholde ernæringsveiledning, fysisk treningsveiledning og et lærings- og mestringsstilbud, tilpasset det enkelte pakkeforløp. Prehabilitering har som hovedmål å mobilisere ressursene i og rundt pasienten for å sette de i best mulig i stand til å tåle behandlingen fysisk og psykisk. Dette vil utredes og tilpasses det enkelte kreftpakkeforløp, siden symptomdebut, utredning, behandling og forløpstider varierer mellom kreftpakkeforløpene. Arbeidet vil ha flere delprosjekter knyttet til de eksisterende pakkeforløpene. For å kunne inkludere flere pasienter i prehabilitering bør det utredes i hvilken grad prehabilitering kan tilbys i pasientens hjemkommune under veiledning fra helseforetaket. Det skal gjennomføres et samarbeidsprosjekt med kommuner for å etablere prinsipper fra prehabilitering i hjemkommunen.

Etablere lærings og mestringsstilbud i alle kreftforløp

Det vil bli satt i gang et prosjekt for etablering av lærings- og mestringsstilbud i de kreftforløpene som i dag ikke har et slikt tilbud. Det omfatter kartlegging av opplæringsbehov, innhenting av kunnskapsgrunnlag og erfaringer fra andre helseforetak, samt utvikling av innhold i samarbeid med kommuner og bydeler.

Etablere Vardesenter for likemannsarbeid

Det vil bli et prosjekt for etablering av et Vardesenter i samarbeid med Kreftforeningen. Vardesenteret vil kunne supplere Pusterommet i være arena både for prehabilitering og rehabilitering. I tillegg vil det være arena for likemannsarbeidet.

Etablere kreftrehabilitering

Etablering av kreftrehabilitering som tilbud til alle kreftpasientene utredes i et eget prosjekt. Rehabiliteringstilbudet bør minst omfatte ernæringsveiledning, tilpasset fysisk trening og læring og mestringstilbud. I tillegg vil det vurderes å opprette en senskadepoliklinikk for pasienter med senskader etter kreftbehandling.

Kvalitetsmål må etableres

Måling av pasientopplevd kvalitet i tillegg til medisinsk behandlingskvalitet vil være et viktig grunnlag for videre forbedringsarbeid og utvikling av tjenestetilbudet. Det vil derfor i samarbeid med fagavdelingene etableres et prosjekt for etablering av rutiner for regelmessig måling og oppfølging av både behandlingskvalitet og pasientopplevd kvalitet for alle kreftpakkeforløp.

2.4 Oversikt over planlagte prosjekter og tiltak i innsatsområde 3, Akkreditering

Et annet hovedmål er å oppnå akkreditering som kreftsenter av Organisation of European Cancer Institutes (OECI) for å sikre en ekstern evaluering av kvaliteten av kreftomsorgen ved Akershus universitetssykehus.

Tilrettelegge for tematisk forskning og etablere nye møteplasser

Det etableres et prosjekt for utredning av tiltak for økt tematisk forskning rundt de store pasientforløpene og som en del av pasientforløpene. Prosjektet er forbundet med delplan for forskning og innovasjon og delplan for nye oppgaver og videreutvikling av pasienttilbudet.

Etablere en strategisk plattform for kreftsenteret som inneholder mål og tiltak for pasientforløp, forskning og kvalitetsarbeid

Det etableres et prosjekt for utvikling av en strategisk plattform for kreftsenteret. Følgende satsingsområder bør omfattes: (i) mål og tiltak for pasientforløp, (ii) mål og tiltak for forskning, (iii) mål og tiltak for kvalitetsarbeid. Dette arbeidet vil ta inn over seg forutsetningene for akkreditering definert av Organisation of European Cancer Institutes

2.5 Oversikt over planlagte prosjekter og tiltak i innsatsområde 4, Nytt Kreft og somatikkbygg med strålebehandlingskapasitet

For å møte fremtidig fremskrevet behov for somatisk behandlingskapasitet og organisere kreftomsorgen innenfor rammene av et tematisk kreftsenter har Akershus universitetssykehus planlagt å reise et nytt krefte og somatikkbygg (KSB). Arbeidet er koblet til eiendomsstrategien.

Konseptfase KSB

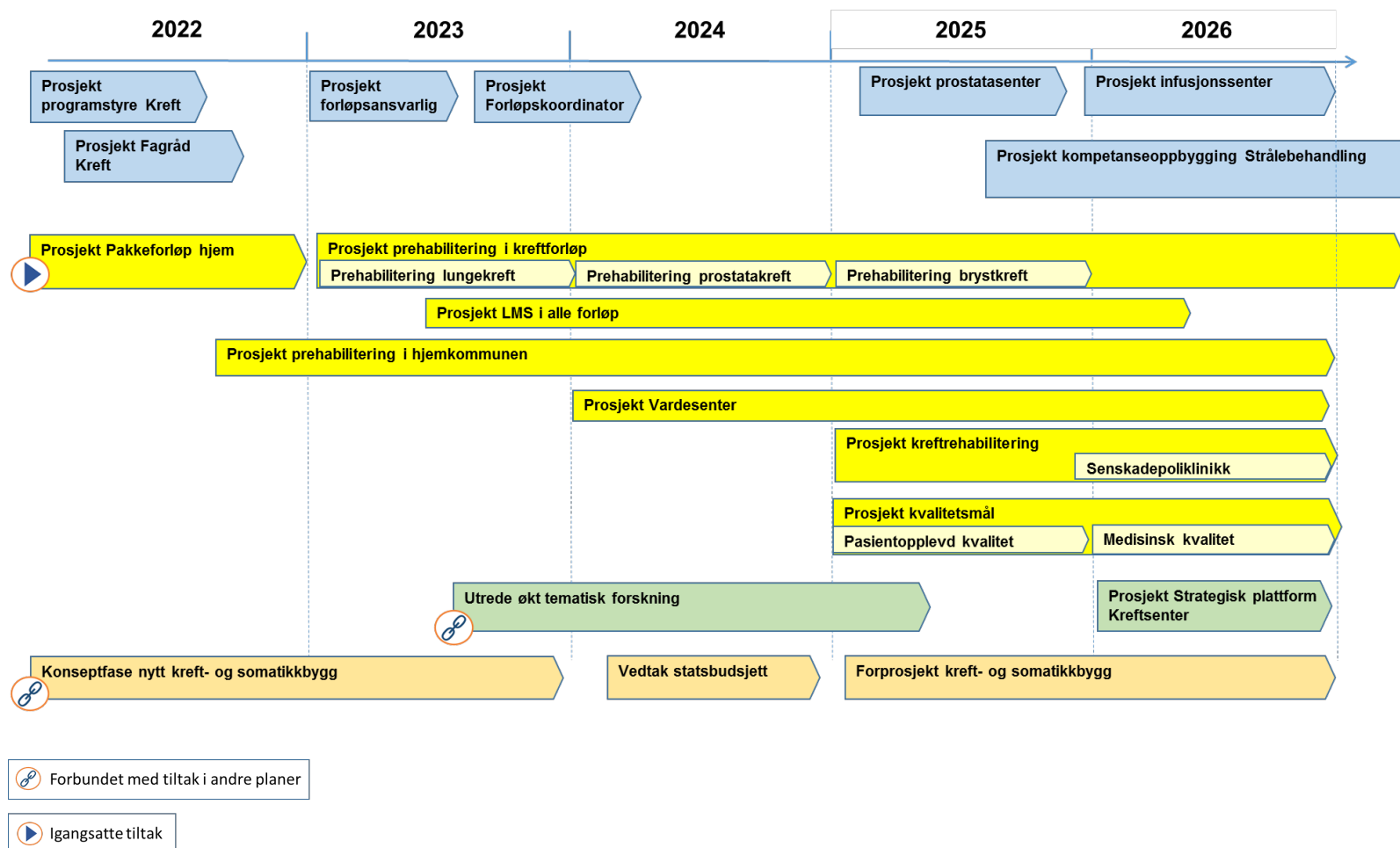
Konseptfase arbeidet vil gjennomføres i tråd med tidligfaseveilederen for sykehusbygg.

Forprosjektfase KSB

Forprosjektfase arbeidet vil gjennomføres i tråd med tidligfaseveilederen for sykehusbygg.

2.6 Prosesstegning

Kreftplan



Delplan for psykisk helsevern og rusbehandling 2022-2026

1. Om satsningsområdet

Delplanen for psykisk helsevern og rusbehandling (PHR) er et strategisk verktøy inndelt i fire innsatsområder, med tilhørende hovedmål og delmål.

1.1 Delplan

Nye forslag og tiltak som foreslås i perioden er konkretisert og vil løpende bli vurdert for ordinær drift eller som særskilte prosjekt. Omstilling og utvikling av pasienttilbudene omtales som muligheter.

1.2 Målsetning

Med bedre arbeidsdeling, tverrfaglig samarbeid og bruk av teknologi er det et mål å utvikle gode og trygge tjenester for pasientene. Satsninger som satt i gang skal videreføres. Gjennom et bredt samarbeid på tvers av avdelinger og nivåer vil det strategiske utviklingsarbeidet utføres i tråd med føringer i så vel nasjonale, regionale og lokale fag- og utviklingsplaner.

Tjenesteområdet psykisk helse og rus står for tjenester til mange pasienter med sammensatte lidelser. Sammenfattet handler det om følgende målsetning:

- Samarbeid og bruk av tverrfaglig kompetanse i møte med pasienten
- Legge til rette for økt brukerinvolvering og pasientens mulighet for mestre egen sykdom
- Bruke teknologi og nye arealer til å utvikle og øke tilgjengeligheten til tjenestene

1.3 Det som er oppnådd så langt

Prosjektittel/mål	Resultater (stikkord)	Påbegynt år	Implementering år
Innføring av pakkeforløp	• Voksne • Barn og unge • TSB	2018-19	2019/2020
Prosedyrer for sammenhengende behandlingsforløp for spiseforstyrrelser	• Oppdatert for barn og unge	2016	2021
Økt digital utvikling	• Alle allmennpoliklinikkene bruker systemer for skjermabasert elektroniske kartlegging og evaluering i pasientbehandlingen • Videokonsultasjonsløsninger tilgjengelig på alle utelokaliteter i DPH. • E-mestring implementert i alle DPS unntatt DPK i 2021	2019-2020	2020-21
Samle sykehusbasert psykisk helsevern på samme behandlingssted	• Konseptfase gjennomført • Påbegynt OU prosess	2017/18	2021
Aktiv fagutvikling og forskning	• 29 FOU prosjekter og publiserte 35 vitenskapelige artikler i 2020	2017	2020
Skape gode og trygge pasientforløp	• Arbeidet med å redusere bruken av tvang • Avholdt kurs i MAP-Møte med aggresjons og volds-problematikk • Etablert felles akuttmodtak TSB • Etablert lokalt nettverk for å forebygge selvmord	2018/19 2019 2019	2021/22 2020/21 2020

1.4 Innsatsområder med mål og tiltak

Å føre dialog med ansattegrupper og tillitsvalgte om tiltak i planperioden er en sentral målsetning.

Innsatsområder med hoved- og delmål i divisjon psykisk helse og rus 2022-2026

Samhandling om helhetlige og tilgjengelige tjenester  Hovedmål - utvikle helhetlige, koordinerte tjenester til barn og unge og personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer Tiltak - Etablere FACT team i alle DPS. - Øke bruken av brukerstyrte innleggelser - Etablere helhetlig behandlingstilbud til pasienter med moderat - dyp utviklingshemming, autisme, atferdsproblematikk og psykiske tilleggslidelser - Utvikle nye inntaksmodeller i samarbeidet med kommuner/ fastleger/avtalespesialister - Styrke samarbeidet med kommunale legevakter for å forebygge unødige innleggelser på sykehus	Gode Pasientforløp  Hovedmål - Styrke brukermidvirkning og øke kunnskapen om brukernes opplevelser, med et tydelig fokus på forebygging Tiltak - Videreføre arbeidet med å implementere pakkeforløpene - Måle og systematisere pasientens erfaringer i døgnet og poliklinikk - Vurdere samhandlingstiltak om utvalgte pasientgrupper på tvers av divisjoner og klinikker - Videreføre arbeidet med riktig og redusert bruk av tvang - Forebygge selvmord/ redusere selvmordsrisiko i pasientforløpene - Klart språk og tilpasset informasjon	Forberede divisjonen på å ta i bruk nytt senter  Hovedmål - Realisere gevinster og synergier ved å samlokalisere sykehusbasert psykisk helsevern i nytt bygg Tiltak - Gjennomføre organisasjon-utviklingsprosessen i divisjonen og utvikle et godt driftskonsept for et nytt senter for sykehusbasert psykisk helsevern.	Forskning, Utvikling og kompetanse  Hovedmål - Styrke divisjonens forskningsaktiviteter, og integrere den i klinikken. - Ta i bruk nye digitale løsninger i pasientbehandlingen Tiltak - Øke antallet stillinger i avdelingene for å øke klinikkens forskning og antall kliniske studier - Opprette forskningsutvalg - Kartlegge kompetanse på utvalgte pasientgrupper og vurdere felles kompetansetiltak - Økt brukerstyring og avstandsoppfølging av pasienter - Implementere E-Mestring for angst, depresjon og alkohol. - Bredde CW i hele divisjonen. - Etablere kvalitetsregistre
---	--	---	---

1.4.1 Innsatsområde: Samhandling om helhetlige og tilgjengelige tjenester

Hovedmål: Utvikle helhetlige, koordinerte tjenester til barn og unge og personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer.

Tiltak

- Etablere FACT-team i alle DPS
- Øke bruk av brukerstyrte innleggelser
- Vurdere samhandlingstiltak om utvalgte pasientgrupper (Spiseforstyrrelser, pasienter med psykisk lidelse og samtidig rusmisbruk, pasienter med utviklingshemming og psykiske lidelser, herunder behovet for kompetanse og bruk av multiple team på tvers av avdelinger/ seksjoner)
- Utrede hvordan tilbudet til pasienter med moderat til dyp utviklingshemming, autisme atferdsproblematikk og psykiske tilleggslidelser for voksne kan bli mer helhetlig
- Utvikle nye inntaksmodeller i samarbeidet med kommuner/ fastleger/avtalespesialister.
- Styrke samarbeidet med kommunale legevakter for å forebygge unødige innleggelser på sykehus

1.4.2 Innsatsområde: Gode pasientforløp

Hovedmål: Styrke brukermidvirkningen og øke kunnskapen om brukernes opplevelser med et tydelig fokus på forebygging

Tiltak

- Videreføre arbeidet med å implementere pakkeforløpene/helhetlig pasientforløp*
- Måle og systematisere pasientenes erfaringer i døgnet og poliklinikk
- Vurdere samhandlingstiltak om utvalgte pasientgrupper på tvers av divisjoner og klinikker
- Videreføre arbeidet med riktig og redusert bruk av tvang
- Forebygge selvmord/ redusere selvmordsrisiko i pasientforløpene

- Klart språk og tilpasset informasjon

*Pakkeforløp endret navn til helhetlig pasientforløp fra og med 2022.

1.4.3 Innsatsområde: Forberede divisjonen på å ta i bruk nytt senter

Hovedmål: Realisere gevinster og synergier ved å samlokalisere sykehusbasert psykisk helsevern i nytt bygg

Tiltak

- Gjennomføre organisasjonsutviklingsprosess og utvikle et godt driftskonsept for nytt senter for sykehusbasert psykisk helsevern-PHN

Fra 2026 skal et nytt senter for sykehusbasert psykisk helsevern stå ferdig. PHN prosjektet hadde oppstart forprosjekt januar 2022. Denne fasen av prosjektet skal bygge videre på anbefalingene og løsningsvalgene fra konseptfasen som var ferdig i 2020.

Akershus universitetssykehus har opprettet et klinikkdrevet organisasjonsutviklingsprosjekt som skal gjennomføre de endringer som er nødvendig for at organisasjon utvikles og tilpasses til det fremtidige målbildet, og legges til rette for gevinstrealisering. Formålet er å forberede driftsorganisasjonen på å ta det nye bygget i bruk, å sikre at alle gevinster med samlokalisering hentes ut. Det skal legges forholdene til rette for ønsket faglig utvikling av nye arbeidsformer, tverrfaglig samarbeid ved bedre bruk av teknologi og økt brukerstyring.

Det er et mål å sikre at medarbeidere har felles ferdigheter og kompetanse til å ta i bruk nye arealer, ny teknologi og ny logistikk i det nye senteret. På en god og effektiv måte skal det bygges kompetanse og organisasjon som behøves for å levere et godt grunnlag for gode tjenester til pasientene.

Nytt bygg gir nye muligheter for hele foretaket, og målet er å finne de beste løsningene for fremtidsrettet pasientbehandling. For å kunne oppnå målet, skal det utvikles et godt driftskonsept for nytt senter og for divisjonen. Det handler om å vurdere mer helhetlige og integrerte pasientforløp for utvalgte pasientgrupper på tvers av blant annet somatikk og psykiske helsevern.

Det er startet et arbeid for å se på mulige forbedringer i tilbudet til for eksempel pasienter med spiseforstyrrelser, pasienter som legges inn etter suicidforsøk og selvpåførte intoxer som følge av inntak av illegale rusmidler og alkoholbruk. Arbeidet med nytt driftskonsept for senteret er påbegynt og vil foreligge tidlig i planperioden.

1.4.4 Innsatsområde: Forskning, utvikling og kompetanse

Hovedmål I: Styrke divisjonens forskningsaktiviteter, og integrere den i klinikken

Tiltak

- Øke antallet kombinerte stillinger i avdelingene for å øke klinikknær forskning og antall kliniske studier
- Opprette forskningsutvalg
- Kartlegge kompetanse på utvalgte pasientgrupper (Spiseforstyrrelser, pasienter med psykisk lidelse og samtidig rusmisbruk, pasienter med psykose, pasienter med utviklingshemming og psykiske lidelser) og vurdere felles kompetansetiltak på tvers av avdelinger/seksjoner
- Bygge opp et regionalt kompetansenettverk til personer som har utfordringer knyttet til kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk eller som opplever kjønnsinkongruens eller dysfori

Forskningen innen psykisk helsevern og rusbehandling skal prioriteres i tråd med sentrale føringer og understøtte utviklingen av prioriterte kliniske satsningsområder. Det vil legges vekt på å få mer kunnskap om kliniske tilstander, behandling og organisering av tjenestetilbudet, med hovedvekt på om og hvorfor ulike behandlinger har effekt. Forskning er en viktig forutsetning for utvikling av helsefaget.

Hovedtyngden av forskningen skal knyttes til psykiske lidelser som rammer mange pasienter. Det er et mål å stimulere til flere kombinerte stillinger i avdelingene for å øke klinikknær forskning som

inkluderer flere pasienter og bidrar til økt antall kliniske studier. Ved å inkludere flere pasienter i forskningen ute i avdelingene styrkes integreringen av forskning i alle de kliniske avdelingene. I planperioden er det en ambisjon å etablere forskningsutvalg og med det etablere en lokal arena for å diskutere kunnskapsbehov, prosjekter og resultater i forskning.

Kompetanse

Det legges vekt å kartlegge hvilken kompetanse foretaket besitter på utvalgte pasientgrupper som for eksempel rus og psykisk helse (ROP), pasienter med personlighetsforstyrrelser og psykoser. Det vil deretter vurderes egnede felles kompetansetiltak og gjensidig kunnskapsutvikling som virkemiddel for å utvikle helsefaget og tilbudet til disse pasientgruppene.

Foretaket skal bygge opp et regionalt kompetansenettverk til personer som har utfordringer knyttet til kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk eller som opplever kjønnsinkongruens eller dysfori. Senteret skal bistå lokale BUP 'er og primærhelsetjenesten i opptaksområdet og avlaste Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens ved Rikshospitalet.

Hovedmål II: Ta i bruk nye digitale løsninger i pasientbehandlingen

Tiltak

- Implementere eMestring for angst, depresjon og alkohol
- Bredde CW (Checkware) i hele divisjonen
- Etablere kvalitetsregistre

Det vil bli lagt til rette for økt brukerstyring og avstandsoppfølging av pasienter. Flere pasienter kan motta tjenester på distanse og utbredelsen av e-mestring som verktøy blir sentralt. Det skal implementeres EMestring for angst, depresjon og alkohol. Foretaket har som mål å samle og systematisere erfaringsbasert kunnskap og med det legge til rette for forskning på pasientdata. Etablering av kvalitetsregistre vil stå sentralt i dette arbeidet. Arbeidet i divisjonen har berøringsflater med delplan for nye arbeidsprosesser og teknologi.

2 Plan for perioden 2022-2026

2.1 Utvikling av lokalbaserte tilbud

Det er i utviklingsplanen forutsatt at veksten i tilbudene innen psykisk helsevern og rusbehandling skal skje i de desentraliserte poliklinikkene eller i lokalbaserte tilbud. Dette er i tråd med nasjonale og regionale føringer. Veksten i de polikliniske tilbudene skal være større enn befolkningsutviklingen for å ivareta både økte behov og en ønsket dreining fra døgnbehandling til polikliniske tilbud.

Samtidig er det forventet en endring i arbeidsformer med bruk av både nye digitale løsninger, bl.a. telefon- og videokonsultasjoner, og andre former for interaksjon eller samhandling med pasienter og samarbeidspartnere i kommunale tjenester. Ambulante tilbud er allerede etablert som del av tilbudet ved de fleste enhetene, og med ambisjonene om å etablere FACT- team i alle DPS vil omfanget ventelig gi større fleksibilitet og tilgjengelighet for pasientene.

Det er derfor aktuelt å utrede nærmere hvilke konsekvenser økt poliklinisk aktivitet og endringer i arbeidsformer medfører av økt antall stillinger over tid, kompetansekrav og teknologiske løsninger mm., samt hvilke krav som må stilles mht. tilpasning og dimensjonering av lokalene hvor aktiviteten skal utføres. Dette er planprosesser som involverer både divisjonene DFM og DDT i tillegg til divisjon psykisk helse og rus.

Endring i opptaksområdet i 2030/31 med en overføring av bydelene Alna Grorud og Stovner Oslo universitetssykehus sykehusområde, vil medføre at tilbudet til Nittedal kommune må overføres fra de lokalbaserte tilbudene i Groruddalen til lokalbaserte enheter i Ahus. Det er ønskelig at denne prosessen startes og gjennomføres i god tid før overføring av bydelene i Oslo finner sted.

2.2 Mangfold og migrasjonshelse skal ivaretas

Det vises til foretakets «Langtidsplan for mangfold, likeverd og migrasjonshelse 2022-26». Der tematiseres ønsket om videreutvikling av et likeverdig, helhetlig og kvalitetsmessig godt tilbud til pasienter og pårørende. Delmålene i denne delplanen er i stor grad overlappende og vil således bli ivaretatt av den samlede oppfølgingen av langtidsplanen i foretaket.

Delmål:

- Bruke klart språk og tilpasset informasjon i møte med alle pasienter og pårørende
- Videreutvikle samhandlingen med formål å sikre tilgjengelige tjenester for pasienter med norsk som andrespråk
- Utvikle kompetansemoduler for ansatte som adresserer kultursensitivitet
- Styrke informasjonen til pasienter og pårørende med formål å bygge tillit mellom pasientgrupper og helsepersonell

2.3 Samarbeid med kommuner og bydeler om helhetlige forløp

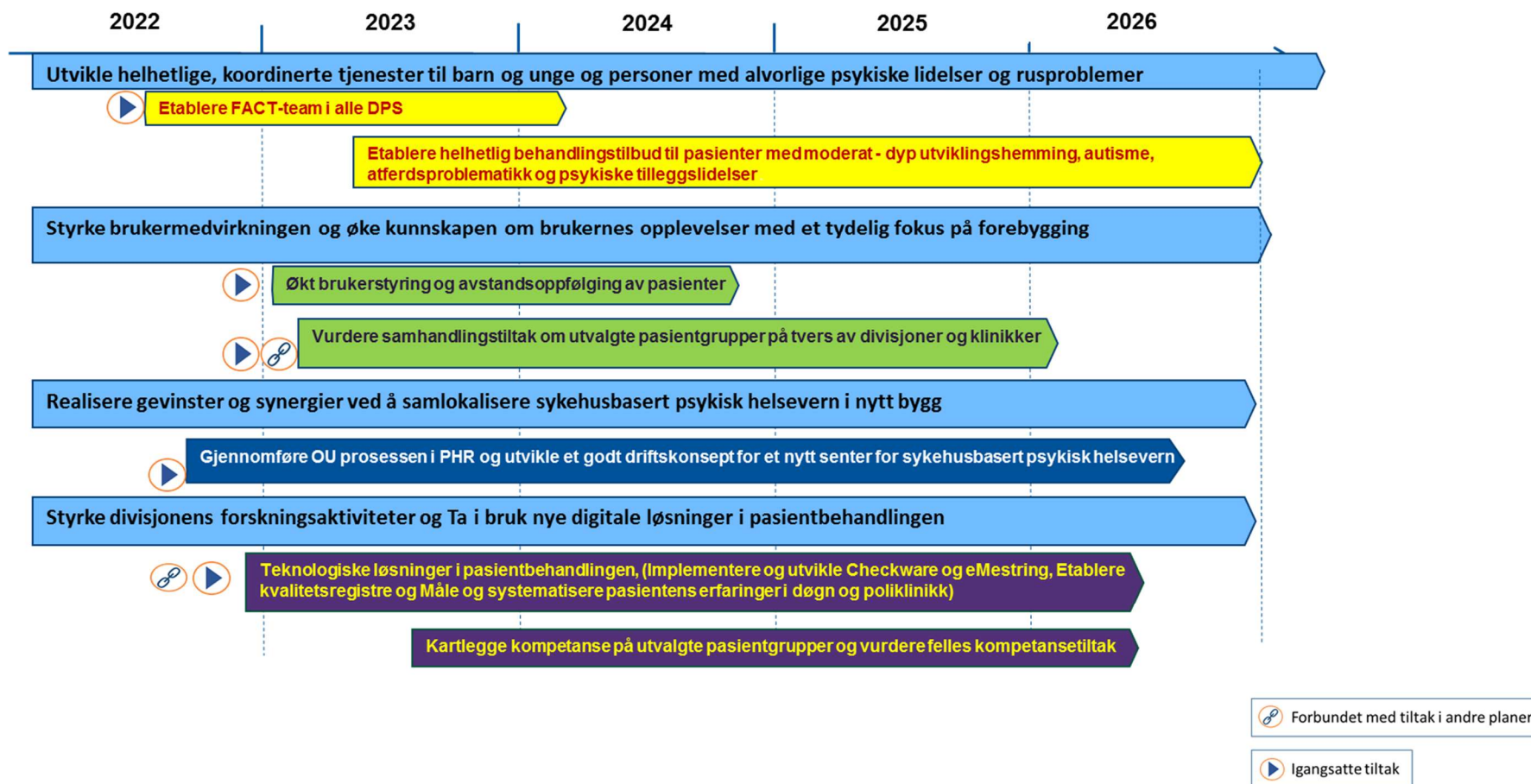
Gjennom godt samarbeid med kommunene skal det jobbes aktivt med bedre felles planlegging og utvikling av tjenestene, slik at det oppnås helhetlige, koordinerte tjenester til blant barn og unge og personer med alvorlig psykisk lidelse og rusproblemer. Med sammensetning av riktig kompetanse vil det bli lagt vekt på å prioritere god oppfølging av pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Ambisjon om etablering av FACT team i områder hvor behovet er størst står sentralt i denne tilnærmingen.

Delmål:

- Gi pasientene tilgang til flere fagpersoner fra flere nivåer samtidig ved bruk av samkonsultasjoner for raskere avklaringer som sikrer bedre flyt og koordinering av tjenesteytingen
- Utnytte samhandlingspotensiale i større grad ved bruk av dialogmeldinger, elektronisk meldingsutveksling/PLO

2.4 Prosesstegning

Prosessoversikt hovedmål og delmål for psykisk helsevern og rus 2022-2026



Delplan for barn og unge 2022-2026

1. Om innsatsområdet

Pasienttilbudet til barn og ungdom er organisert tematisk. Barne- og ungdomsklinikken skal i sitt opptaksområde gi barn og ungdom opp til 18 år somatiske spesialisthelsetjenester.

1.1 Bakgrunn

Klinikken har lokal- og områdeansvar og skal sørge for et trygt akutttilbud og elektive tjenester ved poliklinikk, dagbehandling og habilitering. Klinikken har integrerte psykiske helsetjenester for barn og ungdom i somatisk behandling, og samarbeider tett med divisjon psykisk helsevern. Som universitetsklinikk bidrar Barne- og ungdomsklinikken i utdanning av helsepersonell og har en egen forskningsstrategi.

Barne- og ungdomsklinikken har i perioden 2017-2021 hatt følgende strategiske satsningsområder:

- 1) Overvåkningstilbud til barn
- 2) Sammensatte symptomlidelser
- 3) Kvalitet og pasientsikkerhet
- 4) Palliativ behandling

1.2 Prosjekter som er gjennomført 2017-2021

Satsningsområde	Resultater (stikkord)	Påbegynt år	Implementering år
Overvåkningstilbud til barn	Etablering av medisinsk overvåkingsenhet for barn og ungdom (4 senger i snitt)	2018	2021
Sammensatte symptomlidelser Psykisk helse i somatikk:	Tverrfaglig kompetanse/tjenester inngår til pasientgrupper med sammensatte, komplekse og/eller psykosomatiske behov.	2018	Kontinuerlig
	Musikkterapi integrert i tverrfaglige behandlingstilbudet	2016	Kontinuerlig
Kvalitet og pasientsikkerhet	Forbedringskompetanse og -arbeid.	2018	Kontinuerlig
	Forbedret behandling av pasientrelaterte uønskede hendelser	2018	Kontinuerlig
	Overføring av helseopplysninger til skolehelsetjenesten	2017	2020
Palliativ behandling	Etablering av tverrfaglig barnepalliativt team	2020	2020
	Kompetansebygging hos nøkkelpersoner for kompetanseoverføring internt og til primærhelsetjenesten	2020	Videreføres
	Strukturerte pasientforløp, uavhengig av diagnose og prognose	2020	Pågår
	Rutiner for å ivareta personell som arbeider med barnepalliasjon	2020	2021
Habilitering til barn og ungdom	Ervervet hjerneskade: Implementering av behandlingslinje og oppfølging av nasjonalt prosjekt	2018	Kontinuerlig
	Autismeforstyrrelser: Felles forløp for Likeverdige tjenester (samarbeid mellom avd. BHab og ABUP)	2018	2019
Nyfødtintensiv	Ombygging til familierom og integrering av et familiesentrert tilbud	2018	Kontinuerlig

2. Plan for perioden 2022-2026

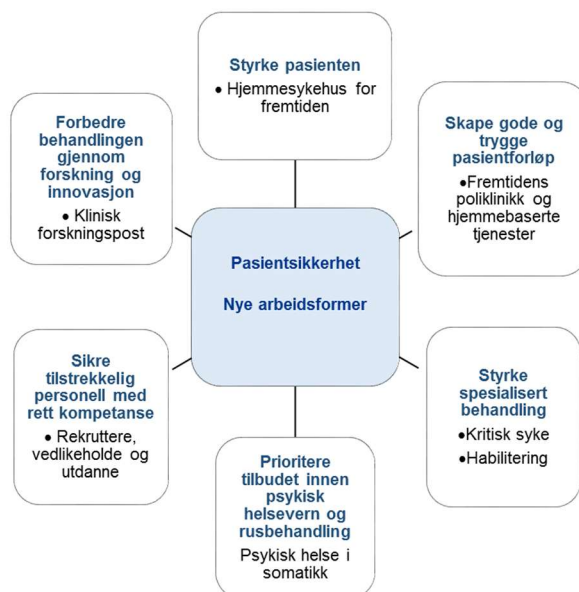
2.1 Kort om planen

Senere års utvikling innebærer økt andel av barn med kronisk somatisk sykdom, alvorlig somatisk sykdom og stressrelaterte psykosomatiske tilstander. Barn og ungdom skal i størst mulig grad behandles utenfor sykehus, og utviklingen går i retning av mer poliklinikk, dagbehandling og hjemmesykehus. Samtidig vil flere av de som legges inn ha alvorlig sykdom og stort behov for overvåking og tverrfaglig tilnærming. Det store antallet fødsler ved foretaket gjør at nyfødtintensiv må bevare og videreutvikle sin beredskap og omsorg for syke nyfødte.

Den medisinske utviklingen gjør at flere barn reddes, og flere vil måtte følges i et livsløp. Samhandling med andre sykehus, hjem og kommune, vil være sentralt fremover og helsefelleskap med kommunene er igangsatt. Klinikk og forskning må integreres bedre i fremtiden, det er behov for flere legemiddel studier tilpasset barn og unge. Samarbeid og god involvering med pasient og pårørende vil fortsatt være en viktig satsning.

Basert på ovennevnte vil utvikling av pasienttilbudene være preget av økt behov for spisskompetanse innen pediatrike sykdommer i årene fremover. Rekruttering, utvikling og utdanning av personell må derfor prioriteres. Foretaket vil i kommende periode legge en samlet plan for strategisk kompetanseutvikling samt tiltak for å beholde ansatte med spisskompetanse. Barne- og ungdomsklinikken vil inngå i satsningen, og i samarbeid med HR vil det utformes tiltak for en mer robust kompetanse og rekruttering innen pediatrike felt og akuttmedisin til barn.

I figuren nedenfor vises en oversikt over innsatsområdene i kommende planperiode:



2.2 Kvalitet og pasientsikkerhet

Gjennom utviklingsarbeidet vil innsatsen for å fremme åpenhetskultur og læring av uønskede hendelser styrkes. Kontinuerlig arbeid for å forebygge uønskede hendelser og lære av gode erfaringer er sentralt, samt fortsatt bygge kompetanse innen kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

- **Overganger.** Fortsatt arbeid med gode og sikre overganger, internt i sykehuset, mellom sykehus og til kommunehelsetjenesten.

- **Brukerinvolvering.** Sikre at pasientene blir en aktiv deltaker i både beslutninger om egen helse og utviklingen av helsetjenester gjennom systematisk involvering av brukere for å utvikle gode og sikre tjenester
- **Pasientsikkerhetsdialoger:** Oppstart av pasientsikkerhetsdialoger kombinert med mulig følgeforskning på området.
- **Minoritetshelse:** Styrke kompetanse innen kulturell forståelse, kommunikasjon og informasjon. Det skal utarbeides en plan felles ved foretaket og klinikken vil iverksette tiltak i tråd med denne.

2.3 Eksterne samarbeidspartnere

Oslo universitetssykehus

Det planlegges å videreutvikle samarbeidet med Barneklirikken ved Oslo universitetssykehus. I planperioden vil det særlig legges vekt på etablering av felles rutiner for å sikre gode overføringer mellom sykehusene, kompetansehevende tiltak og et styrket samarbeid innen utdanning og kompetanse. Utviklingen går i retning av at flere barn overføres tidligere til Ahus, samtidig går flere av pasientene frem og tilbake mellom sykehusene i behandlingsforløpet. Muligheten som ligger i teknologi gjør at det kan utvikles nye former for virtuelt samarbeid, både i form av felles fagmøter og felles pasientkonsultasjoner.

Primærhelsetjenesten

Barn og unge er et særskilt satsningsområde i helsefellesskapet. God samhandling og samarbeid med fastleger, kommunehelsetjeneste og barnehage skole er nødvendig for en helhetlig oppfølging. Helseforetaket, kommuner og bydeler vil legge felles planer for det videre arbeidet.

3. Beskrivelse av innsatsområdene

3.1 Innsatsområde 1: Videreutvikle hjemmesykehus for fremtiden

Avansert hjemmesykehus for barn er et tilbud til barn og ungdom i alderen 0-18 år i deres hjem eller der de oppholder seg (f.eks. skole eller barnehage). I juni 2020 ble det tatt i bruk digitale verktøy, hovedsakelig til pasienter med nyopplaget diabetes type 1. Dette er en ny arbeidsform som kan utvikles videre og utvides til flere ulike pasientgrupper, og som kan tas i bruk av ulike yrkesgrupper i klinikken. Når personell fra Ahus arbeider i pasientenes hjem ligger det også til rette for å etablere samarbeid med tjenester i kommunene. Det er mange områder av denne formen for helsetjeneste som er lite utforsket, og det er behov for flere forskningsprosjekter. For tiden er det to pågående prosjekter:

- Music Therapy in Hospital-at-home with children in palliative treatment
- Transition of tasks and responsibilities from hospitals to municipal healthcare services: implications for nursing collaboration, competence and education. The case of hospital-at-home for children.

Mål

- Videreutvikle verktøyet digital hjemmeoppfølging
- Etablere strukturert samarbeid med kommunene for å sikre helhetlig pasientoppfølging
- Realisere synergieffekter og bredde tilbudet ved et samarbeid mellom ulike ambulerende tjenester

Tiltak

- Videreutvikle digitalt pasientforløp for barn og ungdom med diabetes type 1 (2021-2022)
- Utvikle digitalt pasientforløp for barn og ungdom med kreftdiagnoser (2022-23)
- Identifisere andre pasientgrupper med behov for tilsvarende digitalt forløp og utvikle tilsvarende tilbud (2024-26)

- Implementere digital hjemmeoppfølging blant flere yrkesgrupper for å muliggjøre flytting av deler av tjenestene hjem til pasienten (2022-23)
- Styrke synergi mellom de ulike ambulerende tjenester til barn og ungdom og utrede løsninger for tettere samarbeid (2023-24)
- Individuell tilpasning av behandlingssted (2024-25)

3.2 Innsatsområde 2: Fremtidens poliklinikk og dagbehandling

Flere barn og unge med kroniske lidelser betyr økende antall polikliniske konsultasjoner, dagbehandling og hjemmebehandling. Ny teknologi vil gi mulighet for nye arbeidsformer. For pasienter og foresatte vil digitale løsninger legge til rette for økt brukermedvirkning. Moderne teknologi vil gi mulighet for samkonsultasjoner, der pasienten og behandlere fra ulike tjenestenivåer kan være tilstede digitalt under konsultasjonen. Det er også en forventning om økt klinisk forskningsaktivitet, og det er igangsatt flere forskningsprosjekter der resultatene er direkte relevante for driften.

Mål

- Forbedre pasientflyten ved poliklinikken og sikre kapasitet til økt poliklinisk- og dagbehandling
- Økt brukermedvirkning
- Økt bruk av digitale hjelpemidler i oppfølgingen av pasienter
- Sikre spisskompetanse i tråd med pasientpopulasjonen (subspesialitetene) samt kompetanse innenfor teknologi.
- Økt samarbeid med fastlegene i oppfølgingen av pasienter med kroniske sykdommer

Tiltak

- Digitale hjelpemidler og brukermedvirkning
 - En strukturert innhenting av pasientrapporterte opplysninger tas i bruk hos pasienter med epilepsi og deres foresatte (2022-2023).
- Diabetes:
 - Innføring av «fasttrack barnediabetesjournalen»
 - Digital hjemmeoppfølging i tett samarbeid med hjemmesykehus (tidsplan derfra).
 - Nytt e-læringsprogram om kost og ernæring.
 - Digitalt mestringskurs for barn og ungdom med diabetes og deres familier.
- Pasientflyt:
 - Øke kapasitet på halv-ø-hjelps poliklinikk (time innen 2-3 dager)
 - Utrede mulighet for samkonsultasjoner med andre helsetjenester
 - Etablere klinisk forskningspost i samarbeid med forskningsavdelingen (2022-2024).

3.3 Innsatsområde 3: Ungdomsmedisin

Ungdom har særskilte behov og krever spesielle tilpasninger i møte med helsevesenet. Et økende antall ungdommer lever med kroniske sykdommer. Psykiske plager er utbredt i ungdomsgruppen, og det er høy forekomst av sammensatte symptomlidelser som kronisk utmattelsessyndrom/ME, fibromyalgi og kroniske smertetilstander og irritabel tarmsyndrom. Dette stiller økende krav til kompetanse og en helhetlig tilnærming i helsevesenet.

Mål

Det overordnede målet er å videreutvikle Ahus som et ungdomsvennlig sykehus med helsetjenester tilpasset ungdom. Dette krever tilpasset logistikk, behandling og oppfølging, samt god samhandling mellom sykehusavdelinger og mellom spesialisthelsetjeneste og kommunale tjenester. I den kommende perioden skal det spesielt arbeides med følgende: Sikre likeverdige tjenester til ungdom med akutt og kronisk sykdom.

- Legge til rette for gode overganger til «voksen-helsetjenesten», somatikk og psykisk helsevern
- Forskning på ungdomsmedisinske problemstillinger.

Tiltak

- Oppfølging av fastlege og /helsesykepleier i tillegg til spesialisthelsetjenesten
- Styrke samarbeidet mellom BUK og voksenavdelinger
- Videreutvikle og utvide tilbudet om ungdomssamtaler
- Rutiner for overføring av helseopplysninger fra Ahus til skolehelsetjenesten.
- Implementere digitale skjemaer for brukerrapporterte erfaringer i direkte pasientbehandling.

3.4 Innsatsområde 4: Kritisk syke: Barneovervåking og Barnemottak

Oppbygningen av barneovervåkningen inngår i en gradvis styrking av intensiv- og overvåkingskapasiteten på sykehuset. Det kritisk syke barnet har behov for høyspesialisert kompetanse og tilrettelagte lokaler og utstyr. I oktober 2018 åpnet barneovervåkningen på Ahus med 2 senger. Enheten var blant de første i landet som møter kriteriene for behandlingstilbud, bemanning og kompetanse i «Standard for barneovervåking i Norge» (2018).

Opprettelse av barneovervåkningen har vært en viktig satsning over flere år, og har blitt gjennomført i ulike faser. Enheten ivaretar per i dag opp til 6 medisinske barn i alderen 0-18 år med behov for overvåking og spesialisert behandling på et nivå (svikt i ett organ) som ligger mellom vanlig sengepost og intensivavdeling. Dette gir et stort behov for «skreddersydde» overvåkingsenger med rett kompetanse hos personalet og tilpasset behandlingsutstyr. Det er derfor behov for å gjøre et helhetlig arbeid med forløpet til akutt kritisk syke inklusive flyten i barnemottak mot sengepost og barneovervåking.

Mål

- Etablere overvåkingstilbud til barn og ungdom med kreftdiagnoser
- Opprette lokal tverrfaglig faggruppe etter anbefaling fra Norsk standard for barneovervåking.
- Sikre robust kompetanse innen akuttmedisin og overvåking
- Utvide overvåkingstilbudet til barn og ungdom med kirurgiske og ortopediske diagnoser
- Akuttforløp: Implementere pasientflyt, ressurser og kompetanse

Tiltak

- Videreutvikle kompetansen hos personalet, blant annet gjennom hospitering ved andre overvåkingsenheter
- Sertifiseringsordninger for alt personell på barneovervåkningen
- Videre utvikle rutiner for samarbeid med anestesi og kirurgiske fag.
- Utrede muligheten for å inkludere kirurgiske og ortopediske pasienter på barneovervåkningen

3.5 Innsatsområde 5: Kritisk syke: Kompetanseutvikling og samarbeid med Oslo Universitetssykehus

Sykdomsutviklingen blant barn og ungdom viser at en større andel av innlagte pasienter har kronisk og alvorlig somatisk sykdom. Dette øker behovet for spisskompetanse blant leger og pleiepersonell. Det er behov for interne tiltak som sikrer kontinuerlig kompetanseutvikling, og som gjør det mulig å beholde kompetent personale over tid og bygge opp robuste fagmiljøer. Samtidig må det legges til rette for tettere samarbeid mellom fagpersonene innen forskjellige helseforetak.

Mål

- Videreutvikle og systematisere samarbeidet med andre barneklionikker, særlig ved Oslo Universitetssykehus, både når det gjelder behandlingsforløp av felles pasienter, enighet om kommunikasjonsrutiner samt fagutvikling og forskning.
- Sikre at Ahus er en attraktiv arbeidsplass med arbeidsforhold som skaper og opprettholder en stabil personalgruppe med spisskompetanse.

Tiltak

- Videreutvikle samarbeidsstrukturer med Oslo Universitetssykehus
- Utvikle og implementere en rekrutteringsstrategi, der forskning og fagutvikling inngår som et av flere virkemidler.
- Koordinatorroller for komplekse pasientgrupper og etablere pasientforløp med felles rutiner for overganger mellom HF
- Flere utdanningsstillinger og utvikle traineeprogram

3.6 Innsatsområde 6: Kritisk syke: Nyfødtmedisin

Nyfødt intensivavdeling er landets nest største avdeling for premature og syke nyfødte barn. Antall innleggelser per år er ganske stabilt, samtidig som den medisinske kompleksiteten øker fordi flere barn med lav gestasjonsalder og kompliserte medisinske tilstander nå overlever nyfødtperioden. Mange av disse har sammensatte medisinske utfordringer som krever behandling og oppfølging over lang tid. Barn og foreldre blir liggende lenge på sykehus og det bør være gode pasientforløp som sikrer forutsigbarhet for familien og gjør dem best mulig rustet til å ta med seg barnet hjem når den tid kommer.

Mål

Det overordnede målet er å sikre fullverdig intensivbehandling til kritisk syke nyfødte; dette innebærer at kravene til 3B-sykehus for behandling, kompetanse og bemanning er oppfylt (jf. retningslinjer fra Helsedirektoratet). Viktige delmål er å:

- Opprettholde og sikre en robust kompetanse innen nyfødt intensiv fra og med fra gestasjonsalder uke 26.
- Styrke ivaretagelse av syke nyfødte ved Kongsvinger gjennom hospitering og prosjektet «digital nyfødtkompetanse – der du trenger det».

Tiltak

- Utrede og implementere digitale verktøy i nyfødt ambulerende team for å øke kapasiteten og tilbud.
- Vurdere tiltak og arealløsninger som sikrer tilbud foreldreovernatting.
- «Digital nyfødtkompetanse – der du trenger det» innebærer direkte videokonferering mellom leger på Kongsvinger sykehus og Nyfødt intensivavdeling. Dette planlegges etablert i løpet av 2022.
- Utjevne bemanning på kveld/natt og helg slik at man sikrer tilstrekkelig kompetanse i avdelingen på døgnbasis

3.7 Innsatsområde 7: Styrke habilitering for barn og ungdom

I oppdrag og bestilling fra Helsedepartementet for 2021 skal de regionale helseforetakene vurdere om det er behov for økte ressurser innenfor habilitering i spesialisthelsetjenesten. Gjennomgangen av kapasiteten og ressursene for habilitering av barn og unge på Ahus viser at det på flere områder er store gap mellom tilbudet pasientene kan forvente ut fra forskrift, veiledere og «sørge for ansvaret», og ressursene som er til rådighet for å løse dem.

Følgende momenter skal inngå i et kunnskapsbasert habiliteringstilbud for barn og unge:

- Formalisert samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og hjemkommunen
- Systematisk kartlegging av pasienter og evaluering av tiltak
- Familiesentrert perspektiv
- Perioder med intensiv trening integrert i oppfølgingstilbudet

Mål

- Styrke intensiv habilitering for barn med cerebral parese og beslektede tilstander
- Utvikle fremtidsrettede modeller for tidlig innsats for små barn med autisme i samarbeid med kommunene, og implementere disse

- Integrere psykisk helse i habilitering i spesialisthelsetjenesten.

Tiltak

- Utvide program tidlig intensiv habilitering der barnet bor for å sikre et likeverdig tilbud til alle barn i opptaksområdet.
- Samarbeide med kommunene om å videreutvikle programmet til også å omfatte barn og unge i skolealder.
- Styrke den tidlige innsatsen for alle små barn med autisme i opptaksområdet.
- Organisasjonsutvikling i avdeling for habilitering med tanke på å styrke tidlig identifisering av risiko og forebygging av psykiske helseplager.

3.8 Innsatsområde 8: Psykisk helse i somatikken

Kronisk somatisk sykdom medfører en risiko for psykisk lidelse, og 30-50 prosent av disse får en barnepsykiatrisk diagnose. Avansert diagnostikk og behandling øker risikoen for psykiske plager. I tillegg har denne gruppen økt risiko for å utvikle symptomer på posttraumatisk stress. Denne utviklingen krever i økende grad en tverrfaglig, helhetlig tilnærming. Fokus på sykdomsmestring og livskvalitet, samt forebygging og behandling av psykiske plager reduserer risiko for alvorlig helsetap.

Det er også en økende trend med flere pasienter har fysiske og psykiske plager som ikke kan forklares av tradisjonelle medisinske diagnoser. Disse pasientene må ivaretas av en tverrfaglig gruppe hvor man ser på både biologiske og psykososiale faktorer. Sammensatte symptomlidelser (SSL) er en samlebetegnelse for denne pasientgruppen. Antall barn og unge med sammensatte symptomlidelser er økende, og en ytterligere økning kan forventes etter koronapandemien. En integrert psykisk helsetjeneste i somatikken sikrer et optimalt og sømløst tilbud.

Mål

- forebygge og behandle psykiske plager og medisinske traumer, og bidra til mestringsopplevelser hos barn og unge
- etablere et bedre tverrfaglig utrednings- og behandlingsforløp til pasienten med sammensatte symptomlidelser.

Tiltak

- Sammensatte symptomlidelser:
 - Styrke og utvide det tverrfaglige tilbudet, poliklinisk og elektive
 - Utarbeide helhetlig pasientforløp i samhandling med primærhelsetjenesten og divisjon psykisk helsevern
 - Psykosomatisk poliklinikk: Utrede etablering
 - Forskning: Forskningsmetodikk bør anvendes for å vurdere effekt av behandlingsforløpene, og det skal etableres minst en pragmatisk klinisk intervensjonsstudie i løpet av kommende femårsperiode.
- Medisinske traumer og sykdomsmestring:
 - Utvide og styrke musikkterapitilbudet og etablere nye terapiformer som VR
 - Etablering Friluftssykehus; et terapeutisk tilbud i andre omgivelser utenfor sykehuset

3.9 Innsatsområde 9: Forskning og innovasjon innen barn og ungdom

Det er vedtatt en forskningsstrategi knyttet til barn og ungdom med følgende overordnede visjon: *Bedre forståelse, diagnostikk og behandling av komplekse hverdagspediatriske problemstillinger.* Med «kompleksitet» forstås blant annet sammensatte symptomlidelser, men også for eksempel helseeffekter av kroniske stressbelastninger. En grunnleggende strategisk føring er at forskningen skal spenne fra internasjonal toppforskning til lokalt kvalitetssikringsarbeid.

Mål

- Å videreføre og videreutvikle eksisterende forskning knyttet til barn og unge

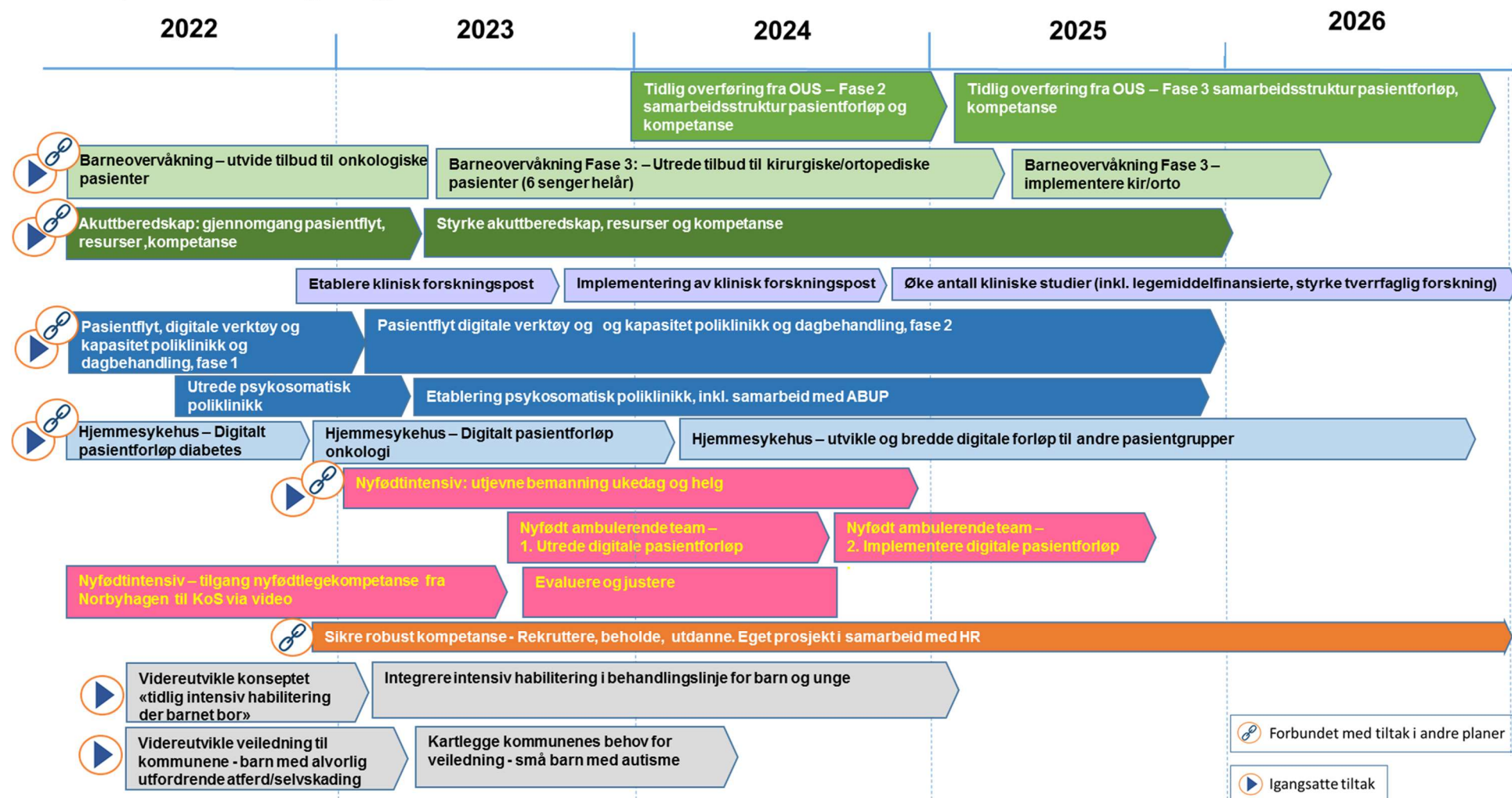
- Å etablere nye kliniske forskningsprosjekter innenfor feltene sammensatte symptomlidelser og nyfødtnedisin.
- Å etablere flere interne kvalitetssikringsprosjekter/kvalitetsregistre

Tiltak

- Opprette en klinisk forskningspost for barn, i nært samarbeid med NorPedMed-nettverket og med sentral forskningsstøtte på Ahus.
- Fremme en akademisk, «forskningsvennlig» kultur i organisasjonen ved blant annet å etablere en «forskerskole» og ved å vektlegge akademisk kompetanse ved nyansettelser i kliniske stillinger, og legge til rette for karriereløp som sikrer «dobbeltkompetanse» (PhD og klinisk spesialisering) og gjør det mulig å fortsatte forskning og veiledning etter oppnådd PhD.

4. Prosesstegning

Delplan Barn og unge 2022-2026



Delplan for kompetanse og utdanning, rekruttere og beholde 2022-2026

1. Om satsningsområdet

Akershus universitetssykehus (Ahus) er Norges største akuttssykehus, og dekker det opptaksområde hvor det forventes den høyeste befolkningsveksten innenfor Helse Sør-Øst (HSØ).

1.1 Bakgrunn

Delplan for kompetanse, utdanning og rekruttering er et sentralt virkemiddel for å lykkes med foretakets utviklingsarbeid. Riktig sammensetning av personell og kompetanse bidrar til realisering av målsetningen om å skape gode helsetjenester til pasienter, pårørende og brukere. Opplevd kompetanse og kvalitet skjer gjennom dyktige medarbeidere. Å ha et planverk hvor kompetansebehov- og sammensetning på kort og lang sikt er konkretisert i tiltak, er en forutsetning for å jobbe målrettet og strategisk.

Ahus kan d forvente den sterkeste relative veksten i bemanningsbehov sammenlignet med andre sykehusområder i regionen, og sykehuset konkurrer om de samme medarbeiderne som de øvrige sykehusene i Osloområdet. Det kan ikke forventes tilsvarende vekst i økonomiske rammer, samtidig som det forventes manglende tilgang til enkelte kompetansegrupper og god tilgang for andre fagområder. Dette stiller krav til helseforetaket om best mulig planlegging av kompetansebehov og ressursbruk i sykehuset i tråd med driftsbehovet på kort, mellomlang og lang sikt.

Arbeidet med planer og tiltak innenfor kompetanse, utdanning og rekruttering må foregå i tett samspill med relevante fagmiljøer, og involvere ansatte, tillitsvalgte, verneombud og brukere. Samspill med de øvrige delplaner i utviklingsplanen er en forutsetning. Dialog og samspill med utdanningsinstitusjoner, forskning og innovasjonsmiljøer er også et sentrale elementer i arbeidet med å vurdere kompetansebehov fremover.

Kompetanse, utdanning og rekruttering henger sammen med forventet tilgjengelighet og kapasitet på personellområdet fremover. Det er viktig at arbeidet kartlegger hvilke behov utviklingsplanen gir og hvilken kompetanse som trengs for å ivareta behovet. Det er nødvendig å være oppmerksom på endringer og utviklingsområder som kan påvirke tenkningen rundt kompetansebehov. Nye arbeidsformer gir nye kompetansebehov. Jobbglidning og arbeidsdeling mellom ulike faggrupper blir viktige i slike vurderinger. Det samme er nye kompetansebehov som det i dag er mindre oppmerksomhet rundt. Det vil også være behov for en gjennomgang av om det er kompetanse foretaket i mindre grad trenger.

Det er i dag mangel på noen kompetansegrupper som spesialsykepleiere, blant annet intensivsykepleiere og jordmødre. I takt med et økende behov for helsetjenester kan det bli en generell mangel på sykepleiere. Det er derfor nødvendig å legge strategier for å imøtekomme behovet på kort og lengre sikt. Her vil rekrutteringsstrategier og planer for å beholde medarbeidere være sentrale elementer.

1.2 Målsetning

Delplan kompetanse utdanning og rekruttering legger blant annet til grunn følgende områder som mål for arbeidet:

- Samle og få oversikt over status på området, pågående initiativ og tiltak. Inkludere og videreføre aktuelle tiltak innenfor delplanens område.
- Ta ansvar for nødvendig faktakunnskap, avklaringer og framskrivninger.
- Ta ansvar for inkludering av føringer fra andre planverk.
- På bakgrunn av mål, øvrige delplaner og videre utvikling av helseforetaket;

- Definere behov for blant annet kjernepersonell/kompetanse, kritisk personell/kompetanse, støttepersonell/kompetanse mv.
- Ta initiativ til gode prosesser rundt oppgavefordeling, kompetansesammensetning og jobbglidning mv.
- Få oversikt over dagens utdanningssituasjon og ta regi på dialoger om fremtidig utdanningsbehov.
- Kartlegge dagens bemanningssituasjon og ta ansvar for prosesser rundt fremtidige rekrutteringsstrategier. Beskrive mulige tilnærminger og tiltak innenfor "rekruttere, beholde og utvikle".
- Ta initiativ til god integrasjon med fagområder som grenser inn mot delplanens områder. Eksempelvis ledelse, mangfold og teknologi.

Det vil også være viktig å ta initiativ til å se på den samlede regionale kapasitet og kompetanse. Pandemien sykehuset har vært gjennom har vist behovet for samhandling rundt kompetansebehov mellom ulike helseforetak. Dette gjelder særlig innenfor sårbare kompetansegrupper hvor det også forventes manglede ressurstilgang fremover.

1.3 Oversikt over strategier, planverk og samarbeidsavtaler

Strategier, planverk og samarbeidsavtaler	Innsatsområder - mål	År
Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023	Livslang læring – noen eksempler • Plan for å sikre tilstrekkelig kompetanse • Øke antall utdanningsplasser for spesialsykepleiere • Utrede behov for sykepleiere med klinisk breddekompetanse • Øke antall læringer i helsefag	2020
Oppdrag og bestilling fra HSØ	• Samarbeid med utdanningssektoren er viktig for kompetanseutvikling • Tilstrekkelig tilgang til- og opprettelse av nye utdanningsstillinger for intensivsykepleiere. • Arbeidet med å øke utdanningskapasiteten, beholde ansatte, rekruttere bedre og øke kompetansen skal prioriteres • Etablere og ivareta heltidskultur • Godt arbeidsmiljø for ansatte og utvikling av kompetanse	2021
Regional delstrategi for utdanning og kompetanseutvikling	Syv likeverdige innsatsområder 1. Livslang læring og kompetanseutvikling 2. Spesialutdanning av sykepleiere 3. Spesialistutdanning av leger 4. Oppgavedeling og kompetansesammensetning 5. Praksisstudier og lærlingordning 6. Samarbeid med utdanningssektoren 7. Lederkompetanse	2021
Ahus utdanningsstrategi 2017-2030	Fire strategiske mål 1. Kompetanse gjennom målrettet og systematisk utdanning 2. Ahus som en innovativ lærings- og praksisarena 3. Ahus som viktig aktør i samarbeid for god utdanning 4. Styrket utdannings- og universitetsfunksjon	2017
Samarbeidsavtale mellom Ahus og OsloMet	Et formalisert og overordnet samarbeid om utdanning, forskning, utvikling og innovasjon for å sikre at utdanning og forskning er klinisk relevant og i tråd med samfunnets behov	Revidert i 2021
Samarbeidsavtale mellom Ahus og Universitetet i Oslo	Legge til rette for en god samordning av ressursene og at partenes lovpålagte forsknings- og undervisningsplikter blir koordinert og integrert på best mulig måte.	Revidert i 2018

1.4 Det som er oppnådd så langt

Det ble i 2019 startet en forfase knyttet til utviklingsplanens mål om å sikre tilstrekkelig personell med riktig kompetanse. Formålet med forfasen var å styrke fakta- og kunnskapsgrunnlaget gjennom å bygge videre på fremskrivninger for demografisk utvikling og sykdomsutvikling i opptaksområde, aktivitetsøkning og endringer i opptaksområdet, forventet tilgang på personell, bemanningsutfordringer

og hvilket bemanningsbehov de særskilte satsningsområdene i utviklingsplanen vil medføre. Forfasen skal også gi en samlet oversikt over hvordan det arbeides med å utdanne, rekruttere, beholde og utvikle medarbeidere i foretaket per i dag, og hvordan dette henger sammen med foretakets styrking av ledelse. På grunn av koronapandemien er dette arbeidet blitt forsinket, og vil derfor ferdigstilles i første fase av delplanperioden.

2. Plan for perioden 2022-2026

2.1 Kort om planen

Delplanen har følgende innsatsområder:

1) Struktur for arbeidet med å sikre tilstrekkelig personell med rett kompetanse

Satsningen på å sikre tilstrekkelig personell med rett kompetanse er ett av utviklingsplanens seks hovedmål, t. Dette er et langsiktig arbeid som krever helhetlig tilnærming og en god plan. I første del av planperioden vil det arbeides med å etablere strukturen for programområdet, med en organisering som ivaretar behovet for overblikk, nettverksbygging, fagkompetanse og medvirkning fra de ansatte. Det vil også legges vekt på å få til et aktivt samarbeid med kommuner, bydeler, utdanningsinstitusjoner og andre helseforetak. Forfasen skal ferdigstilles og legge grunnlaget for videre utviklingsarbeid.

Ettersom det er et behov for å re-etablere programområdet og utarbeide en videre plan, er de fleste tiltakene innen de øvrige innsatsområdene mer kortsiktige enn en fireårsplan skulle tilsi. Ved første rullering høsten 2022 vil det være mulig å utvide tidshorisonten og legge en plan for hele neste fireårsperiode.

2) Helhetlig tilnærming til kompetansesammensetningen

Helseforetaket har i noen år jobbet med å etablere en god metodikk for å sikre en tilfredsstillende kompetansesammensetning innen de ulike fagområdene. Tanken er at en helhetlig gjennomgang av behovet for bemanning og kompetanseløft for alle yrkesgruppene som er involvert i et pasientforløp vil gi en større gevinst og være mer fremtidsrettet enn kun å løse akutte behov i enkeltgrupper.

Ved å se samlet på forhold som oppgavedeling, samtidighet, arbeidsmiljø, kommunikasjonslinjer og kompetansebehov vil det være enklere å lage en helhetlig tiltaksplan. Aktuelle tiltak vil omfatte både utdanning av eget personell, rekruttering av nye og å gjøre det attraktivt å bli værende. Samarbeid med andre helseforetak, samt oppgavedeling og jobbglidning vil også være relevante temaer.

Behovet for klinisk breddekompetanse bør også utredes, jf. Helsedirektoratets rapport om temaet som nylig er publisert. Eksempelvis er det etablert en spesialistutdanning innen avansert klinisk allmennsykepleie som også bør vurderes for Ahus-ansatte. Videre er det nødvendig å legge en plan for å øke antall lærlinger i helsefag, i tråd med føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Arbeidet vil til dels gjennomføres som prosjekter innenfor eksisterende organisatoriske enheter, slik at lederlinjen, lokale tillitsvalgte og verneombud kan ta aktivt del i analyse, planlegging og gjennomføring av tiltak. Det vil være viktig å sikre læring av de prosessene som gjennomføres og metodikk som utprøves, slik at kunnskapen kan tas i bruk i andre deler av foretaket.

De første prosjektene vil være følgende:

- Kompetansebehov i Barne- og ungdomsklinikken (forbundet med delplan barn og unge)
- Bemanningsløsninger for intensiv og overvåkning (forbundet med delplan akutt og kritisk syk)
- Utrede behov for sykepleiere med klinisk breddekompetanse (relevant for delplan akutt og kritisk syk)
- Øke antall lærlinger i helsefag på Ahus

3) Utdanne, rekruttere og beholde personell

Det er mangel på spesialsykepleiere i hele hovedstadsområdet, og stor konkurranse om kvalifisert personell. Dette handler både om at det tar tid å gjennomføre utdannelsen, og at behovet er økende. Gjennom koronapandemien har denne utfordringen blitt særlig tydelig, ettersom det tidvis har vært umulig å benytte vikarer fra nabolandene. De siste årene har mange av foretakets sykepleiere fått tilbud om videreutdanning, og mange er i gang eller ferdig utdannet. Det er likevel et behov for å se nærmere på ytterligere tiltak for å avhjelpe dagens situasjon, samt dekke behovet fremover i tid. Arbeidet vil dra veksler på nasjonale og regionale prosesser, men også ta tak i spesifikke lokale problemstillinger.

I første del av planperioden vil det særlig jobbes med mangel på spesialsykepleiere. Det er også en krevende rekrutteringssituasjon innen enkelte legespesialiteter som det vil være behov for å vurdere tiltak for. Det pågår et regionalt prosjekt P/LIS, der målet blant annet er å få oversikt over utdanningskapasitet, legestillinger og flaskehalser i utdanningsløpene for hver spesialitet i hver utdanningsvirksomhet. Anbefalinger fra prosjektet må vurderes og implementeres når de foreligger.

Det vil også være behov for å identifisere og konkretisere øvrige personellgrupper der det er kritisk mangel på kvalifiserte søkere eller der det ventes en mangelsituasjon de neste årene.

4) Bruk av Kompetanseportalen

Kompetanseportalen er et administrasjonsverktøy for kompetansetiltak/ lederverktøy for dokumentasjon av kompetanse. I portalen kan det både tildeles oppgaver og registreres gjennomføring av læringsaktiviteter. Den har vært i bruk en stund til dokumentasjon av læringsmål og -aktiviteter for leger i spesialisering, og erstatter manuell registrering på papir. I løpet av 2022/2023 vil verktøyet ruller ut til alle avdelinger i henhold til en fastlagt plan, og vil da tas i bruk for alle yrkesgrupper. I opplæring av ledere vil det legges vekt på å bruk Kompetanseportalen aktivt i arbeidet med kompetanseplanlegging.

Revisjon og digitalisering av kurs i nyansattprogrammet vil kunne bidra til en god sammenheng mellom deltakelse og registrering av læringsaktiviteter. I tråd med ambisjonene i teknologiplanen vil Kompetanseportalen videreutvikles for økt funksjonalitet og relevans til drift og utvikling.

Tre prosjekter planlegges under dette innsatsområdet:

- Implementering av Kompetanseportalen i hele organisasjonen
- Revisjon av nyansattprogrammet
- Videreutvikling av Kompetanseportalen som verktøy

5) Digital læring

Digitale læringsformer blir stadig mer aktuelle. Det er gjennom mange år laget gode e-læringskurs i det regionale verktøyet Læringsportalen, samt felles kurs for kommuner og sykehus som er tilgjengelig på Kompetansebroen.

I Helse Sør-Øst pågår et regionalt prosjekt «Digitale løsninger for utdanning og kompetanse» (DigUT) med to delprosjekt. Delprosjekt 1 omhandler Organisering av digital læring i HSØ. Ahus er valgt ut som vertskap for et regionalt kompetansesenter for digital læring som vil etableres fra 2023. Delprosjekt 2 omhandler Teknologi og verktøy. Løsningen som velges vil implementeres i det enkelte helseforetak, og det vil være behov for opplæring og kompetanseutvikling i bruk av systemet.

Lokalt er det påbegynt et stort arbeid med å illustrere kliniske prosedyrer ved hjelp av video. Dette vil øke tilgjengeligheten til gode demonstrasjoner av hvordan prosedyrer utføres på Ahus, og kan bidra til å gi helsepersonell større trygghet når de skal gjennomføre oppgaver de trenger å opparbeide seg

ferdigheter i. Arbeidet henger tett sammen med oppdatering og omkategorisering av prosedyreverket som ligger i EQS.

Også innen medisinsk simulering er det behov/ eller ønskelig for å ta i bruk nye verktøy. Simulering og ferdighetstrening gir bedre team-kompetanse og høyere pasientsikkerhet, men er også tid- og arealkrevende. I planperioden vil VR-teknologi utprøves og implementeres som del av simuleringssporteføljen. Dette innsatsområdet med underliggende prosjekter har en tett forbindelse til delplan for nye arbeidsprosesser og teknologi.

Tre prosjekter vil gjennomføres eller ferdigstilles i planperioden:

- Deltakelse i DigUT, etablering av regionalt kompetansesenter og ibruttakelse av ny løsning for digital læringsutvikling
- Kliniske utdanningsvideoer
- VR-teknologi i medisinsk simulering og ferdighetstrening

2.2 Oversikt over planlagte prosjekter og tiltak

Mål	Planlagte tiltak i perioden	Hva skal gjøres i 2022
Struktur for arbeidet med å sikre tilstrekkelig personell med rett kompetanse	- Re-etablering og organisering av programområdet - Ferdigstille forfase hovedmål 5 - Opptappingsplan - Samplanlegging med eksterne aktører	- Organisering - Forfase - Plan for neste fase
Helhetlig tilnærming til kompetansesammensetningen	- Kompetansebehov i Barne- og ungdomsklinikken - Bemanningsløsninger for intensiv og overvåkning - Utrede behov for sykepleiere med klinisk breddekompetanse - Prosjekt for flere helsefagarbeiderlæringer	- Oppstart og kartlegging - Plan og igangsetting av tiltak - Utredning læringer
Utdanne, rekruttere og beholde personell	- Intensivsykepleiere - Jordmødre - Implementering P/LIS-prosjektet	- Kartlegging - Plan for tiltak
Bruk av Kompetanseportalen	- Implementering av Kompetanseportalen i hele organisasjonen - Revisjon av nyansattprogrammet - Videreutvikling av Kompetanseportalen som verktøy	- Utrulling etter plan - Opplæring - Revisjon av nyansatt-programmet
Digital læring	- Deltakelse i det regionale prosjektet DigUt, etablering av regionalt kompetansesenter og ibruttakelse av ny løsning for digital læringsutvikling - Kliniske utdanningsvideoer - VR-teknologi i medisinsk simulering og ferdighetstrening	- Deltakelse i DigUt - Forberede regionalt kompetansesenter - Videreføre filmproduksjon og oppdatering av prosedyrer - Oppstart utredning VR

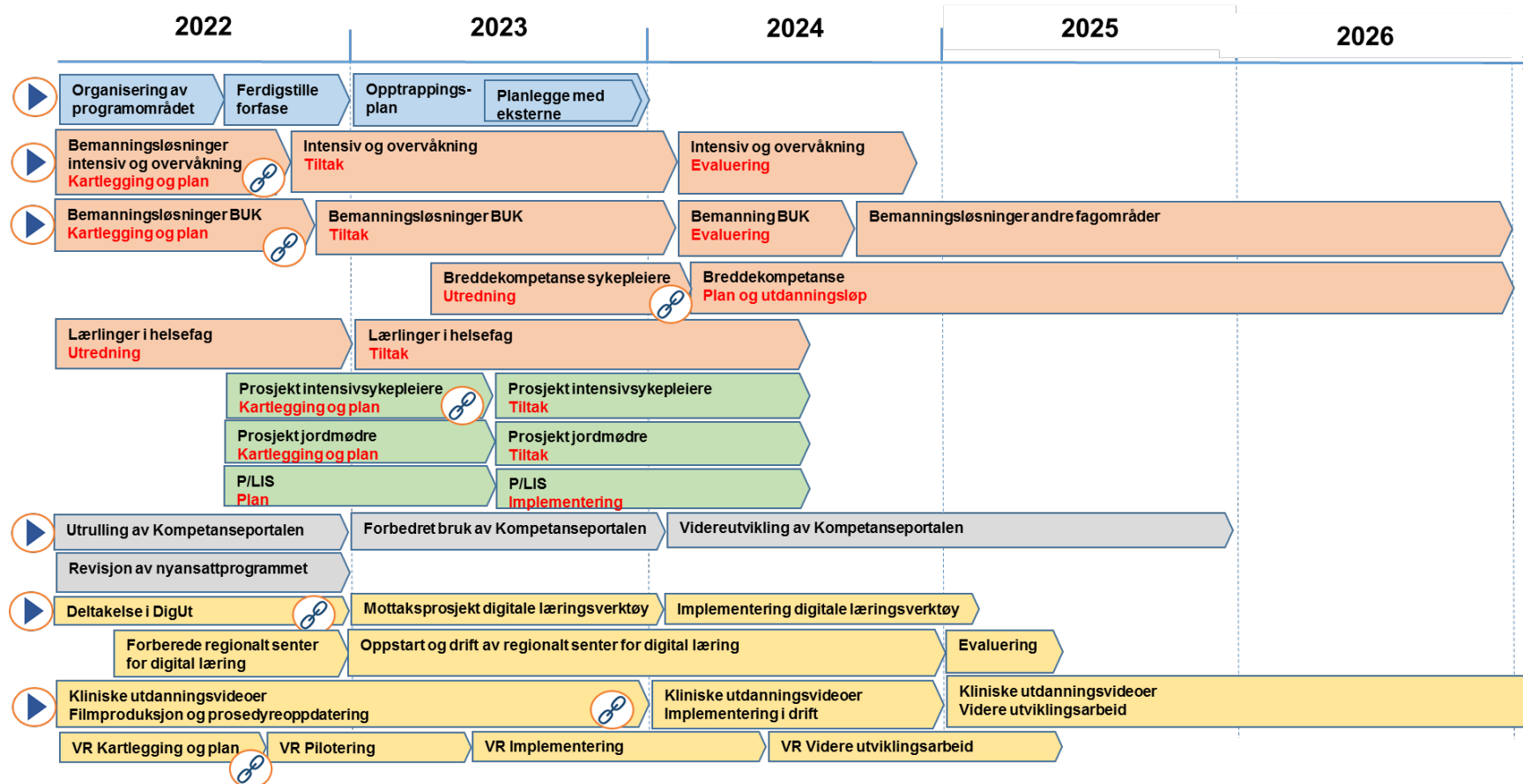
2.3 Prosesstegning

Plan 2022-2026

Delplan for kompetanse, utdanning og rekruttering

 Forbundet med tiltak i andre planer

 Igangsatte tiltak



Delplan for nye oppgaver og videreutvikling av pasienttilbudet 2022-2026

Å fremme bedre pasientdiagnostikk -behandling og -oppfølging samt forebygge pasientskader og uheldige hendelser er viktige prioriteringskriterier når Akershus universitetssykehus HF (Ahus) skal satse på nye oppgaver og å videreutvikle pasienttilbudet.

1. Innledning

Å sette i verk nye oppgaver, og å videreutvikle og øke bruken av eksisterende tilbud vil bidra til å styrke Ahus som universitetssykehus. Det blir viktig å ta utgangspunkt i pasientens behov og å legge til rette for en likeverdig helsetjeneste. Dette må sees i sammenheng med pågående forskning, innovasjon, ny teknologi og digitalisering.

Tiltak skissert i denne delrapporten, er knyttet til alle hovedmålene i utviklingsplanen. I en særstilling kommer «Styrke spesialisert pasientbehandling» og å «Skape gode og trygge pasientforløp». Samtidig er det essensielt å legge til rette for at pasienten skal kunne påvirke beslutninger om egen utredning og behandling/oppfølging, utfra den enkeltes forutsetninger, jf. målet «Styrke pasienten».

2. Sammendrag av innsatsområder og tiltak 2022-2026

Det er et mål å styrke sykehusets tilbud, utstyr og kompetanse der det er hensiktsmessig. Sett fra pasientens ståsted er det en fordel å få et mer helhetlig og samlet tilbud, slik at reiser mellom sykehus og mer hensiktsmessige pasientforløp kan oppnås.

Nye oppgaver innebærer etablering av områder Ahus ikke har hatt et selvstendig ansvar for tidligere, og som er ønskelig at sykehuset tilbyr. Noen av disse oppgavene er lovpålagte nasjonale oppgaver eller oppdrag, hvor finansiering er avklart og planer for iiverksettelse foreligger. Noen oppgaver har Helse Sør-Øst bedt Ahus om å utrede for å understøtte behov i regionen. Andre planlegges utredet på bakgrunn av pasientgrunnlaget i opptaksområdet, og som ledd i å tilby likeverdige tjenester til alle pasienter, uavhengig av hvor de bor. Tre av tiltakene innlemmes i utredningsarbeidet «Ahus 2035», som skal sørge for et godt grunnlag for beslutninger og avklaringer med Helse Sør-Øst.

2.1 Oversikt over innsatsområder og tiltak

	Nye nasjonale retningslinjer / oppdrag	- Innføre tidlig ultralyd og NIPT (non-invasiv prenatal test) til alle gravide - Utvikle tilbud innen tarmscreening
	Nye fagområder (pasienttilbud)	Utrede, utvikle og etablere tilbud innen hudsykdommer ved Ahus – Etablere tilbud på Nordbyhagen (Inngår i utredningsarbeidet «Ahus 2035»)
	Integrerte helsetjenester og tverrfaglig samarbeid	- Videreutvikle tilbudet innen Helse i Arbeid - Standardiserte pasientforløp for pasienter med diabetiske fotsår
	Videreutvikle og styrke eksisterende pasienttilbud	- Styrke og videreutvikle øyefaget ved Ahus Kongsvinger og etablere tilbud ved Nordbyhagen (Inngår i utredningsarbeidet «Ahus 2035») - Styrke og videreutvikle pasienttilbudet innen revmatologi ved Ahus Kongsvinger og etablere tilbud på Nordbyhagen (Inngår i utredningsarbeidet «Ahus 2035») - Videreutvikle satsingen på presisjonsmedisin/ persontilpasset medisin i diagnostikk, behandling (og forskning)

Innsatsområde 1: Nye nasjonale retningslinjer/oppdrag

Innføring av tidlig ultralyd og NIPT til alle gravide

Fra januar 2022 skal gravide over 35 år få tilbud om NIPT og tidlig ultralyd. Dette følger av vedtak i Stortinget i 2020. Ahus har ansvar for å tilby dette til gravide i sitt opptaksområde. Tilbudet skal gradvis ruller ut. (NIPT står for non-invasiv prenatal test, og er en blodprøve som kan påvise kromosomavvik).

Utvikle tilbud innen tarmscreening

Stortinget besluttet høsten 2017 at det skal innføres et nasjonalt screeningprogram for tarmkreft. Formålet med screeningen er å redusere forekomst og dødelighet av tarmkreft i befolkningen som tilbys screening, ved å oppdage og fjerne forstadier til kreft eller oppdage og behandle kreft.

På Ahus etableres kapasitet for oppstart av tarmscreening i henhold til utrullingsplan, med forberedelser 2021/2022, oppstart tarmscreening og iFOBT i 2023 og deretter gradvis utrulling/økning mot 2026.

Innsatsområde 2: Nye fagområder (pasienttilbud)

Utrede, utvikle og etablere tilbud innen hudsykdommer ved Ahus - Etablere tilbud på Nordbyhagen

Hudtilbudet i Helse Sør-Øst er svært begrenset, og det regionale helseforetaket har ytret ønske om at det etableres mindre hudavdelinger/satellitter. Ahus har per i dag ikke et eget hudtilbud, verken for inneliggende, polikliniske eller henviste pasienter. Mange av sykehusets ansatte møter på hudproblemstillinger daglig eller ukentlig, og det er grunn til å tro at etterspørselen etter hudekspertise vil øke.

Et etablert hudtilbud på Ahus vil styrke tjenestetilbudet til befolkningen, forebygge fristbrudd (hudkreft), stimulere fagmiljøet på sykehuset og kunne være med på å løse kapasitetsbehovet i regionen. Høsten 2021 ble det levert en miniutredning som vurderte muligheter for etablering av tilbud ved Ahus. Videre

utredning, utvikling og etablering av tilbud innen hudsykdommer ved Ahus/ tilbud på Nordbyhagen, vil inngå i utredningsarbeidet «Ahus 2035».

Innsatsområde 3: Integrerte helsetjenester og tverrfaglig samarbeid

Videreutvikle tilbudet innen Helse i arbeid

Helse i Arbeid (HiA) er et tilbud til personer som er sykmeldte eller står i fare for å bli det. Det er en videreføring av det som tidligere het «Raskere tilbake». Dette er organisert som en tjenestesamhandling mellom helsetjenesten og NAV, og er en satsing på forebyggende og helsefremmende tiltak knyttet til muskel-, skjelett- og psykiske plager.

HiA har to hovedelementer 1) Bedriftstiltak med fokus på helsefremmende og forebyggende kunnskapsformidling på arbeidsplassen 2) Individtiltak med fokus på rask tilgang på individrettet tverrfaglig utredning og arbeidsfokusert avklaring (poliklinikk)

Siden 2017 har Ahus hatt et eget tilbud innen psykisk helse og siden 2020 innen somatikk. Høsten 2021 startet overgang fra prosjekt til Helse i arbeid-poliklinikk for pasienter med hodepine og nakke/ryggplager. Tilbudet innen psykisk helse utvides med digitalt mestringstilbud, bedriftstiltak med foredrag, samt utredning av mulighet for kveldspoliklinikk/kveldskurs.

Standardiserte pasientforløp for pasienter med diabetiske fotsår

Målet med tiltaket/prosjektet er reduksjon av amputasjoner i underekstremiteten ved innføring av standardiserte pasientforløp for pasienter med diabetiske fotsår. Det skal settes frister på utredning med f.eks. MR og CT angio. Det skal legges en plan tidlig samt operasjon på dagtid, med fot/ankel kompetanse tilgjengelig. Målet er å redusere antall inngrep, antall liggedøgn og antall amputasjoner. Pilot er planlagt for oppstart 1. januar 2022.

Innsatsområde 4: Videreutvikle og styrke eksisterende pasienttilbud (spesialisert behandling)

Styrke og videreutvikle øyefaget ved Ahus Kongsvinger og etablere tilbud på Nordbyhagen

Mer enn 90 prosent av pasienter med øyelidelser i Ahus' opptaksområde behandles i dag som gjestepasienter ved Sykehuset Innlandet (SI) eller ved Oslo universitetssykehus (OUS). Et fullverdig tilbud til øyepasienter i Ahus vil medføre bedre og nærmere tilbud til pasientene. Videre kan Ahus med dette bidra til utviklingen av øyefaget gjennom forskning, kvalitetsheving og utdanning av nye øyeleger.

Det er i en miniutredning levert høsten 2021 skissert en trinnvis opptrapping av øyefaget i Ahus på henholdsvis Kongsvinger og Nordbyhagen. Videre arbeid med å styrke og videreutvikle øyefaget ved Kongsvinger og etablere tilbud på Nordbyhagen, vil inngå i utredningsarbeidet «Ahus 2035».

Styrke og videreutvikle pasienttilbudet innen revmatologi ved Ahus Kongsvinger og etablere tilbud på Nordbyhagen

Ahus Kongsvinger har et godt etablert tilbud til pasienter med revmatiske autoimmune sykdommer. Ahus Nordbyhagen har per i dag et organisert tilbud for pasienter med revmatologiske problemstillinger. Høsten 2021 ble det levert en miniutredning som så på mulig drift av revmatologi på Ahus Nordbyhagen. Det revmatologiske tilbudet er i utredningen tenkt styrket i to trinn med mulig etablering av poliklinisk tilbud ved Nordbyhagen, og deretter mulig revmatologisk avdeling.

En utvidelse av dagens tilbud til også å omfatte poliklinikk på Nordbyhagen vil blant annet styrke sykehusets faglige tilbud med å diagnostisere og behandle nyhenviste pasienter, ta tilbake gjestepasienter, styrke forskning og faglig kompetanse, gi tilbud om revmatologisk tilsyn på

Nordbyhagen og etablere revmatologisk døgnvakt. Videre arbeid med å styrke og videreutvikle pasienttilbudet innen revmatologi ved Kongsvinger og etablere tilbud på Nordbyhagen vil inngå i utredningsarbeidet «Ahus 2035».

Videreutvikle satsing på persontilpasset medisin innen diagnostikk, behandling og forskning

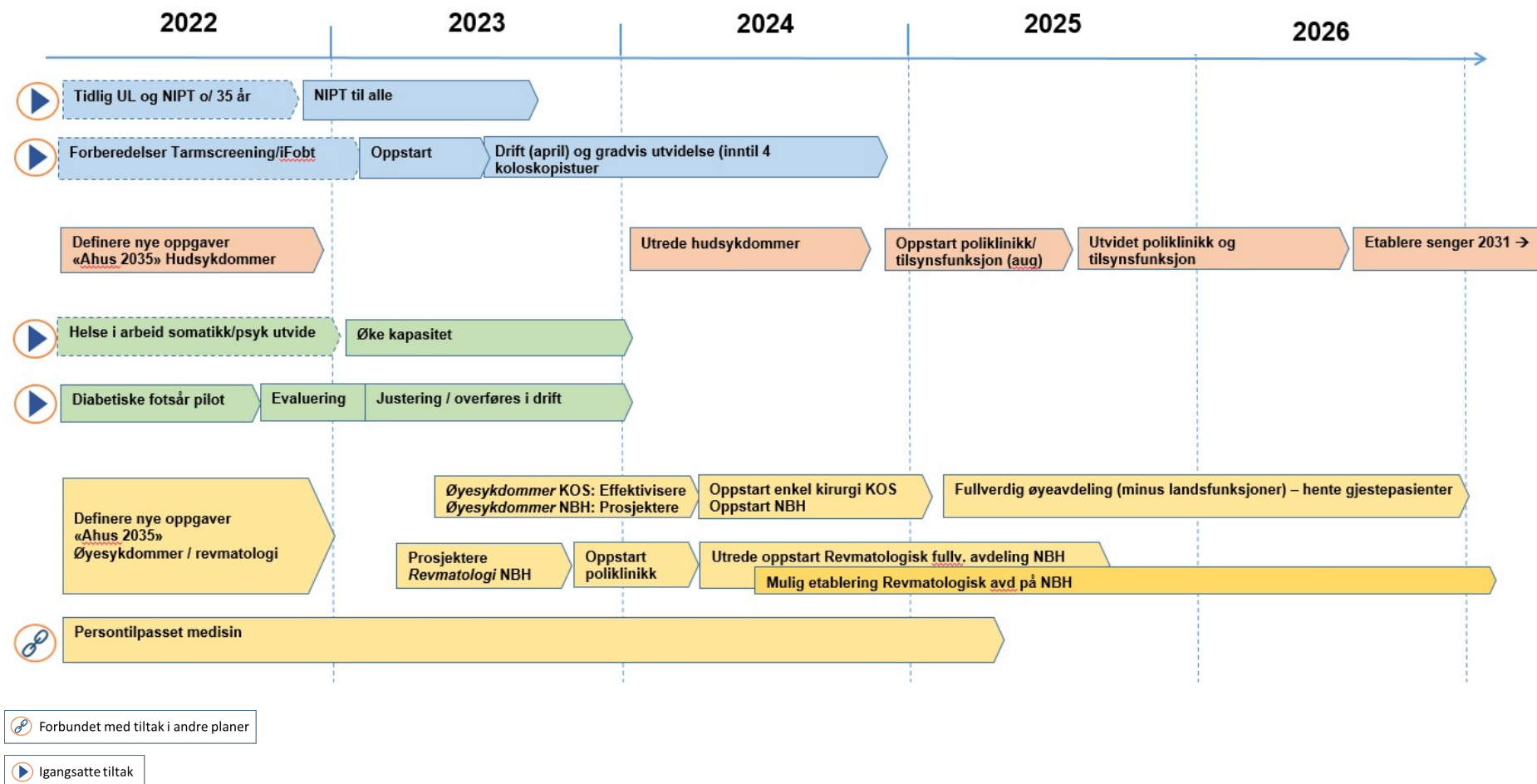
Persontilpasset medisin (presisjonsmedisin) er et etablert satsingsområde i flere avdelinger i Ahus. Det opprettes en lokal infrastruktur for presisjonsdiagnostikk (InPred-Ahus) som har som formål å sikre kontinuerlig tidsriktig regional kompetanse, sikre tilgang til nasjonale og lokale kliniske studier basert på utvidet molekylær diagnostikk samt sikre standardisering og optimalisering av metodologi for rutinediagnostikk.

Kreftområdet har vært driveren i satsningen på dette området i Norge så langt, og det er nedfelt at infrastruktur, teknologi og kompetanse som nå settes opp innen kreftområdet skal kunne benyttes av andre fagområder, blant annet gjennom tilgang til felles infrastruktur og øvrige fellesressurser. Det er utarbeidet et eget mandat for InPred-Ahus, og tiltak gjennomføres i tråd med dette.

Tiltaket har kobling mot delplan for kreft.

1. Prosesstegning

Delplan 7 Nye oppgaver og videreutvikling av pasienttilbudet 2022-2026



Delplan for nye arbeidsprosesser og teknologi 2022-2026

1. Om satsningsområdet

For å møte fremtidens behov for spesialisthelsetjenester er det behov for å jobbe på nye måter.

1.1 Bakgrunn

Sykehusarealene må utnyttes best mulig, og mange pasienter vil i fremtiden få sitt behandlingstilbud i eget hjem. Det er nødvendig å effektivisere arbeidsprosessene, slik at helsepersonell kan bruke mest mulig tid til pasientbehandling. Der det er mulig, må tungvinte løsninger og tidstyver erstattes, slik at pasientforløpene kan gjøres mer effektive og strømlinjeformede. Det finnes i dag en rekke teknologiske løsninger som med optimal bruk kan gi betydelig arbeidsbesparing innen helsetjenesten.

Akershus universitetssykehus har utarbeidet en teknologiplan for perioden 2020-2035 som legger føringer for hvordan helseforetaket skal jobbe med teknologisk utvikling. Nye løsninger må tas inn i pasientbehandlingen på en strukturert og planmessig måte, i samsvar med utviklingsmål og planverk. Basert på teknologiplanen utarbeides en handlingsplan med et perspektiv på fem år. Handlingsplanen rulleres årlig i tråd med foretakets øvrige planprosedyrer.

Delplan for nye arbeidsprosesser og teknologi tar utgangspunkt i ambisjonene som er uttrykt i teknologiplanen, og utfyller denne ved å legge hovedvekten på endringsprosesser i klinisk virksomhet og støttefunksjoner. Ved å legge en god plan for hvordan tilbudet til ulike pasientgrupper kan videreutvikles vil det legges til rette for best mulig utnyttelse av potensialet i teknologiske løsninger, og realisering av gevinster i den kliniske virksomheten.

Delplanene griper inn i hverandre på flere områder, og gjennomføring av noen tiltak vil forutsette at det settes felles mål for ulike satsningsområder. Videre vil en del ambisjoner være knyttet til samarbeidet med kommuner og bydeler, eller med andre aktører i spesialisthelsetjenesten. Tiltak knyttet til disse må derfor planlegges og gjennomføres i tett samarbeid med relevante samarbeidspartnere.

1.2 Målsetning

Delplanen har følgende mål:

- 1) Utarbeide en realistisk plan for utvikling av virksomheten med støtte av teknologi.
- 2) Legge til rette for å planlegge bruk av teknologi sammen med eksterne aktører, og særlig innenfor helsefelleskapene

1.3 Det som er oppnådd så langt

Prosjekttittel	Resultater (stikkord)	Påbegynt år	Implementering år
Hjemmebasert sykehusbehandling	Anskaffet løsning for digital hjemmeoppfølging, pilotert i 5 avdelinger	2018	2021
Kliniske utdanningsvideoer	Produsert utdanningsvideoer i flere avdelinger, utredet anskaffelse av visningsplattform og kobling mot EQS og Kompetansportalen	2020	2023
Elektronisk kurve og medikasjon	En gjennomgående kurve for alle inneliggende pasienter i somatikk og psykiatri	2016	2019-2022
Digitale innbyggertjenester	Innsyn og logg, Mine henvisninger, mine timer	2018	2019-2023

2. Plan for perioden 2022-2026

2.1 Kort om planen

Delplanen tar utgangspunkt i ambisjonene i teknologiplanen. I planen legges det vekt på å endre arbeidsprosesser ved hjelp av teknologiske verktøy, slik at pasientbehandlingen og ansattes arbeidshverdag kan forenkles og forbedres. Dette er samlet under sju innsatsområder for planperioden:

1) Etablere forløp for digital hjemmeoppfølging (DHO)

Det er anskaffet en løsning for digital hjemmeoppfølging som muliggjør oppfølging og behandling av pasienter i hjemmet. Foreløpig er det utviklet verktøy som ivaretar behov knyttet til følgende konsepter:

- Avansert hjemmesykehus
- Brukerstyrt poliklinikk
- Behandling med avansert medisinsk-teknisk utstyr
- Digital oppfølging ved hjelp av skjemaløsninger
- Brukerundersøkelser

I planperioden skal det lages en plan for utrulling av konseptene, slik at pasienter som kan ha nytte av å følges opp hjemme, skal få tilbud om dette. Det vil legges vekt på etablering av forløp av minst like høy kvalitet som om pasienten hadde møtt på sykehus, og med økt grad av brukerinvolvering. Arbeidet krever en betydelig innsats både fra klinisk personell og støtteapparatet, slik at det kan oppnås tilfredsstillende gevinstrealisering.

2) Ta i bruk nye digitale læringsverktøy

Behovet for opplæring er stort, både blant nyansatte, personell under utdanning og andre som har behov for faglig oppdatering. Videre er det et økende behov for kompetansedeling mellom omsorgsnivåene. Ahus har lenge jobbet med å utvikle digitale læringsverktøy for å øke tilgjengeligheten til læringsressurser. Det produseres et stort antall e-læringskurs, noe som vil fortsette i årene fremover.

I 2020 ble det startet et omfattende arbeid med å produsere opplæringsvideoer tilknyttet kliniske prosedyrer. Videoene er ment brukt i utdanning av helsepersonell, som del av den obligatoriske nyansattopplæringen og til oppfriskning av ferdigheter hos mer erfarne ansatte. Gjennom planperioden vil det produseres utdanningsvideoer innen alle kliniske fag, og etableres en kobling mot tildeling og registrering av læringsaktiviteter i Kompetanseportalen. Videre vil det arbeides videre med bruk av ny teknologi, herunder VR, i simulering og ferdighetstrening.

3) Ta i bruk digitale samhandlingsverktøy

Gjennom etablering av sikre digitale samhandlingsløsninger, vil vi fremover i langt større grad enn i dag kunne tilgjengeliggjøre informasjon til de ansatte der de befinner seg. Etter at vi har oppgradert vår pc park til windows 10, vil dette blant annet muliggjøre bruk av office 365, Teams og nye funksjonaliteter.

Vi får mer digital samhandling, både internt og eksternt, som for mange vil oppleves som mer lettvinnt og fleksibelt. Dette vil endre på mange grunnleggende arbeidsprosesser og effektivisere arbeid som i dag i hovedsak går gjennom epost og word og excel. Viktige målsetninger er å gjøre informasjonen til og mellom de ansatte mer tilgjengelig, mer åpen, og legge til rette for samarbeid med eksterne aktører på en trygg og effektiv måte. Arbeidet legger til rette for en raskere og tryggere integrering av skytjenester i tiden fremover

4) Ta i bruk regionale teknologiske løsninger i pasientbehandlingen

Det utvikles stadig nye og forbedrede løsninger som på sikt skal tas i bruk i hele regionen. Sykehuspartner har et overordnet ansvar for plan og utrulling på regionalt nivå, mens det enkelte helseforetak må sørge for at løsningene tas i bruk lokalt.

De største tiltakene i den første delen av planperioden er flere digitale innbyggertjenester gjennom helsenorge.no, utrulling av lukket legemiddelsøyfe og forberedelse til implementering av DIPS Arena.

5) Styrke tryggheten med beslutningsstøtteverktøy

I fremtidens sykehus vil det i økende grad tas i bruk kunstig intelligens og andre løsninger som støtteverktøy for de ansatte. Dette vil særlig være aktuelt i tilknytning til diagnostikk, valg av behandling og overvåkning av data.

I ortopedisk klinikk er det tatt i bruk elektroniske risikotavler for å kunne få oversikt og raskt agere ved forverring av sykdomstilstand. Dette er et verktøy som med noen tilpasninger til den hver avdeling, raskt kan tas i bruk i stor skala. Det arbeides med flere løsninger for beslutningsstøtte innen blant annet bildediagnostikk og hjertemedisin som vil videreføres i planperioden. Det planlegges også å videreutvikle verktøyet for digital hjemmeoppfølging med trafikklyssystemer for enklere oppdagelse av forverring og beslutning av tiltak.

6) Øke mobiliteten

Teknologi kan bidra til å gjøre arbeidshverdagen enklere og mer effektiv for de ansatte. For å kunne bruke mest mulig tid hos pasienten er det behov for å øke mobiliteten til helsepersonell. Gjennom ulike prosjekter vil det legges til rette for at mer av behandlingen kan foregå der pasienten er, og at dokumentasjon kan gjennomføres på en mer fleksibel måte. Det vil legges til rette for at klinisk personell kan arbeide mer utenfor sykehuset, både ved ambulering og fra hjemmekontor.

7) Samarbeide sømløst på tvers

Befolkningen har en forventning om at helsetjenestene skal oppleves sammenhengende, selv om flere aktører er involvert. Særlig gjelder dette pasientforløp som går på tvers av sykehus og kommune. Med godt planlagte forløp og bruk av teknologiske verktøy vil det være mulig å få til bedre overganger og mer sømløs oppgavedeling mellom helsepersonell på ulike omsorgsnivåer. I planperioden vil det jobbes videre med å finne gode, felles løsninger for pasientforløp, kommunikasjon og samarbeid om den enkelte pasienten.

8) Planlegge teknologi i nybygg

For å jobbe mest mulig effektivt er det nødvendig at det er mulig å ta i bruk nye teknologiske løsninger innenfor rammene av infrastruktur og bygningsmasse. Med planlegging av nye bygg vil det være avgjørende at teknologibehov identifiseres og prioriteres i tråd med planer for fremtidig arbeidsmetodikk. Der det er mulig bør det planlegges med en fleksibilitet knyttet til fremtidig utvidelse av teknologi-porteføljen. I arbeidet med nye bygg vil det derfor jobbes aktivt med å planlegge for fremtidige teknologiske behov.

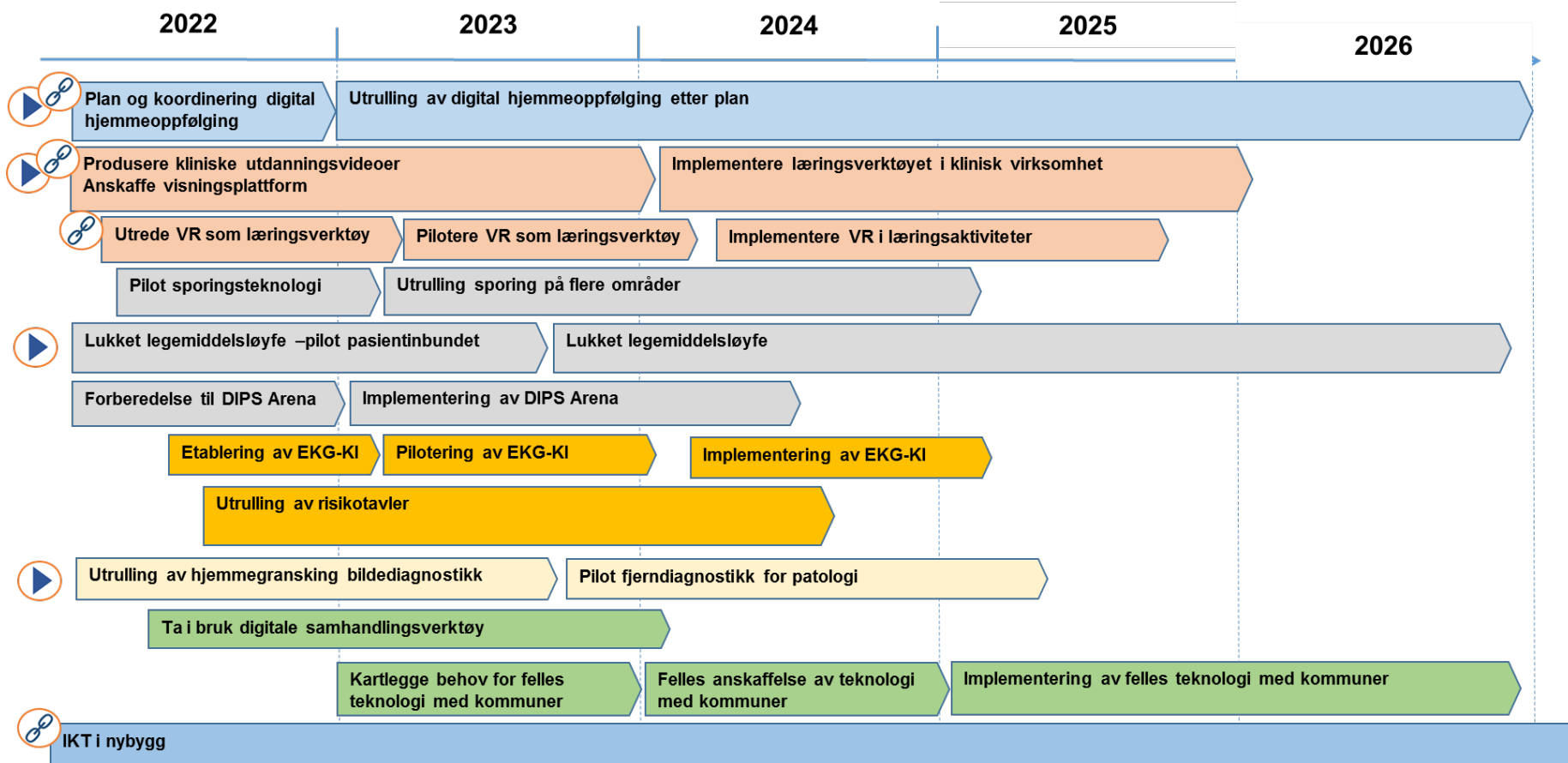
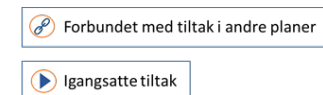
2.2 Oversikt over planlagte prosjekter og tiltak

Mål	Planlagte tiltak i perioden	Hva skal gjøres i 2022	Hva må til for å lykkes
1) Etablere forløp for digital hjemmeoppfølging	- Utrullingsplan - Koordinator- og støttefunksjon for klinikken - Etablere nye pasientforløp og nye arbeidsprosesser - Pilotere og implementere	- Planlegge - Skissere koordinering	- Personellressurser - Godt samarbeid på tvers - Planlegge samarbeid med kommuner/bydeler
2a) Ta i bruk nye digitale læringsverktøy	- Kliniske utdanningsvideoer - VR som læringsverktøy - Implementering av digital læring i klinisk virksomhet	- Pilotering av VR-løsninger for observasjonskompetanse og Akuttpsykiatri - Anskaffelse av ny og moderne Læringsportal (Nyopprettet regionalt senter for Digital læring legges til Ahus)	- Koordinering med klinikken - Samarbeid på tvers av HF for dele erfaring og kompetanse
2b) Ta i bruk digitale verktøy	- Windows 10 - Office 365 - Teams - Digitalisering av patologivirksomheten - Automatisering av prosesser	- Utrulling av Windows 10 - Planlegge i bruktagelse av office 365 - Ta ibruk Teams - RPA prostata kreftmelding	- God koordinering med klinikken - God opplæring og støtte både før og etter i bruktagelse - God informasjon
3) Ta i bruk regionale teknologiske løsninger i pasientbehandlingen	- Lukket legemiddelsøyfe - DIPS Arena - Sporingsteknologi - Digitale innbyggertjenester	- Pilotere pasientbundet (LLS) på Ahus - Deltakelse i regional faggrupper for Dips Arena - Planlegge innføring av Dips Arena - Pilot sporing av et MTU	- God Ahus deltakelse i regional planlegging - Forankring i foretaket - Endringsledelse i alle ledelsesnivå - Prosjektressurser - Kliniske fagressurser - Intern organisering - Plan for forvaltning
4) Styrke tryggheten med beslutningsstøtteverktøy	- EKG-tolkning med KI - KI i bildediagnostikk - Elektroniske risikotavler	- Pilotering av EKG-tolkning - Utrulling av risikotavler til flere avdelinger	- Gjennomarbeidede kliniske data - God involvering av klinikken
5) Øke mobiliteten	- Hjemmegransking - Videokonsultasjoner - Oppslag og verktøy tilgjengelig på digitale enheter	- Hjemmegransking for radiologer - øke andel videokonsultasjoner - Utarbeide og forankre strategi for mobilitet ved Ahus	- Tilstrekkelig mobilt IKT-utstyr - Mobil plattform - Involvering fra klinisk virksomhet - Regional utvikling av app'er for mobil plattform
6) Samarbeide sømløst på tvers	- Etablere nye pasientforløp (følges opp av øvrige delplaner) - Kartlegge behov for felles strategi innen teknologi med kommuner/primærhelsetjenesten	- Lage en felles plan som omfatter teknologiske løsninger	- Samplanlegging med kommunene
7) Planlegge teknologi i nybygg	- Delta i planlegging av arbeidsprosesser i nye bygg - Kartlegge teknologibehov	- Konseptfase KSB - Forprosjektfase PHN - Nytt fellebygg	- Aktive deltakere - Samarbeid på tvers - Tidlig involvering teknologi ressurser i prosjektene

2.3 Prosesstegning

Plan 2022-2026

Delplan for nye arbeidsprosesser og teknologi



Delplan for forskning og innovasjon 2022-2026

1. Om satsningsområdet

De siste årene har "styrking av Ahus som universitetssykehus" vært ett av 10 hovedmål.

1.1 Bakgrunn

Måloppnåelse for styrking av universitetssykehusfunksjonen vurderes ut fra om foretaket oppnår minimum 15 prosent årlig økning for kliniske behandlingsstudier og om antall fagfelleverderte, vitenskapelige artikler er økt fra foregående år. Det er definert tre prioriterte tiltak innenfor området i 2021; økning i ekstern forskningsfinansiering, persontilpasset medisin og pragmatiske studier. Foretaket har også et internkontrollmål at alle forsknings- og innovasjonsprosjekter skal registreres i eSkjema.

Ahus er ett av seks universitetssykehus i Norge. Kravene til å være universitetssykehus er hjemlet i en egen forskrift. I denne fremkommer krav om samarbeid med universitet som uteksaminerer leger og annet helsepersonell. Sykehuset skal også gi vesentlig bidrag til forskningsbasert teoretisk og praktisk utdanning og doktorgradsutdanning innen et bredt utvalg av fag og faggrupper. Foretaket må ha biomedisinsk og helsefaglig grunnforskning, translasjonsforskning og klinisk forskning innen de fleste fagområder, samt kunne vise til forskningsaktivitet av høy internasjonal kvalitet og bredde. Et overordnet mål for Ahus er å oppfylle våre forpliktelser som universitetssykehus ved å styrke forskning, utdanning og innovasjon ved foretaket.

1.2 Det som er oppnådd så langt

Resultatene for hovedmål viser vekst i antall artikler frem til 2016 med flat utvikling frem til 2020, deretter en økning for 2021. Antall kliniske behandlingsstudier er i vekst. Av prioriterte tiltak har Ahus hatt vekst frem til 2016 for ekstern forskningsfinansiering og deretter noe stagnasjon.

For persontilpasset medisin har Ahus etablert lokal InPred-Ahus-struktur som sikrer koordinering og implementering av diagnostikk og utprøvende behandling ved sykehuset. Ahus deltar også i flere regionale og nasjonale nettverk og deltar i og leder studier på persontilpasset medisin. Arbeidet med pragmatiske studier har gitt studier på Ahus som utnytter etablerte kliniske løsninger, inkludert registre og datavarehus, for intervensjonsstudier. Ahus leder også arbeidspakke relatert til pragmatiske studier i NorCRIN 2, som er en stor nasjonal satsning fra Norges Forskningsråd. Det er høy dekningsgrad for studier i eSkjema, som er et internt kvalitetsmål.

Ahus er i en stabil situasjon når det gjelder forskning og innovasjon, men har potensiale for å styrke noen viktige indikatorer.

2. Plan for perioden 2022-2026

2.1 Kort om planen

Forskning og innovasjon skal omfatte alle divisjonene/klinikker, og arbeid med nye muligheter og utfordringer trenger derfor bred involvering i sykehuset, samt mot eksterne aktører. Delplan for forskning og innovasjon vil primært drøfte utvikling og framdrift av noen større innsatsområder. Dette arbeidet må ha fleksibilitet da noen inkluderte områder avgjøres utenfor Ahus. Det kan også dukke opp nye, viktige innsatsområder som bør tas inn i delplanen ved årlig revisjon.

2.2 Samarbeid med kommuner og bydeler om helhetlige forløp

Samarbeid med kommuner og bydeler bør styrkes i planperioden. Ahus har etablert samarbeid med kommuner på Nedre Romerike, OsloMet og lokalt næringsliv gjennom Lillestrøm Helsehub. Dette nettverket er planlagt videreført med bredere deltagelse i Romerike Helsehub. Ahus deltar også i

Fagråd for kompetanse, innovasjon, forskning og digital samhandling, som er et underutvalg av Samarbeidsorganet for kommunene.

Kommunenes strategiske forskningsorgan har i sin rapport fra 2019 henstilt til at kommunene bør styrke forskning og etablere forskningsinfrastruktur. Ahus har i mange år hatt fokus på å bygge opp en solid forskningsinfrastruktur og kommunene kan ta del i dette, dersom de skulle ønske det. Ahus kan også tilby kompetanseoverføring dersom kommunene ønsker å bygge opp egen infrastruktur for forskning og innovasjon.

2.3 Hvordan tiltakene kan gi økt kvalitet og pasientsikkerhet

Det er viktig med mer og bedre forskning for å styrke Ahus som universitetssykehus. Utdanning og innovasjon vil ha direkte positiv effekt på kvalitet og pasientbehandling. Forskningsmiljøene og forskningsinfrastruktur var en nødvendig buffer under tidlig fase av Covid-19, noe som viser at Ahus som universitetssykehus er en robust organisasjon som tåler ytre påkjenning. Forskning og utvikling er avgjørende for å tilby ny pasientbehandling, opprettholde sterke fagmiljøer og bidra til kunnskap og diskusjon i samfunnet. Ahus og samlokaliserte strukturer med universitet/høyskole (UH)-sektor ("Campus-struktur") vil løfte Ahus ytterligere som sykehus og dette vil også gi bedre pasientbehandling, både internt på Ahus og i overgang mot kommune/ primærhelsetjenesten.

2.4 Hvordan mangfold og migrasjonshelse skal ivaretas

Helseforetakets pasientgrunnlag speiler et mangfold i den norske befolkningen. Fokus på Ahus er pasientstudier og vi vil da nødvendigvis, og mer enn andre norske foretak, bidra til ny kunnskap og bedre behandling av pasienter med ulik kulturell og etnisk bakgrunn. Ahus skal følge en rekrutteringspolitikk som sikrer mangfold og dette gjelder også innenfor forskning, utdanning og innovasjon.

3. Innsatsområder

Det er seks innsatsområder som det bør arbeides bredt med på tvers av divisjoner og klinikker og med aktører også utenfor forskningssektoren på Ahus og med eksterne aktører.

Det vil bli satt ned egne arbeidsgrupper for hvert område, medundergrupper med bred representasjon. Identifiserte innsatsområder hittil er fremstilt nedenfor:

1. Økonomi i forskning og innovasjon
 - a. Store satsninger/ forskningsstrukturer
 - b. Infrastruktur for forskning i divisjon/ klinikk
 - c. Støtte til forskningsgrupper
 - d. Kliniske studier
2. Samarbeid med UH-sektor
3. Rekruttering og karriereplaner for forskere
4. Innovasjon på Ahus
5. Forbedre oversikt og bruk av biomateriale
6. Faglige utviklingsområder
 - a. Presisjonsmedisin
 - b. Digitalisering og AI
 - c. Pragmatiske studier

Det kan i perioden også dukke opp nye områder som vil trenge tilsvarende prosess.

Arbeidsgruppene innen hvert område vil jobbe med å definere klare mål og sette konkrete tiltak for videre utvikling innenfor hvert område. Arbeidet vil følge vanlig prosess for utredning på Ahus og ha prosess-støtte også fra aktører utenfor forskningssektoren.

For å sikre tilstrekkelig involvering og korrekt forankring, vil forslag til mandat og medlemmer til arbeidsgruppene først bli drøftet i Samordningsmøte Ahus og Campus Ahus, etterfulgt av innspill fra Felles forskningsutvalg. Deretter vil mandat og arbeidsgrupper bli forankret i sykehusledelsen.

Det foreslås at sykehusledelsen fungerer som styringsgruppen for arbeidsgruppene og at Samordningsmøte blir arbeidsutvalg. Resultater fra arbeidsgruppene presenteres i Felles forskningsutvalg før sak til Samordningsmøte og deretter sykehusledelsen.

3.1 Innsatsområde 1: Økonomi i forskning og innovasjon

Delt i fire undertemaer:

1) Store satsninger/forskningsstrukturer

Hvordan sikre stabil finansiering av større satsning/infrastruktur på Ahus for forskning? Dette kan gjelde satsninger og infrastruktur som EpiGen, 3D-lab, Avdeling for helsetjenesteforskning (HØKH), og støttefunksjoner i Divisjon for diagnostikk og teknologi (DDT), inkludert laboratorie-tjenester, radiologi/bilde, patologi og forsknings-IKT.

Mål:

- Styrke større forskningssatsning/-infrastruktur ved Ahus: EpiGen, 3D-lab, HØKH og DDT
- Mål om stabile og forutsigbare betingelser

2) Infrastruktur for forskning i divisjon og klinikk

Det er behov for å arbeide videre med infrastruktur for forskning og innovasjon i divisjoner/klinikker. Som eksempel har Barne- og ungdomsklinikken identifisert en forskningsenhet dedikert for barn og ungdom som viktig for dem. Noen divisjoner og klinikker har bygd opp egne forskningsenheter, og det er potensiale for læring på tvers. I neste periode bør det arbeides strukturert i brede arbeidsgrupper rundt dimensjonering og innhold i divisjons-/klinikk-spesifikk infrastruktur på Ahus. Her kan det vurderes hvordan det kan bygges miljøer som forsker tverrfaglig, da samarbeid på tvers kan øke muligheten for å lykkes med å kombinere klinikk, basalfag og epidemiologi.

Arbeidsgruppene må også vurdere hvordan slik infrastruktur understøtter mål om økning i artikler og antall kliniske behandlingsstudier på Ahus.

Her kan et tiltak være økt fokus på forskningskompetanse ved rekruttering til alle typer stillinger i divisjoner og avdelinger.

Mål:

- Styrke infrastrukturen i divisjon/klinikk
- Styrke samarbeid mellom forskningsgruppene

3) Støtte til forskningsgrupper

Hvordan styrke forskningsgruppene på Ahus? Arbeidsgruppen bør se på hvordan forskningsgrupper kan støttes for å kunne øke kvalitet og produksjon. Dette må sees i lys av føringer allerede satt i utviklingsplanen for Ahus 2035. Det er også naturlig å drøfte hvordan styrket forskningsledelse i divisjonene og ned i avdelingene kan bistå til økt fokus og kvalitet på forskning ved Ahus. Forskningsleder i hver divisjonen bør arbeide tett med forskergruppeledere for å sikre at alle grupper har regelmessige møter og strategier for å øke egen kompetanse, vitenskapelig produksjon og ekstern finansiering. Finansiering av forskningsgrupper bør også vurderes. Rutiner knyttet til evaluering av forskningsgrupper vil videreføres.

Mål:

- Styrke forskningsgrupper internt i divisjon og klinikk, og samarbeid på tvers.

4) Kliniske studier

Økning i antall kliniske studier er ett av hovedmålene ved foretaket. Den Nasjonale handlingsplanen for kliniske studier har målsetting om at andelen pasienter i spesialisthelsetjenesten som deltar i kliniske studier er på 5 prosent innen 2025 og at antallet kliniske studier som rekrutterer pasienter i spesialisthelsetjenesten dobles i løpet av planperioden 2021-2025. Dette forutsetter en årlig vekst i antall studier på om lag 15 prosent.

Hvordan skal vi styrke klinikknær forskning og infrastrukturen i klinikkene/divisjonene for å nå disse målene, og hvordan kan vi etablere et tettere samarbeid på tvers av divisjonene/klinikkene for å lære av hverandres erfaringer?

En arbeidsgruppe har jobbet med verdi av kliniske intervensjonsstudier for Ahus, og sett på hvordan man kan estimere besparelser for sykehuset ved deltakelse i kliniske studier og modell for hvordan eventuelle besparelser kan benyttes til investering i kritisk infrastruktur. Gruppen har bestått av representanter fra Medisinsk divisjon og Divisjon for diagnostikk og teknologi, som gjennomfører fleste kliniske intervensjonsstudier på Ahus, samt Forskning- og innovasjonsdivisjonen og Økonomi. Dette arbeidet kan danne grunnlag for videre prosess, og da med bredere representasjon i planperioden.

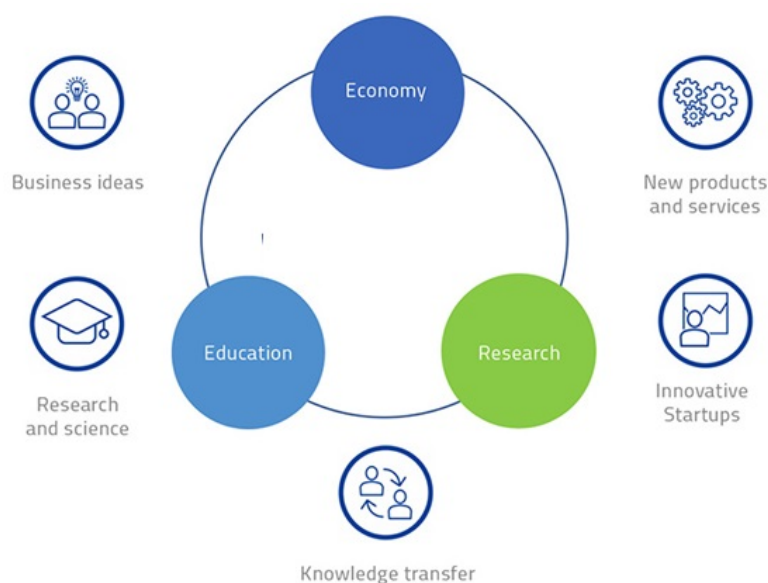
Mål:

- Styrke infrastruktur for kliniske studier i deltakende divisjoner/ klinikker.

3.2 Innsatsområde 2: Samarbeid med UH-sektor

Forskning, utdanning og innovasjon er tett knyttet sammen i et kunnskapstriangel (figur 1). Samarbeid med UH-sektor er også viktig for samfunnsopplysning og dialog. Campus-løsninger mellom universitetssykehus og UH-sektor, som kombinerer forskning, utdanning og innovasjon/næringsutvikling, løftes opp som virkemiddel for å fornye offentlig sektor i regjeringens utkast til ny langtidsplan for forskning og høyere utdanning. Ahus vil styrke sitt samarbeid med UH-institusjoner som samlokaliserte aktivitet og personell med Ahus. Samarbeid med UH-sektoren er også viktig for rekruttering av forskere, samt å bygge gode karriereforløp for forskningskompetanse (se innsatsområde 3).

Arbeidsgruppen bør vurdere hvordan Ahus kan styrke sitt eksisterende samarbeid med institusjonene UiO og OsloMet, samt også vurdere hvorvidt Ahus skal undersøke mulighetene for samarbeid med andre UH-institusjoner som eksempelvis NMBU og andre sentrale satsninger, eksempelvis Oslo Science City.



Figur 1. Forskning, utdanning og innovasjon/ næringsutvikling er nært koblet sammen i et kunnskapstriangel. Samspillet mellom forskning og utdanning gir også nye ideer og kunnskapsoverføring ("knowledge transfer") som er viktig for samfunnsopplysning og -dialog. Modifisert fra European Institute of Innovation & Technology

Nye bygninger på Ahus må inneholde planer for forskning, utdanning og innovasjon for å styrke Ahus som et senter for utdanning og innovasjon innen livsvitenskap i regionen. Ahus bør ta en ledende rolle lokalt og regionalt for å utvikle livsvitenskap, for eksempel ved å tilby komplett infrastruktur for alle aspekter av simulering, forskning og klinisk utprøving, inkludert forskningsspørsmål, regulatoriske avklaringer, forskningsgjennomføring, statistikk og helseøkonomi.

Arbeidsgruppen bør se om Ahus, i samarbeid med samlokaliserte enheter fra UH-sektor, kan fungerer som ressurs for eksterne enheter – som både kan være kommuner, andre offentlige virksomheter eller kommersielle selskaper – for å videre utvikle livsvitenskap i regionen. For å kunne skalere opp

kapasitet må det være forutsigbare finansieringsrammer. Risiko for oppbygging ikke kan bæres av Ahus alene. En slik utvikling vil bygge på en flerpartsmodell som fremmer og samler kompetanse og gir grunnlag for synergieffekter i strategisk viktige områder.

Mål:

- Ahus som viktig aktør og samarbeidspartner med UH-sektor

3.3 Innsatsområde 3: Rekruttering og karriereplaner for forskere

Ahus som universitetssykehus har potensiale til å øke antall forskningsaktive på foretaket og karriereplaner er en viktig del i dette arbeidet. Dette må gjøres i tett samarbeid med HR og delplan 6 – Kompetanse, utdanning og rekruttering. Beholde, utdanne og rekruttere fagfolk/ansatte og kompetanse er viktige tiltak.

Arbeidsgruppen bør se på mulighetene Ahus har for mer strukturert arbeid opp mot rekruttering og karriereutvikling for forskere. Basis for forskning ved Ahus vil være forskere med primært klinisk stilling. Det innebærer at antall kombinerte stillinger må opp, dersom Ahus skal øke i forskningsvolum. I tillegg burde hver divisjon og avdelinger ha forskere med stor forskningsandel, gjerne heltidsforskere.

Et styrket samarbeid med UH-sektor (se innsatsområde 2) kan gi vekst i deltids- og heltidsstillinger for forskning i neste 4-årsperiode, da også for forskere med annen fagbakgrunn enn medisin. Videre er samarbeid med UH-sektoren viktig for å bygge gode karriereforløp for forskningskompetanse i master og PhD-løp. Arbeidsgruppen foreslå hvordan Ahus kan arbeide med UH-sektor for å utvikle realistiske karriereplaner for forskere. Initiativ som fagmøter for akademisk ansatte (Academy Ahus) og mentoring av yngre talenter (Team Ahus) vil kunne være slike tiltak. Det er også viktig å se på status for rekruttering til PhD-stillinger innen yrkesgrupper som rekrutterer til akademiske stillinger på Ahus. Tiltak for å bedre eventuell rekrutteringsutfordringer i ulike fag hører også naturlig inne i dette arbeidet.

Mål:

- Etablere karriereplaner/strategi for forskning

3.4 Innsatsområde 4: Innovasjon

Ahus har ikke en egen innovasjonsstrategi. Det vil være viktig å utarbeide og forankre en slik strategi i planperioden. Det må også etableres rutiner for rapportering av innovasjonsaktivitet i henhold til overordnede føringer.

Mål:

- Styrke foretaket innenfor innovasjonsfeltet

3.5 Innsatsområde 5: Forbedre oversikt og bruk av biomateriale

Store mengder klinisk innsamlede biologiske prøver bør gjøre det mulig for Ahus å bygge omfattende biobanker raskt og til en lav kostnad. Det er et gjenstående oppfølgingspunkt på internrevisjon fra 2017 at Ahus skal få bedre oversikt og bruk av biobanker.

Ahus kan øke suksessraten for ekstern finansiering ved å tilgjengeliggjøre oversikt over allerede innsamlet biologiske prøver. Det vil kreve bedre elektronisk registrering av biologiske prøver på Ahus (eBiobank som verktøy), og en kultur for deling av materiale mellom forskere og forskningsgrupper. For tiden bæres driftskostnader for lagring av biologiske materiale av de enkelte forskergruppene, og det er sannsynlig at dette påvirker motivasjonen til grupper for å dele materialet.

Arbeidsgruppen bør arbeide bredt med ulike aspekter relatert til biomateriale og biobanking, inkludert om enkelte databaser, registre og biobanker skal defineres som prioriterte kohorter, og ha spesifikk finansiering for å øke utnyttelsesgrad og tilgjengeliggjøring. Gruppen bør også vurdere organisering og struktur for innhenting, lagring, overvåkning og henting av biologisk materiale, samt finansiering av slik aktivitet. Den bør også hvordan datavarehus (systemer for fullstendig oversikt over data på pasienter i sanntid på tvers av sykehuset) og utnyttelsen av historiske kontroller (*in silico*-kontrollarm), kan bidra til utnyttelsen av biomateriale.

Mål:

- Bedre utnyttelse av biobankmateriale til forskning og innovasjon – prosjekter internt ved Ahus og ved samarbeid med eksterne.

3.6 Innsatsområde 6: Faglige utviklingsområder**1) Presisjonsmedisin**

Innen noen fagfelt er molekylær karakterisering avgjørende for valg av terapi, siden det finnes terapi godkjent for spesifikke molekylære angrepsmål. Per i dag er dette kommet lengst innen kreftbehandling, både av solide tumores og innen hematologisk cancer. Det er ventet at slik presisjons-tilpasset medisin vil utvikles også innen andre fagområder. For Ahus som universitetssykehus er det viktig at det kan tilbys pasienter i eget opptaksområde og regionen deltagelse i studier innen presisjonsmedisin, noe som fordrer systemer for hele kjeden fra molekylær karakterisering til gjennomføring av kliniske studier på Ahus. Arbeid med presisjonsmedisin er også relevant for delplaner «Nye metoder» og «Kreft», samt kan også bli aktuelt for delplan «Psykisk helsevern.»

Mål:

- Bygge systemer for hele kjeden fra molekylær karakterisering til gjennomføring av kliniske studier på Ahus slik at pasienter i eget opptaksområde og regionen får tilbud om presisjonsmedisin

2) Digitalisering og AI

Digitalisering et utviklingsområde der Ahus har stort behov for å utvikle seg innenfor. Bruk av teknologi har enormt potensiale til å forbedre, forenkle og fornye. Dette gjelder også bruk av kunstig intelligens, hvor algoritmer og maskinlæring brukes for å tolke signaler, støtte beslutninger og gjennomføre tiltak. Arbeidsgruppen bør vurdere hvilke tjenester og prosesser ved Ahus som det er mest formålstenlig å digitalisere. Digitalisering handler like mye om å øke kompetansenivået internt, som løsningene i seg selv. Ved å samarbeide med topp kvalifisert personell fra UH-sektoren vil det øke kompetansen og utviklingen av digitalisering og kunstig intelligens.

Mål:

- Utvikle og anvende kompetanse rundt digitalisering og kunstig intelligens ved Ahus.

3) Pragmatiske studier

Det er ønskelig å øke integreringen mellom forskning og klinikk ved Ahus. Pragmatiske studier er basert på kliniske data fra uselekterte pasienter i vanlig praksis. På den måten bygger studiene bro mellom evidensbasert medisin og klinisk praksis.

Pragmatiske studier utnytter datavarehus og registre for å hente data som primært er samlet inn av klinisk personell, noe som reduserer behov for egen studie-infrastruktur. Pragmatiske studier har potensiale til å øke inklusjonshastighet og samtidig redusere kostnader for gjennomføring. Arbeidsgruppen bør se på hvilke strukturer som må etableres på Ahus for at kompetansen om, og dermed bruken av, pragmatiske studier øker. Bruk av pragmatiske studier bør også vurderes når kliniske miljø etablerer nye metoder eller arbeidsmåter. Dette skal sikre kvalitet og oppfølging av pasientene ved implementering, noe som er et pasientsikkerhets-tiltak, støtte til egne medarbeidere ved innføring og for at Ahus skal oppfylle lovkrav.

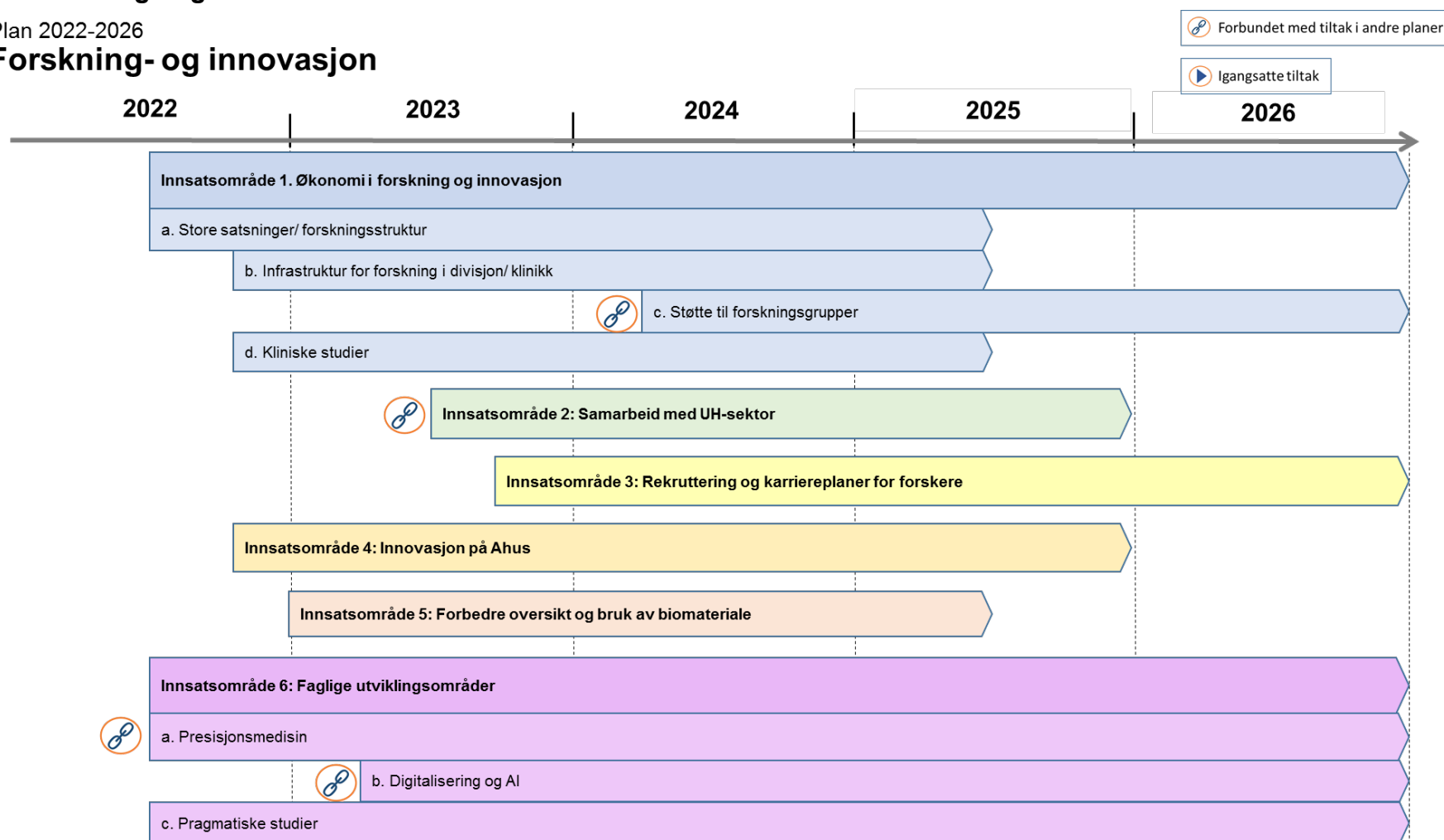
Mål:

- Benytte pragmatisk studiedesign til å øke integreringen mellom forskning og klinikk ved Ahus.

4. Prosesstegning

Plan 2022-2026

Forskning- og innovasjon



Styresak

Dato dok.:	06.04.2022	Administrerende direktør
Møtedato:	27.04.2022	
Vår ref.:	22/04013-4	Postadresse: 1478 LØRENSKOG
		Telefon: +47 67 96 00 00
Vedlegg:	Rapport Ledelsens gjennomgang av styringssystem 2021	

Sak 33/22 Ledelsens gjennomgang av styringssystemet 2021

Ledelsens gjennomgang av styringssystemet (LGG), tidligere kalt Årlig gjennomgang av internkontroll, er en årlig systematisk gjennomgang av foretakets styringssystemet for virksomhetsstyring (Orden i eget Ahus).

LGG omfatter vurderinger av områdene som inngår i styringssystemet (generell internkontroll, kvalitet og pasientsikkerhet, HMS og ytre miljø, personvern og informasjons-sikkerhet og forskning), og av systemet som helhet. Prosessen skal gi oversikt over forhold som er i orden, og hvilke områder som må utvikles og forbedres.

«Orden i eget Ahus» er som helhet vurdert til i stor eller i ganske stor grad å oppfylle krav som stilles til et hensiktsmessig styringssystem. De viktigste forbedringene er knyttet til ytterligere tilpasning av styringssystemet til virksomheten, sørge for å gjøre det kjent og tilgjengelig for ledere på alle nivå, holde det oppdatert og relevant, samt oppfølging av etterlevelse.

Tiltak for å utvikle og forbedre styringssystemet, både for områdene og for systemet som helhet, vil inngå i allerede eksisterende virksomhetsplaner og/eller handlingsplaner for 2022

Administrerende direktørs innstilling til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

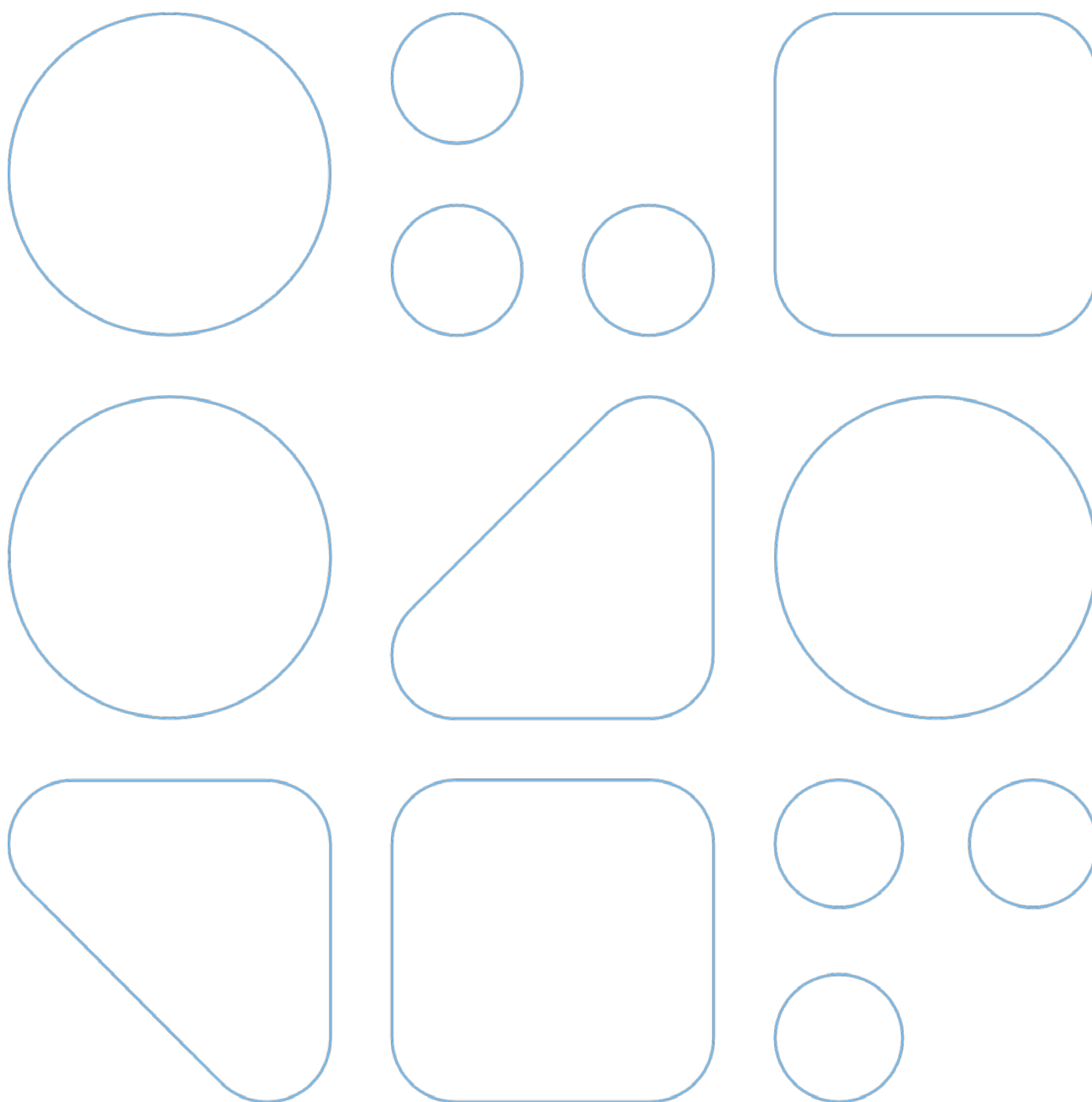
Øystein Mæland
Administrerende direktør

Dokumentet er elektronisk godkjent

Ledelsens gjennomgang av styringssystem 2021

Rapport

31.03.2022



Tittel:

Ledelsens gjennomgang av styringssystem 2021

Referanse:

22/04013

Beslutningsdato:

5.4.22

Beslutning:

Godkjent

Besluttet av:

Sykehusledelsen

Rapport utarbeidet av:

Foretaksrevisjonen

Prosjektleder:

Anette Karine Dehli/Karl-Helge Storhaug

Deltagere i utarbeidelsen av rapporten:

Pål Jostein Didriksen, Nina Karlsen, Randi Clutch, Elisabeth Jørgensen, Trine Chr. Helgerud, Hilde Schultz, Kåre Magne Stennes, Knut Thomas Sjølie, Hilde Alstad, Mariann G. Davidsen, Tone Eggen

Innhold

1.	Innledning	3
1.1	Ledelsens gjennomgang av styringssystemet	3
1.2	Prosess og metode	3
2.	Vurdering av områdene i styringssystemet	6
2.1	Generell internkontroll	6
2.2	Kvalitet og pasientsikkerhet	11
2.3	HMS og ytre miljø	15
2.5	Personvern og informasjonssikkerhet	22
2.6	Systemeier for IKT systemer og Medisinsk Teknisk Utstyr	25
2.7	Forskning	28
3.	Samlet vurdering av styringssystemet	32
4.	Tabeller og vedlegg	34
4.1	Egenvurdering – område Generell internkontroll	34
4.2	Egenvurdering – område Kvalitet og pasientsikkerhet	36
4.3	Egenvurdering - område HMS og ytre miljø	38
4.4	Egenvurdering - område Personvern og informasjonssikkerhet	40
4.5	Egenvurdering - område Systemeier IKT og MTU	41
4.6	Egenvurdering - område Forskning	42
4.7	Oversikt over styringssystemet Orden i eget Ahus	44

1. Innledning

1.1 Ledelsens gjennomgang av styringssystemet

Ledelsens gjennomgang av styringssystemet (LGG) er en årlig systematisk vurdering av om systemet fungerer etter hensikten, og bidrar til måloppnåelse og kontinuerlig forbedring.

LGG er den overordnede styrende og kontrollerende delen av virksomhetsstyringen i foretaket, og skal omfatte vurdering av om lover, forskrifter og faglige anbefalinger overholdes, samlet vurdering av om styringssystemet fungerer som forutsatt og bidrar til forbedring, og plan for eventuelle tiltak for å utvikle og forbedre systemet.

Rapport fra LGG behandles av sykehusledelsen og foretakets styre som del av sitt tilsynsansvar.

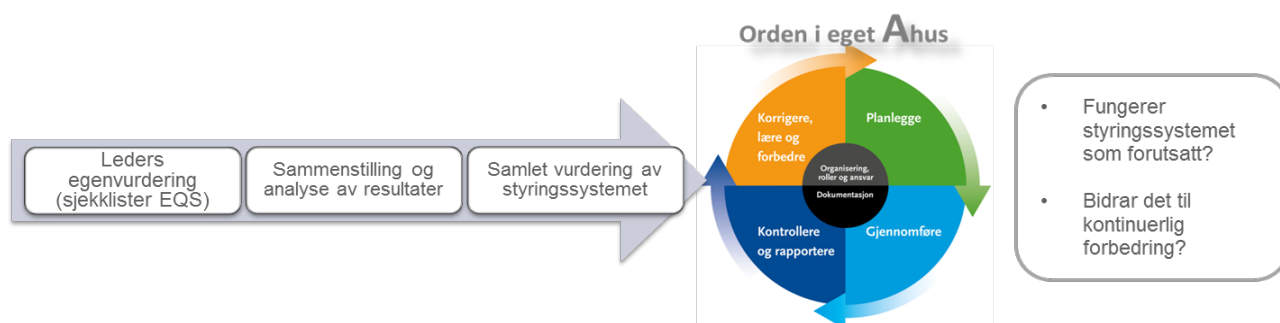
Orden i eget Ahus

Styringssystemet Orden i eget Ahus skal sikre at prosesser og aktiviteter i virksomhetsstyringen, blir planlagt, gjennomført, evaluert og korrigert i samsvar med krav i eller i medhold av lov- og regelverk, og Helse Sør Øst sitt rammeverk for virksomhetsstyring.

Nærmere oversikt over styringssystemet fremgår av vedlegg kap 4.7.

1.2 Prosess og metode

LGG-prosessen består av tre steg som vist i figur 1.



Figur 1: Evalueringsprosessen «Ledelsens gjennomgang av styringssystemet»

Leders egenvurdering (steg 1)

Egenvurderingen omfatter seks elektroniske sjekklister i kvalitetssystemet EQS. Sjekklistene dekker ulike områder og er inndelt i ni gjennomgående temaer som vist i figur 2 på neste side.

Egenvurderingen skal legge til rette for at lederne har oversikt over eget ansvar og oppgaver i virksomhetsstyringen. For hvert tema som inngår i sjekklistene må lederne ta stilling til om krav til virksomhetsstyring og internkontroll er ivaretatt. Svaralternativene er Ja/Nei/Delvis/Ikke aktuelt.

Generell internkontroll	Kvalitet og pasient-sikkerhet	HMS og ytre miljø	Personvern og informasjons-sikkerhet	Systemeier IKT/MTU	Forskning
1.Organisering, ansvar og myndighet					
2.Retningslinjer og prosedyrer					
3.Kompetanse og opplæring					
4.Regelverk og faglig normerende dokumenter					
5.Mål					
6.Risiko					
7.Håndtering av uønskede hendelser/avvik					
8.Oppfølging og rapportering					
9.Evaluering og forbedring					

Figur 2: Områder og temaer som inngår i Ledelsens gjennomgåelse av styringssystemet

Den enkelte leder skal sørge for at forhold som ikke er i orden blir rettet opp innen 1. september påfølgende år. Ledere for nivå 2 og 3 har tilgang til resultatene for sjekklister til underordnede ledere, slik at de kan vurdere forbedringsbehov på tvers av enheter.

Egenvurderingen gjennomføres årlig i perioden 1. september til 1. oktober, og er obligatorisk for alle lederne nivå 2-51 som er registrert med en lederrolle i Personalportalen. Tabellen nedenfor viser antall ledere som har gjennomført sjekklister for 2021.

Sjekkliste	Skal gjennomføres av	Antall gjennomført
1 Generell internkontroll	Alle ledere n2-5	364
2 Kvalitet og pasientsikkerhet	Alle ledere med ansvar/støtte for pasientbehandling	304
3 HMS og ytre miljø	Alle ledere n2-5	354
4 Personvern og informasjonssikkerhet	Alle ledere n2-5	358
5 Forskning	Ledere n2-3 med ansvar for forskning	100
6 Systemeier IKT og MTU	Ledere n2-3 som er systemeiere iht tjenestekatalog	13

Tabell 1: Antall ledere som har besvart sjekklister i EQS 2021

Sammenstilling og analyse av resultater (steg 2)

Resultatene fra lederne egenvurderinger sammenstilles og analyseres for å identifisere forbedringsbehov på tvers av enheter, og velge ut årlige internkontrollmål. Målene inngår i oppdrag og bestilling til nivå 2-lederne, og følges opp i den tertialvise mål- og resultatoppfølgingen.

¹ Kun ledere som er registrert med en lederrolle i Personalportalen kan besvare sjekklister. Per i dag er dette ikke tilfellet for alle ledere på n5 (enhetsledere).

Samlet vurdering av styringssystemet (steg 3)

Styringssystemet vurderes både per område og samlet som helhet.

Per område: Resultatene fra ledernes egenvurderinger av hvert tema sammenholdes og vurderes opp mot annen relevant styringsinformasjon. Følgende skala brukes:

- Tilfredsstillende. Ikke behov for tiltak
- Delvis tilfredsstillende. Observeres frem mot neste LGG
- Ikke tilfredsstillende. Må forbedres.

Samlet som helhet: Styringssystemet vurderes etter en skala fra 0-6 ut fra i hvilken grad de oppfyller følgende krav:

- *Ledelsesforankret* - dvs. at styringssystemet er forankret i sykehusledelsen gjennom beslutninger om mål, rammer for arbeidet og prioritering av ressurser
- *Tydeliggjort ansvar*, myndighet og roller - dvs. at ledere kjenner og forstår eget ansvar for virksomhetsstyring og internkontroll og hvilke oppgaver de skal utføre for å ivareta ansvaret
- *Tilpasset virksomheten* - dvs. at styringssystemet dekker områder i foretaket hvor det er krav til styringssystem/internkontroll, og at prosedyrer/prosesser er tilpasset Ahus forhold
- *Integrert i styring, arbeidsprosesser og aktiviteter* - dvs. at internkontroll ikke er "tilleggsaktiviteter, men inngår prosessene foretaket har for å styre, gjennomføre, rapportere, følge opp og korrigere virksomheten
- *Formalisert og dokumentert* - dvs. at styringssystemet og prosessene for virksomhetsstyring og internkontroll er beskrevet og dokumentert
- *Enhetlig og helhetlig* - dvs. at virksomhetsstyring og internkontroll er standardisert og har samme struktur og utforming på tvers av foretaket ("like ting gjøres likt")
- *Kjent for ledere og gjort tilgjengelig*, dvs. at krav til utførelse av virksomhetsstyring og internkontroll er beskrevet, kommunisert og tilgjengeliggjort, og gjennomførte tiltak dokumenteres slik at de kan følges opp og etterprøves
- *Systematisk fulgt opp*, dvs. styringssystemet følges opp, vedlikeholdes og utvikles systematisk
- *Etterlevd*, dvs. at styringssystemet og kravene til virksomhetsstyring og internkontroll blir etterlevd i foretaket

2. Vurdering av områdene i styringssystemet

2.1 Generell internkontroll

Resultatene fra lederne egenvurdering for området *Generell internkontroll* fremgår av [tabell 10, kap 4.1](#). Resultatene er sammenholdt med annen tilgjengelig styringsinformasjon fra EQS, Conformat handlingsplansystem, mål- og resultatoppfølgingen og rapporter fra interne revisjoner og eksterne tilsyn/revisjoner.

2.1.1 Konklusjoner og forbedringstiltak

Tema	Konklusjon	Forbedringstiltak
1. Organisering, ansvar og myndighet	●	Ikke behov for tiltak
2. Retningslinjer og prosedyrer	●	Implementere ny dokumentstruktur/-kategorier i EQS (jf. mål 77 OBD n2 2022)
3. Kompetanse og opplæring	●	Observeres frem mot neste LGG
4. Regelverk og faglig normerende dokumenter	●	Formalisere rolle med ansvar for å følge opp lovendringer Implementere ny dokumentstruktur/-kategorier i EQS (jf. mål 77 OBD n2 2022)
5. Mål	●	Forenkle mål- og resultatkrav (jf. mandat)
6. Risiko	●	Observeres frem mot neste LGG
7. Håndtering av uønskede hendelser/avvik	●	Sikre at divisjonene/klinikkene har oppdatert styringsinformasjon for å kunne følge opp at meldinger om uønskede hendelser ferdigbehandles innen 3 måneder fra melding er opprettet
8. Oppfølging og rapportering	●	Utarbeide handlingsplanfunksjonalitet i EQS (jf. mandat)
9. Evaluering og forbedring	●	Observeres frem mot neste LGG

● Tilfredsstillende. Ikke behov for tiltak. ● Delvis tilfredsstillende. Observeres frem mot neste LGG. ● Ikke tilfredsstillende. Må forbedres

Tabell 2: *Generell internkontroll*

2.1.2 Organisering, ansvar og myndighet

93 % av lederne svarer at de har en funksjonsbeskrivelse som viser ansvar og oppgaver. Det er utarbeidet standard mal for funksjonsbeskrivelser i EQS som er forutsatt brukt, og fastsatt krav til innholdet i det faglige, økonomiske og personalmessige ansvar for ledere på ledernivå 2-5.

90 % av lederne svarer at de har en skriftlig fullmakt som viser delegerte fullmakter fra overordnet leder. Andelen er ganske lik for alle divisjonene. Fullmaktsystemet for Ahus er lagt opp slik at Stabsdivisjonen har oversikt over fullmaktsoppgaver for ledernivå 2, mens hver enkelt divisjon selv er forutsatt å ha oversikt og dokumentasjon på fullmakter som er videredelegert.

96 % av lederne svarer at de har organisasjonskart for egen enhet. For dette formålet er det utarbeidet standard mal for organisasjonskart i EQS som er forutsatt brukt. Antall organisasjonskart i EQS er imidlertid lavere enn det lederne svarer. Det er rundt 60 organisasjonskart i dokumentkategorien «Organisasjonskart». Imidlertid kan organisasjonskart være lagret i andre dokumentkategorier. Videre er det sannsynlig at enkelte enheter har organisasjonskart som ikke er dokumentstyrt i EQS.

2.1.3 Retningslinjer og prosedyrer

98 % av lederne svarer at de har gjort ansatte i egen enhet kjent med at retningslinjer og prosedyrer er tilgjengelig i EQS, mens 94 % svarer at de har oversikt over hvilke prosedyrer som gjelder for egen enhet. Samtidig svarer 73 % at de følger opp at EQS dokumenter som egne ansatte er dokumentadministrator for, er innenfor revisjonsfrist. Når resultatet sammenholdes med datauttrekk fra EQS, nyanseres bildet. Det er per mars 2022 nærmere 13000 gyldige dokumenter i EQS, hvorav ca. 3400 (27 %) har passert revisjonsfrist. For 2020 var det tilsvarende tallet 15 %, dvs. negativ utvikling siste år. Datauttrekket viser samtidig at alle divisjoner/klinikker har dokumenter som har passert revisjonsfristen. Hensikten med en revisjonsfrist er å ta en periodisk gjennomgang for å undersøke og sikre at innholdet er oppdatert og korrekt. Når en såpass stor andel EQS dokumenter ikke følges opp av dokumentadministrator, kan det utgjøre en fare for at praksis og prosedyrer ikke følger hverandre eller at innholdet ikke tar høyde for nye krav i lover og forskrifter.

2.1.4 Kompetanse og opplæring

89 % av lederne svarer at kartlegging av kompetansebehov for egen enhet blir ivaretatt. Samtidig svarer 81 % at de har utarbeidet opplæringsplaner med tiltak for egne ansatte, mens 82% svarer at de dokumenterer gjennomført opplæring.

Kompetansestyring er innarbeidet i styringssystemet («Ahus - Kompetanseledelse»), og skal bidra til at ansatte har tilstrekkelig og riktig kompetanse til rett tid for å yte forsvarlige tjenester. Lokalt ved at kompetansebehov kartlegges og tilhørende plan for tiltak utarbeides og benyttes i den enkelte enhet. Overordnet ved at sammenfallende kompetansebehov synliggjøres i organisasjonen og gjør det mulig å samarbeide om felles kompetansetiltak på tvers av enheter.

Kompetansebehov fra klinikker/divisjoner skal årlig meldes inn til Kompetanse- og utdanningsavdelingen, og felles behov sammenstilles for behandling i sykehusledelsen. Selv om andel ledere som svarer at de ivaretar kravene i kompetanseledelse-prosedyren er noe lav i fem divisjoner, virker kartlegging av kompetansebehov stort sett å fungere som forutsatt. For utarbeidelse av opplæringsplaner er resultatet noe dårligere. Selv om snittet for Ahus ender på 81 %, er det flere divisjoner som ligger til dels godt under 80 % med tre divisjoner i oransje og en i rødt. Også for dokumentering av gjennomført opplæring er Ahus-snittet ok, men de individuelle resultatene viser at enkelte divisjoner har til dels stort forbedringspotensial.

Resultatene fra ledernes egevalueringer underbygges av resultatet for mål- og resultatoppfølging for 2021 (gult i 2. og 3. tertial 2021), funn fra internrevisjoner (bl.a. strålevernrevisjon høst 2021), eksterne tilsyn (DSB), samt Konsernrevisjonens revisjon av kompetansestyring 2021-22. Tilsyn utført av DSB de senere årene har hatt ett gjentakende avvik om nettopp mangelfull dokumentasjon av opplæring. De har sett på opplæring i MTU, og finner at dette er et område hvor både opplæringssystematikk og dokumentasjon av opplæring er mangelfull.

Det er avdekket og meldt om store avvik mellom deltakelse og registreringer av obligatorisk klasseromsundervisning i Læringsportalen innen HMS og praktisk brannvern. Man har sett at deltagere glemmer å signere, at signaturer er uleselige, at deltakerlister ikke legges inn i systemet, eller at påmeldte ikke møter opp. På denne bakgrunn er det oppført en internrevisjon for å

kartlegge og vurdere praksis, og forsøke å finne årsakene til mangelfull dokumentasjon på gjennomført opplæring. Det anbefales å avvente tiltak på foretaksnivå i påvente av resultatet av den planlagte internrevisjonen. Implementering av fullskala Kompetanseportalen, et verktøy for dokumentasjon av kompetanse, vil også bidra til en forbedring.

2.1.5 Regelverk og faglig normerende dokumenter

95 % av lederne svarer at de har satt seg inn i regelverk, retningslinjer, prosedyrer og veiledere som gjelder eget ansvarsområde. Resultatet tyder på at lederne opplever å ha god oversikt over regelverk og faglig normerende dokumenter. Samtidig må det trekkes frem at ansvaret for å følge opp og ha oversikt over endringer i lover og forskrifter ikke er en formalisert rolle på foretaksnivå. Hver enkelt divisjon må i dag selv fange opp dette innenfor egne fagområder. Det må også trekkes frem at resultater fra bl.a. interne revisjoner har vist at selv enheter som har etablert god internkontroll, finner det utfordrende å holde oversikt og følge opp denne type endringer. Det er derfor risiko for at prosedyrer som er knyttet opp til lovreglene ikke blir oppdatert før det har gått en stund.

Brukerne av kvalitetssystemet EQS har meldt tilbake at det er utfordrende å holde oversikt over hvilke prosedyrer som gjelder til enhver tid. Det gjelder både Ahus-overgripende prosedyrer og prosedyrer som gjelder spesifikt for eget ansvarsområde. For å forbedre dette, skal det utarbeides ny dokumentstruktur og -kategorier i EQS. Arbeidet er målsatt i OBD n2 og skal følges opp gjennom mål- og resultatoppfølging for 2022. Måltallet er at 90 % av alle prosedyrer for kliniske fagområder skal overføres til ny struktur innen utgangen av 2022.

2.1.6 Mål

91 % av lederne svarer at de har satt seg inn i oppdrags- og bestillingsdokumentet for egen divisjon, og målene som gjelder egen enhet. Generelt er prosessene for å sikre at det fastsettes hovedmål, internkontrollmål og utviklingsmål for foretaket gode. Det samme gjelder ansvars-plassering av krav og oppgaver fra eier. Erfaringene med det praktiske mål- og resultatstyrings-arbeidet viser samtidig at arbeidet med å operasjonalisere mål og oppgaver på divisjonsnivå og nedover kan videreutvikles videre. Mange ledere opplever at det skal rapporteres på mer eller mindre det samme i ulike kanaler, og opplever dette som både krevende og frustrerende. Det er derfor i igangsatt et arbeid med å se på hva som kan samordnes av mål og handlingsplaner slik at rapporteringen kan forenkles.

2.1.7 Risiko

84 % av lederne svarer at de vurderer risiko for manglende måloppnåelse for egen enhet som ledd i mål- og resultatoppfølgingsprosessen, og iverksetter tiltak etter behov. Ni divisjoner og klinikker ligger i det gule sjiktet, men ingen har lavere score enn 75 %.

Mål- og resultatoppfølgingsprosessen ble lagt om fra 2019 og det ble tatt i bruk mer enhetlig metode og gjennomgående vurderingskriterier for å kartlegge og vurdere risiko for manglende måloppnåelse. Leveransene fra divisjonene er gjennomgående gode. Risikovurderingene som gjøres som ledd i rapporteringen for 1. tertial, til dels også for 2. tertial, har varierende kvalitet.

Det kan være fordi det ikke fremskaffes tilstrekkelig datagrunnlag for vurderingene, samtidig som enkelte vurderingskriterier kan være for vide. For å lette mål- og resultatoppfølgingen bør uttrekk av data som grunnlag for risikovurderingen hentes ut på samme måte og til samme tid – enten av de fagansvarlige stabsenheter, eller ved at gis en oppskrift til alle enheter.

Det varierer i hvilken grad ledere på nivå 4 og 5 involveres i mål- og resultatoppfølgingen i avdeling/divisjon, og dette kan innvirke på andel ledere som har svart ja.

2.1.8 Håndtering av uønskede hendelser/avvik

94 % av lederne svarer at de har gjort den interne varslingsordningen av kritikkverdige forhold kjent for egne ansatte. Dette samsvarer godt med erfaringene fra foretakets varslingsutvalg.

Videre svarer 97 % av lederne at de har satt seg inn i prosedyrene for håndtering av uønskede hendelser/avvik, og at de har gjort prosedyrene for å melde fra om uønskede hendelser/avvik kjent for egne ansatte. 98 % av lederne svarer at de ivaretar meldeplikter. De interne kravene er at uønskede hendelser skal være ferdig behandlet innen 90 dager. I OBD n2 er det satt mål om at minst 80 % skal oppfylle dette. Tallgrunnlag som er hentet inn som ledd i mål- og resultatoppfølgingen, viser at dette ikke er oppfylt.

Hva gjelder fremlegging av tertialvise sammenstillinger innen personvern og informasjonssikkerhet for refleksjon og læring hos ansatte, varierer bildet. I snitt svarer 78 % av lederne at de gjør dette, mens seks divisjoner ligger på hhv. oransje eller rødt. Kvinneklubben, Facility management og flere sentrale stabsenheter er de som i minst grad har slike gjennomganger for sine ansatte.

2.1.9 Oppfølging og rapportering

78 % av lederne svarer at de følger opp måneds-, tertialvis og årlig rapportering. Seks divisjoner ligger i gult område og tre grenser til oransje. Videre svarer 96 % av lederne at de følger opp ForBedring, mål- og resultatoppfølging OBD Ahus og Ledelsens gjennomgang av styringssystem i tråd med foretakets krav. På foretaksnivå ser vi at alle divisjoner gjennomfører tertialvis mål- og resultatoppfølging OBD Ahus og rapporterer på resultatene. Kravet er at prosessen skal starte på avdelingsnivå, men det er trolig noe variasjon i hvilken utstrekning avdelingslederne involverer sine seksjonsledere i risikovurderingene.

Både ForBedrings-undersøkelsen og LGG-prosessen har høy deltagelsesprosent. Tiltak etter ForBedring og LGG registreres og følges opp i handlingsplanssystemet Conformat. Når ledernes egevaluering (96 %) sammenholdes med data fra Conformat nyanseres bildet. I 2021 ble det totalt registrert 2135 tiltak i systemet, hvorav 1622 tiltak i kategoriene ForBedring og LGG (Forbedring 1238 og LGG 384). Dette er de to største tiltakskategoriene i Conformat. Imidlertid er kun 532 tiltak av totalen på 2135 enten arkivert eller implementert. Det tyder på at en god del tiltak ikke følges opp innen frist. Konsernrevisjonen peker også på mangelfull oppfølging av tiltak fra forrige års LGG i sin rapport fra revisjon av kompetansestyring i 2021-22.

Til slutt svarer 89 % av lederne at de behandler og følger opp interne revisjonsrapporter, kontrollrapporter og rapporter fra eksterne tilsyn i tråd med foretakets krav. Seks divisjoner ligger i gult område. Erfaringsmessig blir ofte tidsfrister for lukking av avvik etter eksterne revisjoner og

tilsyn utvidet, ofte gjentatte ganger. Til en viss grad gjelder dette også for lukking av avvik etter internrevisjoner. Det er imidlertid tett oppfølging av denne type handlingsplaner og revisjonsavvik for å påse at arbeidet avsluttes på en god måte, selv om fristen overskrides/flyttes.

2.1.10 Evaluering og forbedring

98 % av lederne svarer at de følger opp at tiltak iverksettes og virker som forutsatt. Sammenholdt med funn fra oppfølging av tiltak og handlingsplaner (se 2.1.9), samt mer spesifikke svar på tilsvarende spørsmål fra sjekklister 2-5, nyanseres bildet. Læring på tvers er i praksis krevende å få til. Bl.a. viser resultater fra enkelte interne revisjoner (f.eks. blodtransfusjon) at flere av de samme avvikene avdekkes år etter år. Selv om det er forutsatt at funn i reviderte enheter også skal behandles i enheter som ikke er revidert mtp. læring og forbedring, er det ingen automatikk i dette. Verken innen samme divisjon eller på tvers av divisjoner.

Det er positivt at mål- og resultatoppfølgingen viser at svært mange kliniske enheter har tertialvise sammenstillinger av uønskede pasienthendelser, for refleksjon og læring, for dine ansatte i personalmøter e.l.

2.2 Kvalitet og pasientsikkerhet

Resultatene fra ledernes egenvurdering for området *Kvalitet og pasientsikkerhet* fremgår av [tabell 11, kap 4.2](#). Resultatene er sammenholdt med annen tilgjengelig styringsinformasjon fra EQS (pasientsaker behandlet innen frist), læringsportalen (kursdeltakelse) og rapporteringsstrukturen for implementering av tiltakspakkene fra *I trygge hender 24-7*. I vurderingen er det sett hen til detaljene i datagrunnlaget, bl.a. hvor mange hvor stor andel som har svart «ikke aktuelt» på det enkelte spørsmål.

2.2.1 Konklusjoner og forbedringstiltak

Tema	Konklusjon	Forbedringstiltak
1. Organisering, ansvar og myndighet	●	Observeres frem mot neste LGG
2. Retningslinjer og prosedyrer	●	Observeres frem mot neste LGG
3. Kompetanse og opplæring	●	Observeres frem mot neste LGG
4. Regelverk og faglig normerende dokumenter	●	Observeres frem mot neste LGG
5. Mål	●	Observeres frem mot neste LGG
6. Risiko	●	Observeres frem mot neste LGG
7. Håndtering av uønskede hendelser/avvik	●	Observeres frem mot neste LGG
8. Oppfølging og rapportering	●	Etablere prosedyre for bruk av kvalitetsinformasjon og videreutvikle opplæringen i bruk av målinger Innhente brukerperspektivet i daglig arbeid og forbedringsarbeid
9. Evaluering og forbedring	●	Fremme lokale strukturer for systematisk arbeid med risiko og forbedring i hverdagen

● Tilfredsstillende. Ikke behov for tiltak. ● Delvis tilfredsstillende. Observeres frem mot neste LGG. ● Ikke tilfredsstillende. Må forbedres

Tabell 3: Kvalitet og pasientsikkerhet

2.2.2 Organisering, ansvar og myndighet

I henhold til tall fra EQS har ca. 80 % av sakene som ble opprettet i 2021 blitt behandlet og lukket innen fristen på 90 dager. Egenevalueringen tilsier at organiseringen av KAM og KPU, samt prosedyrene for pasientsaker er godt kjent. Prosedyrene for erstatningssaker fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE) er noe mindre kjent enn øvrige pasientsaker.

De aller fleste arrangerer samarbeidsmøter, både internt og med andre relevante enheter. Sammenlignet med 2020 er det færre som svarer at de arrangerer samarbeidsmøter internt, da det i 2021 ble spurt mer spesifikt etter *tverrfaglige* samarbeidsmøter. I fem av de kliniske divisjonene svarer 10-15 % av respondentene «ikke aktuelt» på spørsmålet om tverrfaglige møter eller samarbeidsmøter med andre enheter. I DDT er andelen «ikke aktuelt» over 20 %, mens tilsvarende andel i PHR ligger på 6-7 %.

2.2.3 Retningslinjer og prosedyrer

79 % oppgir at de har oppdaterte, kunnskapsbaserte prosedyrer som dekker de viktigste områdene i egen virksomhet. Dette er en økning fra 61 % året før, da det mer spesifikt ble spurt etter om prosedyrene var utformet i henhold til AGREE-metoden.

2.2.4 Kompetanse og opplæring

Det store flertallet av lederne svarer at de følger opp at deres ansatte gjennomfører obligatorisk opplæring, og legger til rette for deltakelse på opplæringstilbudene innen kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Samtidig gis det god oppfølging i de divisjonene der det er aktuelt av hvorvidt de som har deltatt på kurs faktisk har tilstrekkelig kompetanse i de relevante pasientdatasystemene.

De aller fleste lederne oppgir at de legger til rette for deltakelse i opplæringstilbudene innen kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Til tross for en utfordrende situasjon pga. pandemien, har alle kliniske divisjoner deltakende team i et av læringsnettverkene, og alle har hatt deltakere på kurs i kvalitetsforbedring i løpet av 2021.

2.2.5 Regelverk og faglig normerende dokumenter

På spørsmål om de har satt seg inn i de nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som gjelder for eget arbeidsområde, var det i 2020 en andel på 86 % som svarte bekreftende, og noen divisjoner med andel på under 70 %. I 2021 er den totale andelen økt til 93 %.

2.2.6 Mål

82 % oppgir å ha satt lokale mål for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet, samme andel som året før. Handlingsplan for kvalitet og pasientsikkerhet for Ahus ble vedtatt i 2020, og det er i 2021 jobbet videre med å tilrettelegge for lokale handlingsplaner. Videre svarer 89 % av lederne at de gjennomfører eller bidrar inn i forbedringsarbeid i egen avdeling. Dette er en høy andel, og det er også svært få som svarer at dette ikke er aktuelt. I 2021 er spørsmålet presisert til å spørre etter forbedringsarbeid som følger systematikken i forbedringsmodellen, for å vektlegge det å bruke den tilnærming og metode vi ønsker skal være felles på Ahus.

Systematisk tilnærming til forbedring kan relateres til spørsmål 9E, om lederne bruker målinger regelmessig i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Her er det en lavere andel som svarer ja, sammenlignet med andelen ja på de øvrige spørsmålene. Det er også en forholdsvis stor andel som svarer at regelmessig bruk av målinger ikke er aktuelt. Dette tilsier at det fortsatt er behov for å styrke systematikken og kompetansen på bruk av målinger i forbedringsarbeid knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet.

2.2.7 Risiko

Spørsmålene om hvordan lederne forholder seg til risiko, viser at man setter inn tiltak når risiko avdekkes, i større grad enn man jobber systematisk med å identifisere mulige risikoområder.

Dette er et viktig område for alle enheter og sykehuset som helhet å jobbe systematisk med over tid, lære av og finne frem til måter å løse oppgaven på som fungerer i den enkelte enhet over tid.

2.2.8 Håndtering av uønskede hendelser/avvik

Som i 2020, oppgir nesten alle lederne at de bruker uønskede hendelser, klager, tilsynssaker med mer som utgangspunkt for forbedring, og at de samarbeider med andre enheter når saken tilsier det.

Ahus ønsker å styrke meldekulturen og bli stadig bedre på å lære av slike tilfeller. Det forutsetter at refleksjon, læring og forbedring etter slike saker involverer personalet og tas opp i strukturene som er etablert, KAM og KPU. Tallene viser at flertallet av ledere følger opp dette, men det er variasjon mellom divisjonene og rom for forbedring enkelte steder.

På spørsmål 6B, om fremleggelse av temasaker om pasientsikkerhet for KAM/KPU, bør det vurderes om dette er aktuelt å gjøre for flere. I flere divisjoner er det mange som har svart «ikke aktuelt» på dette spørsmålet. Det er behov for å forbedre oppfølgingen av bruk av e-læringskurset for medlemmer i KAM, som skal introdusere dem for arbeidet i utvalget.

2.2.9 Oppfølging og rapportering

I tre divisjoner er det ca. 1/3 av lederne som ikke har svart ja på om de følger opp tiltakene i pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender 24/7*. Det er også en betydelig andel som svarer at dette ikke er aktuelt for dem. Anvendelse av tiltakene i pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender 24/7* rapporteres tertialvis, og rapporteringen samsvarer i stor grad med det lederne selv har svart. Tallene tilsier at det fortsatt er behov for å jobbe med implementering og oppfølging av tiltakene.

Når det gjelder å tilby pasientene skriftlig informasjon om undersøkelser og behandlinger er det stadig rom for forbedring. Det å holde brev og informasjonsmateriell oppdaterte og informative for pasientene er et arbeid som stadig må holdes ved like. Fire av divisjonene har under 90 % ja på dette spørsmålet, og det er mange som oppgir at dette ikke er aktuelt.

2.2.10 Evaluering og forbedring

På spørsmål om saker som angår flere avdelinger eller divisjoner løftes til neste nivå, svarer 74 % av lederne ja i 2021, mot 89 % i 2020. Andelen som svarer «ikke aktuelt» er mellom 15 og 35 % i hver divisjon og klinikk, unntatt kirurgisk divisjon og kvinneklinikken hvor nesten alle har svart at dette er aktuelt. Når vi trekker fra de «ikke aktuelle» er det tilnærmet 100 % som svarer ja.

De aller fleste (92 %) sier de bruker resultatene fra medarbeiderundersøkelsen ForBedring til å koble pasientsikkerhet og HMS, og mellom 90 og 100 % av lederne i alle divisjoner svarer at de har tiltak for å skape eller vedlikeholde en kultur for forbedring.

Som det ble kommentert under punkt 2.2.6 (Mål) er det rom for forbedring når det gjelder andel ledere som systematisk bruker målinger i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Andelen ledere som oppgir at de bruker informasjonen fra eller registrerer i medisinske kvalitetsregistre er fortsatt forholdsvis lav. Ahus er i ferd med å innføre en egen prosedyre for dette, og vil følge opp dette i 2022.

70 % av lederne oppgir at de er kjent med hva pasienter og pårørende er opptatt av, og hvordan de vurderer kvalitet og pasientsikkerhet i egen enhet. Det er en økning fra 51 % i 2020, men vi

Ønsker fortsatt å heve andelen ytterligere, da kjennskap til brukerens perspektiv er viktig for å lykkes med forbedringsarbeid, slik at de virkelig kommer pasienter, brukere og pårørende til gode. To divisjoner skiller seg ut positivt, ved at mellom 90 og 100 % av lederne svarer positivt på spørsmålet. Et viktig ledd i dette er å involvere brukerne i forbedringsarbeidet, noe rett under halvparten av lederne oppgir å ha gjort. På dette punktet er det mange som har vurdert dette som «ikke aktuelt». Undersøkelsen sier ikke hvorvidt det ligger målrettet og systematisk innhenting av brukererfaringer til grunn for ledernes kjennskap til deres perspektiv.

2.3 HMS og ytre miljø

Resultatene fra lederne egenvurdering for området *HMS og ytre miljø* fremgår av [tabell 12, kap 4.3](#). Resultatene er sammenholdt med annen tilgjengelig styringsinformasjon fra bl.a. Læringsportalen, EQS, interne revisjoner og eksterne tilsyn.

2.3.1 HMS

2.3.1.1 Konklusjoner og forbedringstiltak

Tema	Konklusjon	Forbedringstiltak
1. Organisering, ansvar og myndighet	●	Observeres frem mot neste LGG
2. Retningslinjer og prosedyrer	-	Ingen utover pkt 2.1.3
3. Kompetanse og opplæring	●	Observeres frem mot neste LGG
4. Regelverk og faglig normerende dokumenter	-	Ingen utover pkt 2.1.5
5. Mål	●	Ny overordnet HMS mål og handlingsplan 2022-2024 gjøres kjent og implementeres i foretaket, og lokale mål og handlingsplaner bør gjenspeile denne
6. Risiko	●	Observeres frem mot neste LGG
7. Håndtering av uønskede hendelser/avvik	●	Observeres frem mot neste LGG
8. Oppfølging og rapportering	●	Observeres frem mot neste LGG
9. Evaluering og forbedring	●	Observeres frem mot neste LGG

● Tilfredsstillende. Ikke behov for tiltak. ● Delvis tilfredsstillende. Observeres frem mot neste LGG. ● Ikke tilfredsstillende. Må forbedres

Tabell 4: HMS

2.3.1.2 Organisering, ansvar og myndighet

89 % av lederne svarer at de har satt seg inn i mandatene for Avdelingsutvalg, samt for AMU N1 og N2. 74 % av lederne svarer at det har utpekt forflytningsveileder, brannvernkontakt, strålevernkontakt, stoffkartotekansvarlig og smittevernkontakt.

83 % av lederne svarer at de har sørget for valg av verneombud, og at det er inngått samarbeidsavtale med verneombudet i tråd med prosedyre. Det understrekes at det er krav om at verneombud er en lovpålagt rolle, og at i tråd med AHUS egen prosedyre skal det utarbeides samarbeidsavtale mellom leder og verneombud på alle nivå (EQS ID 6520).

2.3.1.3 Retningslinjer og prosedyrer

Ingen spesielle forhold utover det som følger av sjekkliste 1: "Generell".

2.3.1.4 Kompetanse og opplæring

80 % av lederne svarer å ha sørget for at obligatorisk HMS-opplæring, herunder opplæring om enhetens HMS-arbeid og brannvernopplæring er gjennomført. Det er gjennomført tre 40-timers HMS kurs for verneombud og AMU medlemmer i 2021, hvor 155 verneombud/AMU medlemmer i 2021 har fullført denne opplæringen. Brannvernopplæring, da særlig praktisk

brannvernopplæring, har vært noe vanskelig å gjennomføre i 2021 grunnet smittevern under pandemien.

Det iverksettes ny opplæring for praktisk brannvern i 2022, som vil være mer stedlig og tilpasset den enkelte avdeling, hvilket er ventet å ha en økt deltakelse på bakgrunn av organisering.

69 % av lederne svarer at de følger opp at personell med roller som forflytningsveileder, brannvernkoordinator, brannkontakt, strålevernkontakt, stoffkartotekansvarlig og smittevernkontakt har dokumentert kompetanse. Grunnet den vedvarende pandemisituasjonen har det vært utfordringer med gjennomføring av undervisning og opplæring med fysisk tilstedeværelse grunnet smittevernhensyn.

2.3.1.5 Regelverk og faglig normerende dokumenter

Ingen spesielle forhold utover det som følger av sjekklister 1: "Generell".

2.3.1.6 Mål

81 % av lederne ved foretaket svarer at de har utarbeidet lokale mål og tiltak for HMS. Ingen divisjoner har lavere enn 67 %. Disse tallene er sammenfallende med de funn som gjøres ved stikkprøver av Conformat handlingsplansystem. Mye av det ordinære arbeidet med HMS har blitt skjøvet på eller ikke prioritert i tilstrekkelig grad grunnet pandemisituasjonen i 2021.

2.3.1.7 Risiko

82 % av lederne ved Ahus svarer at de har vurdert risiko relatert til vold og trusler, brannsikkerhet, endringer i etablerte prosesser/systemer/ lokaler, arbeidstidsordninger, før beslutninger om omorganisering/ driftsendringer, eksponering for biologiske faktorer, stråling og tøy på arbeidsplassen. Ingen divisjoner melder å ha en andel som er under 50 %.

93 % av lederne svarer at de har involvert ansatte og vernetjeneste i arbeidet med å kartlegge risiko. En divisjon skårer 50 % på dette målet. Til slutt svarer 99 % av lederne ved Ahus at de har satt inn tiltak dersom det avdekkes risiko for svikt, feil eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav.

2.3.1.8 Håndtering av uønskede hendelser/avvik

99 % av ledere ved Ahus melder at de behandler og følger opp uønskede HMS-relaterte hendelser/avvik hvor en selv er meldingsansvarlig. Ingen divisjoner/klinikker har lavere andel enn 83 %. Isolert sett er dette tilfredsstillende resultat. Sammenholdt med bl.a. statistikk fra EQS/Qualis, nyanseres dette noe.

Samtidig svarer 60 % av lederne at de gjennomfører møter i Avdelingsutvalg, KAM og AMU nivå 2 som beskrevet i prosedyre/mandat.

2.3.1.9 Oppfølging og rapportering

90 % av lederne ved Ahus svarer å ha gjennomført og fulgt opp årlig HMS-runde sammen med verneombudet. Endringene som ble gjort i 2020, i form av nye sjekklister på HMS-runden, hvor

smittevern fikk en mer fremtredende rolle med hensyn til den pågående pandemien, ble videreført.

Videre svarer 85 % av lederne at de har registrert tiltak etter oppfølging av HMS-runden i elektronisk handlingsplan. Laveste meldte andel ledere som har gjennomført dette er 33 %. Sammenholdt med stikkprøver fra Confermit handlingsplansystem, nyanseres dette og det kan synes å være et noe høyt tall for andel gjennomførte.

89 % av lederne ved foretaket svarer at de følger opp at HMS-tiltak gjennomføres som forutsatt.

2.3.1.10 Evaluering og forbedring

77 % av lederne ved Ahus svarer at de løfter HMS-relaterte saker som involverer flere avdelinger/divisjoner til neste nivå (fra KAM til AMU N2 eller AMU N1). 87 % av lederne svarer at det tilbakefører informasjon fra utvalgene til egne ansatte. 86 % av lederne svarer at de evaluerer om iverksatte tiltak virker som forutsatt.

2.3.2 Ytre miljø

Som del av foretakets miljøsertifisering etter ISO 14001:2015 stilles det spesifikke krav til vurdering av miljøledelsessystemet (ledelsens gjennomgåelse av miljøledelsessystemet). Det er sett hen til disse i vurderingene for ytre miljø.

2.3.2.1 Konklusjoner og forbedringstiltak

Tema	Konklusjon	Forbedringstiltak
1. Organisering, ansvar og myndighet	●	Observeres frem mot neste LGG
2. Retningslinjer og prosedyrer	●	Vurdere hvorvidt nytt rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten, innebærer behov for å oppdatere interne prosedyrer og/eller justere styringssystemet
3. Kompetanse og opplæring	●	Gjennomføre kontroll av dokumentasjon av opplæring i GAT iht kontrollplan 2022
4. Regelverk og faglig normerende dokumenter	●	Som for pkt 2. Retningslinjer og prosedyrer. Implementere nytt rammeverk for miljø og bærekraft i spesialist-helsetjenesten
5. Mål	●	Iverksette en prosess i foretaket for å implementere miljømålene, ved behov sette lokale miljømål, og følge opp med tiltak
6. Risiko	●	Observeres frem mot neste LGG
7. Håndtering av uønskede hendelser/avvik	●	Observeres frem mot neste LGG
8. Oppfølging og rapportering	●	Proessen for å implementere miljømålene inkluderer også rapportering på miljømål, sammen med øvrige HMS-mål. Kontroll i Confermit handlingsplansystem, om det er miljøtiltak dokumentert i HMS-handlingsplaner
9. Evaluering og forbedring	●	Ikke behov for tiltak

● Tilfredsstillende. Ikke behov for tiltak. ● Delvis tilfredsstillende. Observeres frem mot neste LGG. ● Ikke tilfredsstillende. Må forbedres

Tabell 5: Ytre miljø

2.3.2.2 Organisering, ansvar og myndighet

Ansvar og oppgaver i miljøarbeidet er beskrevet i egen prosedyre i foretaket elektroniske kvalitetsstyringssystem EQS (ID 124327 IK-HMS Ytre miljø, miljøledelse beskriver utøvelse av miljøledelse i Ahus).

2.3.2.3 Retningslinjer og prosedyrer

Utover det som følger av sjekklister 1: "Generell", må det vurderes hvorvidt nytt rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten, vil påvirke interne prosedyrer, slik at disse må oppdateres eller om miljøledelse-styringssystemet må endres.

2.3.2.4 Kompetanse og opplæring

I egnevalueringen av internkontroll svarer 80 % av lederne at kompetanse blant annet for ytre miljø følges opp ved at ledere og verneombud har tatt e-læringskurset Grønt sykehus i HSØ. Dette er lavere enn i fjor. Videre svarer 69 % at ytre miljø er tema minst en gang i året på fellesmøter. Andelen er litt høyere enn i fjor. Det er lagt til grunn at *Klimapresentasjonen* kan benyttes som utgangspunkt for en slik gjennomgang, og dokumentasjon på de som deltar kan registreres i GAT under kode AO04-029 og kompetansenavn Grønt sykehus i avdelingen. Sammenholdt med funn fra interne revisjoner tidligere år, hvor det bl.a. fremkom flere eksempler på manglende opplæring og/eller manglende dokumentasjon av gjennomført opplæring, nyanseres bildet. Kontroll i Gat ble gjennomført i 2020 i to divisjoner, med god erfaring som vil bli videreført.

2.3.2.5 Regelverk og faglig normerende dokumenter

Utover det som følger av sjekklister 1: "Generell", må det ses nærmere på rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten. Rammeverket skal bidra til å strukturere og samordne arbeidet med miljø- og bærekraft i spesialisthelsetjenesten for å fremme god helse og redusere klimautslipp gjennom miljøvennlig drift. Hensikten er å styrke innsatsen lokalt, regionalt og nasjonalt ved felles målområder, forankringsprosesser og aktiviteter. Felles miljøpolicy er utarbeidet i rammeverket, og det må vurderes om lokal miljøpolitikk skal videreføres i tillegg.

Sykehusbygg har utarbeidet en ny «Standard for klima og miljø i sykehusprosjekter», og formålet med standarden er å innføre effektive klima og miljøtiltak i byggeprosjektene. Styret i HSØ ga i møte 16.12.21 sin tilslutning til standarden, men understreker at statens veileder for samfunnsøkonomiske analyser skal benyttes for å sikre en god kost-nytte vurdering. Styret understreker at klima- og miljøtiltak er viktige hensyn som bringer samfunnet fremover. Det presiseres likevel i vedtaket at det i alle prosjekter må gjøres avveining mellom flere hensyn. Standarden skal inngå som en del av beslutningsgrunnlaget i alle sykehusprosjekter, både for nybygging og rehabilitering.

Under FNs klimakonferanse i Glasgow i 2021 ga Norge sin tilslutning til FNs helse og klimaprogram, kalt COP 26 Helseprogram. Spesialisthelsetjenesten skal følge opp målene gjennom samarbeidsutvalget for klima og miljø. FNs bærekraftsmål er verdens felles arbeidsplan for å utrydde fattigdom, bekjempe ulikhet og stoppe klimaendringene innen 2030. I Paris-avtalen er formålet å tilstrebe å begrense temperaturøkningen på kloden til 1,5 grader. For å understøtte dette setter avtalen opp et kollektivt utslippsmål, slik at det blir balanse mellom menneskeskapte utslipp og opptak av klimagasser i skog og hav.

2.3.2.6 Mål

Kontekstanalyser i divisjonene var et nyttig verktøy i divisjonene da de ble bedt om innspill til miljømål for perioden 2018-21. Felles klima- og miljømål for spesialisthelsetjenesten er nå vedtatt

for perioden 2022-30, og lokale mål for helseforetakene kommer eventuelt i tillegg.

Miljøkartlegging er fortsatt nødvendig for å sikre samsvar med lover, forskrifter og prosedyrer, for å bestemme eventuelle lokale miljømål og for å velge ut de rette miljøtiltakene for å nå miljømålene.

I mål og resultatoppfølging i 1. tertial, skal mål i hver divisjon/ klinikk sin OBD vurderes i forhold til tiltak og forventet måloppnåelse. Miljømålene skal vurderes som en del av dette.

81% av ledere svarer i egevalueringen at det er utarbeidet tiltak, og det er likt som i fjor.

Når det gjelder å oppdatere kontekstanalyse og miljøkartlegging på nivå 2, er det grunn til å tro at det her må settes inn tiltak.

2.3.2.7 Risiko

Under overskriften samfunnsansvar har HSØ en bestilling i oppdrag- og bestillerdokumentet å gjennomføre aktsomhetsvurderinger i tråd med anerkjente metoder. Hensikten er for å identifisere og håndtere risikoen foretakets virksomhet påfører samfunn, mennesker, miljø og klima. I følge OECDs retningslinjer gjelder dette for å bevare miljøet, ivareta arbeidstakerrettigheter, respektere menneskerettigheter og unngå korrupsjon og smøring.

Miljøkartlegginger er gjennomført på nivå 2 i foretaket, og miljøaspekter er tatt videre til risikoanalyser og handlingsplaner, både lokalt og overordnet. Hensikten er å unngå uønskede hendelser og å redusere sannsynlighet og konsekvenser i tilfelle uønskede hendelser oppstår, som kan medføre forurensning og andre skader på ytre miljø.

Årlige risikovurderinger for å ivareta arbeidsmiljø, ansatte og pasientsikkerhet gjennomføres i forbindelse med vernerunder, arbeidsmiljø-undersøkelsen ForBedring og risikokartlegginger knyttet til sikkerhet i sykehuset og vold og trusler. Ivaretagelse av arbeidsrettigheter og menneskerettigheter i leverandørkjeden følges opp av tjenesteleverandør Sykehusinnkjøp, på vegne av helseforetakene. Ahus har et antikorrupsjonsprogram, som er informert bredt ut i foretaket. GeHealthcare har tatt kontakt med Ahus for å kunne gjennomføre et pilotprosjekt i DDT, hvor hensikten er å redusere utslipp av røntgenkontrastmidler og på sikt gjenvinne jod. Ahus skal delta i prosjektet i 2022.

82 % av lederne svarer i egevalueringen at risikovurdering er gjennomført og dokumentert, og det er litt flere enn året før.

2.3.2.8 Håndtering av uønskede hendelser/avvik

Det er i registrert 57 miljøavvik i EQS som omhandler avfallshåndtering, støy i forbindelse med ombygging i Nye Nord, unødvendig bruk av engangsplast og forurensning. Avvikene som er meldt, er behandlet i KAM-grupper. Det er funnet løsninger og avvikene er lukket med tiltak. Det er satt fokus på retur av kjøleelementer og minimalisering av emballasje, med nyhetssak og samarbeid med helseforetakene i HSØ med innkjøp og avtaler.

Fang energytven ble gjennomført på høsten og det ble avdekket enkelte feil, men ingen avvik. Rådgiver og filmteam fra Grønn byggallianse var med, og nyhetssaken ble delt på intranettet og på sosiale medier.

2.3.2.9 Oppfølging og rapportering

Vedtatte miljømål følges opp i organisasjonen, og miljøprestasjon og trender forbedres, men alle målene for perioden 2018-2021 er ikke innfridd.

Legemidler

Det er oppnådd 15,5 % reduksjon i bredspektrede antibiotika for Ahus samlet 2012-2021. Flere avdelinger har lyktes godt i reduksjonen, men for flertallet er det behov for økt innsats og støtte til innsats for å lykkes med riktigere antibiotikabruk. Det nasjonale målet var 30% reduksjon i bruk av de 5 bredspektrede antibiotika-gruppene. I henhold til påslippstillatelsen fra Lørenskog kommune, er det tatt prøver av avløpsvannet fra sykehuset på Nordbyhagen siden 2007, og de siste årene med økt fokus på legemiddelrester. Planlagt samarbeid med NRA og NIVA framover, kan bidra til forskning på blant annet antibiotika-resistens.

Transport og energi

I det nasjonale klimaregnskapet, er CO₂-utslippet for Ahus stabilt men ikke redusert. Målet om 5 % redusert CO₂-utslipp er nådd for 2021 for tjenestereiser og energibruk. Energibruken er redusert når Kongsvinger trekkes fra, som har kommet til etter at målet ble satt. Det er satt i drift nytt ventilasjonsanlegg i vaskeriet med varmegjenvinning og kjøling.

Transportbehovet er også redusert, mye på grunn av pandemien, som har resultert i flere elektroniske møter og webinarer, og utvidet bruk av videokonsultasjoner. Prosjektet grønn mobilitet er gjennomført for å lage en mobilitetsplan for Nordbyhagen. Tiltakene skal være godt forankret og øke andelen miljøvennlige arbeidsreiser for de ansatte.

Innkjøp og avfall

Det legges til rette for at stadig flere produkter leveres fra Forsyningssenteret. Status er fortsatt 68%, og det jobbes videre med å nå målet på mer enn 75%. Innkjøp benytter seg av spisskompetansen hos Sykehusinnkjøp innenfor de ulike områdene på miljø.

Mål om sorteringsgrad på 47% er nådd og resultatet er nå på 56%. Pandemien øker mengde smitteavfall og farlig avfall, og påvirker sorteringsgraden så den blir kunstig høy. Nye kilde-sorteringsbeholdere til avfall er satt ut, på SIM-senter og på Skogen er det etablert en liten sorteringsstasjon.

Miljøvennlig mat

Målsettingen om 10% økologisk andel er opprettholdt ved å benytte økologisk melk i produksjon som risgrøt, og enkelte supper og vafler som tilbys i kafeene. Overskuddsmat selges til redusert pris dagen etter. Det er oppfølging av matsvinn fra avdelingene.

I rammeverket for miljø og bærekraft i er det felles klima- og miljømål for spesialisthelsetjenesten for perioden 2022-30. De nye miljømålene bygger på bærekraftsmålene og Norges forpliktelser i

Paris-avtalen. Det skal være oppfølgingsmøte med eier, hvert år i 1.tertial iht til sjekklister fra rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten.

2.3.2.10 Evaluering og forbedring

Interne revisjoner for området HMS og ytre miljø er satt i system og gjennomføres av foretaksrevisjonen på bakgrunn av revisjonsplan vedtatt av administrerende direktør. Det ble gjennomført 4 interne revisjoner i august-september.

Kiwa gjennomførte som planlagt resertifisering, med 3 dagers fysisk revisjon på Nordbyhagen høsten 2021. I tillegg til intervjuer med viseadministrerende direktør og stabsfunksjoner, ble det gjennomført intervjuer med divisjonsledelsen i diagnostikk og teknologi, medisinsk divisjon, kirurgisk divisjon, psykisk helsevern og kvinneklinikken, samt befaringer i utvalgte avdelinger. Det ble ikke avdekket avvik, kun 1 merknad og 2 forbedringsforslag. Ahus fikk nytt ISO 14001:2015-sertifikat rett før jul.

Flere av forbedringstiltakene for ytre miljø vil forbedre det som er avdekket av merknader på interne og eksterne revisjoner. I tillegg er sjekklister for HMS-runde med hjelpespørsmål endret, for å gjøre det enklere for enhetene å huske på at de skal ha miljøtiltak på HMS-handlingsplaner.

Rammeverket for miljø og bærekraft viderefører forbedringssystematikken i ISO 14001-standarden, og Ahus kan fra 2022 vurdere selv om det er hensiktsmessig å gjennomføre ekstern revisjon og sertifisering. Frist for å gi tilbakemelding til HSØ var 1. mars 2022.

Interne revisjoner skal gjennomføres som før i helseforetakene, med tema knyttet opp til klima- og miljømål, med felles revisjonsplaner og sjekklister. Systematikk for revisjoner mellom helseforetakene på systemnivå skal utarbeides felles og piloteres i 2022 (gjelder for helseforetak som velger å ikke videreføre ekstern revisjon med sertifisering).

2.5 Personvern og informasjonssikkerhet

Resultatene fra lederne egenvurdering for området *Personvern og informasjonssikkerhet* fremgår av [tabell 13, kap 4.4](#). Resultatene er sammenholdt med annen tilgjengelig styringsinformasjon, fra EQS og kontroll av adgangskort 2020.

2.5.1 Konklusjoner og forbedringstiltak

Tema	Konklusjon	Forbedringstiltak
1. Organisering, ansvar og myndighet	●	Ikke behov for tiltak
2. Retningslinjer og prosedyrer	-	Ingen utover pkt 2.1.3
3. Kompetanse og opplæring	●	Videreutvikle modul for PV og IS i Ahus lederskole Utarbeide og implementere handlingsplan 2022 for PV og IS (gjelder også pkt 5, 7, 8 og 9) Utarbeide forslag til mål, som ledere kan benytte i opplæringsøyemed (gjelder også pkt 5, 7, 8 og 9)
4. Regelverk og faglig normerende dokumenter	-	Ingen utover pkt 2.1.5
5. Mål	●	Implementere strategi for PV og IS 2022-2025 Se pkt 3 over
6. Risiko	●	Observeres frem mot neste LGG
7. Håndtering av uønskede hendelser/avvik	●	Ingen utover pkt 2.1.1 Se pkt 3 over
8. Oppfølging og rapportering	●	Markering av sikkerhetsmåned oktober Se pkt 3 over
9. Evaluering og forbedring	●	

● Tilfredsstillende. Ikke behov for tiltak. ● Delvis tilfredsstillende. Observeres frem mot neste LGG. ● Ikke tilfredsstillende. Må forbedres

Tabell 6: Personvern og informasjonssikkerhet

2.5.2 Organisering, ansvar og myndighet

Resultatene viser at over 97 % av lederne har satt seg inn i den styrende dokumentasjonen over organisering, ansvar og myndighet i forbindelse med behandling av personopplysninger. Gjennom de styrende dokumentene legges ansvaret for samsvar med regelverket til den enkelte systemeier og/eller linje.

2.5.3 Retningslinjer og prosedyrer

Se pkt 2.1.3. Besvarelsen under Generell internkontroll punkt 1 viser at ledere i større grad har satt seg inn i retningslinjer og prosedyrer som gjelder egen lederlinje. Det er 97 % av lederne som oppgir å ha satt seg inn i sikkerhetsinstruksen for informasjonssikkerhet og retningslinje for personvern, som tyder på en forbedring mot året før.

2.5.4 Kompetanse og opplæring

De fleste divisjonene gir opplæring i riktig håndtering av sensitive opplysninger i ulike kommunikasjonskanaler. Gjennomgangen viser at 82 % av lederne opplyser at taushetspliktbestemmelsene gjennomgås årlig. Det er fortsatt mange avdelinger hvor slik gjennomgang ikke skjer. Samtidig opplyser 96 % av lederne at de følger opp at de ansatte etterlever kravene i taushetserklæringen.

Konfidensialitetsbrudd er årsaken til de fleste avviksmeldingene som meldes under kategorien personvern og informasjonssikkerhet i avvikssystemet. Ser man dette i sammenheng med at kun 67 % av lederne løfter hendelser til tilstrekkelig høyt nivå og at 15 % unnlater å tilbakeføre informasjon til egne ansatte etter avvikshåndteringen, kan man stille seg spørsmål om avvikshåndteringen bidrar til ønsket forbedring.

I forbindelse med avvikshåndtering bør lederne gjennomgå uønskede hendelser og taushetspliktbestemmelsene med ansatte, samt sørge for at tilstrekkelig informasjonssikkerhet ivaretas. Dette vil bli fulgt opp av Stabsdivisjonen.

2.5.5 Regelverk og faglig normerende dokumenter

Se punkt 2.1.5.

2.5.6 Mål

Det er 56 % av lederne som i 2021 oppgir å ha utarbeidet lokale mål og tiltak for arbeid med personvern og informasjonssikkerhet, mot 43 % i 2020. Dette til tross for at man på virksomhetsnivå i 2019 har utarbeidet Strategi for personvern og informasjonssikkerhet for perioden 2019-2022. Denne strategien ble revidert i 2021 og ny strategi for perioden 2022-2025 er utformet og vedtatt i sykehusledelsen. Strategien understøttes av årlig handlingsplaner for virksomheten der fokusområder og aktiviteter fremgår. Her jobber man systematisk med å understøtte Ahus' virksomhetsmål.

Resultatene kan tyde på at informasjonen ikke på god nok måte når ut i linjen, slik at arbeid iverksettes også der. Resultatene kan også tyde på at det bør etableres tydeligere og mer konkrete mål som lederne kan benytte for kompetanse og opplæring.

2.5.7 Risiko

De fleste lederne rapporterer god etterlevelse hva gjelder håndtering av risiko ved nye eller endrede prosesser og at de setter inn nødvendige tiltak ved behov. Resultatet vurderes i hovedsak som tilfredsstillende. Se for øvrig kapittel 2.5 om Systemeier for IKT utstyr og medisinsk teknisk utstyr.

2.5.8 Håndtering av uønskede hendelser/avvik

96 % av lederne opplyser at de behandler og følger opp avvik som meldes innen kategorien personvern og informasjonssikkerhet. Det ble i 2021 meldt 327 uønskede hendelser. Tall fra 2020 er 253. For avvik i denne kategorien påløper det en meldefrist til Datatilsynet innen 72 timer fra noen ved Ahus oppdaget hendelsen dersom hendelsen utgjør brudd på personopplysnings-sikkerheten med moderat eller høy risiko for de(n) berørtes rettigheter og friheter. Det ble av den grunn gjort endringer i skjemaet i 2020 slik at det sendes ut påminnelser til meldingsansvarlig hver 24. time i 72 timer etter at hendelsen er meldt. Dette har lettet de vurderingene som skal gjøres for å vurdere alvorligheten av bruddet på personopplysnings-sikkerheten og imøtegå rettidig melding til Datatilsynet. Tall fra EQS viser imidlertid at det fortsatt er en del som ikke behandler og lukker hendelsene innen 90 dager. Tall hentet ut fra EQS medio mars 2022 viser at 249 meldinger i

kategorien ble ferdigbehandlet innen 90 dager. Det er også 11 hendelser fra 2020 som fortsatt ikke er lukket.

De aller fleste hendelsene som meldes er konfidensialitetsbrudd. Slike hendelser bør benyttes til kontinuerlig forbedring og opplæring av egne ansatte og kan med fordel inngå som mål, jf. også punkt 2.6.6 (Mål) over.

2.5.9 Oppfølging og rapportering

Det er 91 % av lederne ved Ahus som melder at de har kontroll med at egne ansatte har korrekte tilganger til IKT-systemer og at ansatte som har sluttet deaktiveres i alle IKT-systemer. Det ble gjennomført en kontroll i 2020 med fokus på om ansatte som slutter ved Ahus også får deaktivert sine adgangskort, og viste avvik ved at tidligere ansatte fortsatt stod oppført med aktivt adgangskort. Her er det iverksatt tiltak og rutinen med sjekkliste over hva leder skal huske på når en ansatt slutter er revidert. Det er viktig at man jobber videre med korrekt tilgangsstyring.

Det er 99 % av ledere som har gjort det kjent for ansatte at de ikke kan benytte hverandres passord eller låne hverandres adgangskort og PIN-kode. Det skjer likevel tidvis avvik på dette. Konsekvenser av dette er at den som låner kort, kan få tilgang til informasjon den ikke har tjenstlig behov for, samt at logger ikke viser korrekt informasjon. Dermed vil ikke de registrerte ha korrekt informasjon om hvem som har gjort oppslag, som igjen kan få konsekvenser for ansatte. Dette må stadig informeres om, slik at ansatte forstår konsekvensene av utlån av kort og pin-kode.

92 % av lederne har oversikt over egne behandlinger av personopplysninger. I 2021 er regional protokoll over behandling av personopplysninger tatt i bruk og det er opprettet en arbeidsgruppe for å videreutvikle protokollen for å få en komplett oversikt over virksomhetens behandling av personopplysninger. Arbeidet ledes av stabsdivisjonen. I arbeidet med protokollen er det utarbeidet system for forvaltning av artikkel 30-protokoll med veileder og prosedyre.

Det er behov for å fortsatt ha fokus på korrekt tilgangsstyring og oversikt over egne databehandlinger.

2.5.10 Evaluering og forbedring

I forbedringsarbeidet sier 67 % av lederne at saker som involverer flere avdelinger løftes til høyere nivå i foretaket, og 85 % opplyser at man tilbakefører informasjon fra utvalgene til egne ansatte. Dette er en betydelig nedgang fra 2020 der 96 % av lederne opplyste å løfte avvik til rett nivå, og at informasjon ble tilbakeført av 93 % av lederne.

Enkelte avvik lar seg ikke lukke på lavere nivå i virksomheten og det er derfor viktig at disse løftes for å kunne håndtere og lukke avviket korrekt. I tillegg ser man at enkelte avvik skyldes arbeidsprosesser e.l. som også med fordel kunne vært løftet, slik at man kan lære av andres feil og forhindre avvik før de skjer. Det er uvisst hva nedgangen skyldes. Resultatet viser imidlertid at ledere kan forbedre både det å løfte uønskede hendelser, samt å opplyse om og tilbakeføre informasjon om håndteringen til ansatte. Dette kan med fordel inntas som en del av forbedringsarbeidet og knyttes opp mot lokale mål innen personvern og informasjonssikkerhet.

2.6 Systemeier for IKT systemer og Medisinsk Teknisk Utstyr

Resultatene fra ledernes egenvurdering for området Systemeier for IKT systemer og Medisinsk Teknisk Utstyr (MTU) fremgår av [tabell 14, kap 4.5](#). Resultatene er sammenholdt med annen tilgjengelig styringsinformasjon fra revisjon 4/2019 «Opplæring i IKT og systemeierrollen».

Ahus har totalt 15 systemeiere - tre på nivå 3 og de øvrige på nivå 2. 13 av 15 systemeiere har svart på sjekklisten.

2.6.1 Konklusjoner og forbedringstiltak

Tema	Konklusjon	Forbedringstiltak
1. Organisering, ansvar og myndighet	●	Vurdere revisjon av prosedyre for systemeiere og systemansvarlig (gjelder pkt 1 – 9) Obligatorisk e-læringskurs for nye og eksisterende systemeiere (gjelder pkt 1 – 9) Revidere sjekklisten som sendes til systemeiere (gjelder også pkt 1 – 9)
2. Retningslinjer og prosedyrer	●	Opplæringsplan for nye og eksisterende systemeiere (gjelder også pkt 3 og 5) Se også pkt 1
3. Kompetanse og opplæring	●	Observeres frem mot neste LGG Se også pkt 1 og 2
4. Regelverk og faglig normerende dokumenter	●	Ikke behov for tiltak Se også pkt 1
5. Mål	●	Se også pkt 1 og 2
6. Risiko	●	Gjennomføre kontroll av tilgangsstyring og håndtering av tiltaksplaner etter ROS (gjelder også pkt 8) Se også pkt 1
7. Håndtering av uønskede hendelser/avvik	●	Ikke behov for tiltak Se også pkt 1
8. Oppfølging og rapportering	●	Se også pkt 1 og 6
9. Evaluering og forbedring	●	Se også pkt 1

● Tilfredsstillende. Ikke behov for tiltak. ● Delvis tilfredsstillende. Observeres frem mot neste LGG. ● Ikke tilfredsstillende. Må forbedres

Tabell 7: Systemeier IKT og MTU

2.6.2 Organisering, ansvar og myndighet

Resultatene viser at 12 av 13 systemeiere ivaretar sitt ansvar og tilhørende oppgaver innen personvern og informasjonssikkerhet. Dette er en forbedring fra revisjonen det henvises til over, der ett av funnene var at to systemeiere ikke var kjent med sitt ansvar. Alle systemeiere som har besvart sjekklisten bekrefter at det er utpekt en systemansvarlig for systemer den enkelte er systemeier for.

2.6.3 Retningslinjer og prosedyrer

12 av 13 har svart at de har satt seg inn i prosedyrer og retningslinjer som gjelder ansvaret den enkelte har som systemeier. En har svart at dette ikke er aktuelt for vedkommende, noe som bør undersøkes nærmere.

2.6.4 Kompetanse og opplæring

Enkelte av besvarelsene viser at det delvis er fastsatt krav til opplæring for alle funksjoner knyttet til systemeier og systemansvarlig. Typiske funksjoner knyttet til forvaltning av et IKT-system er systemeier, systemansvarlig, superbrukere, og ordinære brukere.

I prosedyrene for systemeier og systemansvarlig er ikke kompetansekrav fastsatt spesifikt, men ansvaret og oppgavene til en favner bredt, slik at det bør være behov for generell kompetanse om oppgavene som skal utføres. I tillegg er det behov for å kjenne til hvilke områder som dekkes av spesialistkompetanse. Tiltak som vil forbedre dette området er å utarbeide e-læringskurs som alle nye og eksisterende systemeiere skal gjennomføre, samt revidere prosedyren for systemeier og systemansvarlig.

2.6.5 Regelverk og faglig normerende dokumenter

Mål og strategi for informasjonssikkerhet i Helse Sør Øst RHF ble behandlet i sykehusledelsen som sak 244/21, der ledelsen ble orientert om nytt styrende dokument for regionen. Ledere på nivå 2 skal dermed ha fått kjennskap til nevnte styrende dokument.

Norm for informasjonssikkerhet (Normen) er en bransjenorm som gjelder for alle virksomheter som benytter seg av Norsk Helsenett sin infrastruktur og deres tjenester. Normen har eksistert i flere år, og er oppdatert med jevne mellomrom. I Normen stilles det krav både til virksomhetens sitt styringssystem, samt konkrete krav som retter seg mer mot IKT-løsningene Ahus benytter. Normen inneholder også en rekke krav innen personvern. Resultatene viser at alle som svarer helt eller delvis har kjennskap til mål og strategi for informasjonssikkerhet i HSØ og Normen.

2.6.6 Mål

Omtrent halvparten av de som svarte på sjekklisten mener det ikke er aktuelt for dem å vite hvilke opplysninger som behandles i systemer de er systemeier for, eller signere en databehandleravtale med leverandører. For systemeiere som kun mottar tjenester fra Sykehuspartner, kan svarene gi et korrekt bilde av situasjonen i dag. Dette er et punkt som vil forbedres til neste års sjekkliste.

Et av de viktigste kriteriene for vurdere korrekt sikkerhetsnivå på en tjeneste eller IKT-løsning, er å kjenne til hvilken informasjon som behandles i IKT-løsningen og hvor viktig denne informasjonen er for gjennomføring av oppgavene ved Ahus. Er oppgaven kritisk viktig for pasientbehandlingen, forskning eller driften av Ahus, vil informasjonen som brukes til utførelse av oppgave ha behov for en tilsvarende grad av sikkerhetstiltak. Svarene gir grunn til oppfølging videre for å se nærmere på årsaken til svarene som er gitt.

2.6.7 Risiko

Flertallet av systemeierne som svarte har oversikt over risiko og muligheter innenfor sitt ansvarsområde. To systemeiere har svart at de ikke har en slik oversikt, noe som bør følges opp gjennom kompetansehevende tiltak og rådgivning slik at alle har kartlagt risiko innenfor sine ansvarsområder.

Systemeiere skal godkjenne tiltaksplaner etter utførte risiko- og sårbarhetsvurderinger. Dette er primært fordi systemeiere har beslutningsmyndighet for å avgjøre restrisiko, samt at tiltak kan innebære kostnader i form av investeringer eller ressursbruk. Med ett unntak viser resultatene at systemeiere godkjenner slike tiltaksplaner.

2.6.8 Håndtering av uønskede hendelser/avvik

Alle systemeiere svarer at de behandler og følger opp uønskede IKT-relaterte hendelser / avvik for systemer de er systemeiere for.

2.6.9 Oppfølging og rapportering

Spørsmål C «Jeg følger opp at en samlet sjekkliste fra Normen fylles ut, og vedlikeholdes, i mitt ansvarsområde for IKT-systemer jeg systemeier for» utgår fra denne vurderingen.

At tilganger til de ulike systemene er oppdaterte og korrekte blir i varierende grad fulgt opp av de ulike systemeierne. Tilganger i enkelte systemer oppdateres ved hjelp bakenforliggende løsninger som oppretter, endrer og fjerner brukere ved hjelp av regler. Andre IKT systemer har lokale bruker-databaser med behov for lokale rutiner for forvaltning av brukere. Særlig lokale brukerdatabaser bør følges opp gjennom å utføre en kontroll for å verifisere at tilgangene er oppdaterte og korrekte. Kjennskap til Normen bør styrkes for de systemeiere som har IKT-systemer som behandler helseopplysninger.

2.6.10 Evaluering og forbedring

De fleste systemeiere følger opp prosessen for endringskontroll når IKT-systemer de er ansvarlige for skal gjennomføre en endring. Det er 2 systemeiere som har svart avvikende fra dette spørsmålet, og det anbefales at dette følges opp nærmere slik at samtlige systemeiere benytter den samme prosessen for endringskontroll. Endringer kan medføre et annerledes risikobilde, noe som må håndteres på en strukturert måte. Flertallet følger opp at tiltak virker som forutsatt slik at rapporterte avvik ikke oppstår igjen. En systemeier har svart at dette ikke er aktuelt for vedkommende, noe som bør undersøkes nærmere.

2.7 Forskning

Resultatene fra ledernes egenvurdering for området Forskning fremgår av tabell 15, kap 4.6. Resultatene er sammenholdt med annen tilgjengelig styringsinformasjon; herunder eSkjema, nettskjema, EQS og P360.

Erfaringer etter fjorårets rapportering, viste behov for å revidere spørsmålsformuleringene under noen punkter. Dette for å konkretisere og gjøre problemstillingene tydeligere for lederne.

2.7.1 Konklusjoner og forbedringstiltak

Tema	Konklusjon	Forbedringstiltak
1. Organisering, ansvar og myndighet	●	Observeres frem mot neste LGG
2. Retningslinjer og prosedyrer	●	Oppdatere nettsider på Ahus.no, slik at prosedyrer og retningslinjer er lettere tilgjengelig
3. Kompetanse og opplæring	●	Øke kursdeltakelse blant ledere med ansvar i forskning
4. Regelverk og faglig normerende dokumenter	-	Ingen utover pkt 2.1.5
5. Mål	●	Observeres frem mot neste LGG
6. Risiko	●	Observeres frem mot neste LGG
7. Håndtering av uønskede hendelser/avvik	●	Observeres frem mot neste LGG
8. Oppfølging og rapportering	●	Observeres frem mot neste LGG
9. Evaluering og forbedring	●	Observeres frem mot neste LGG

● Tilfredsstillende. Ikke behov for tiltak. ● Delvis tilfredsstillende. Observeres frem mot neste LGG. ● Ikke tilfredsstillende. Må forbedres

Tabell 8: Forskning

2.7.2 Organisering, ansvar og myndighet

80% av ledere med ansvar i forskning ved Ahus oppgir å ha satt seg inn rutinen for «Ansvars- og oppgavefordelingen for planlegging, gjennomføring og oppfølging av kvalitets- og forskningsprosjekter», samt; «Roller og ansvar i kliniske legemiddelutprøvinger og utprøving av medisinsk utstyr». To divisjoner skiller seg ut med noe lavere andeler, hhv. 57% og 67%.

78% av ledere med ansvar i forskning oppgir at de har kjennskap til alle kvalitet- og forskningsprosjekter som er forankret i egen avdeling. Også her skiller to divisjoner seg ut med noe lavere andeler; 67% og 53%.

Forskningsaktiviteten har økt betraktelig på Ahus de siste årene, og er nå en prioritert satsning. Høsten 2018 ble det igangsatt diverse arbeidsprosesser og tilpasningstiltak for å kunne imøtekomme nye krav, blant annet GDPR og bruk av eSkjema. I løpet av 2020 ble i tillegg den overordnede rutinen for ansvar i kvalitet- og forskningsprosjekter revidert og distribuert. Med bakgrunn i disse arbeidsprosessene anser vi det som sannsynlig at lederne er godt kjent med de økte kravene og ansvaret innen forskningsområdet, noe som også gjenspeiles i egenvurderingen.

Det arbeides fortløpende med opplæring og informasjon ut til forskningsmiljøene, og Forsknings- og innovasjonsdivisjonen (FID) deltar blant annet i lederopplæring, i avdelingsmøter, gjennomfører tilpassede kurs (Pakkeforløp forskning), nettsider, nyhetsbrev m.m. Det finnes også drop-in tilbud knyttet til personvern og generell forskningsveiledning, statistisk og helsefaglig poliklinikk. Alle kurs, veiledningstilbud og poliklinikker er godt opplyst via nyhetsbrev, eposter, intranett og via kursvirksomheten.

2.7.3 Retningslinjer og prosedyrer

73% av ledere med ansvar for forskning svarer at de har gjort seg kjent med retningslinjer og prosedyrer i EQS. Særlig én divisjon skiller seg ut med en vesentlig lavere prosentandel, 29%.

Prosedylene under «Forskning og utvikling» i EQS utformes av FID, og er overordnede for forskningsarbeidet som utføres ved foretaket. Disse er også tilgjengelige via Ahus.no. Prosedyrene skal sikre at forskningen utføres i tråd med nasjonale regler og lovgivning, samt interne rutiner ved sykehuset. Enkelte divisjoner har egne spesifikke forskningsrutiner, men det vil ikke kunne være en erstatning for de overordnede rutinene. I de divisjonene hvor det er opprettet lokale rutiner og prosedyrer, benyttes antakelig disse i større grad. Erfaringsvis lener ledere med ansvar for forskning seg på andre kilder enn Ahus egne prosedyrer i EQS, som for eksempel kurs og veiledning, herunder pakkeforløp for forskning, «roadshow», presentasjoner (om spesifikke temaer), e-poster og telefoner.

Når det gjelder bruk av internettsidene «forskning og utvikling» er det vanskelig å skille på hvorvidt lederne i større eller mindre grad benytter dette, fremfor å finne prosedyrene i EQS. Det er for øvrig igangsatt en oppgradering av nettsidene, slik at informasjonen skal være lettere tilgjengelig.

Resultatene fra egenevalueringen viser nødvendigheten av at FID fortsetter den utadrettede virksomheten mot forskningsmiljøene, og at informasjon og opplæring tilpasses behovene til de ulike avdelingene og divisjonene. Ikke alle EQS-prosedyrer er aktuelle/relevante for alle avdelinger/divisjoner, ettersom type forskningsaktivitet varierer. Sentrale ansvarsrutiner er derimot relevant for alle avdelinger/divisjoner som driver kvalitets- og forskningsarbeid.

2.7.4 Kompetanse og opplæring

70% av ledere med ansvar i forskning svarer at de sørger for tilfredsstillende opplæring til sine forskere, mens bare 51% sier de selv deltar på kurs og opplæring. Resultatene gjenspeiles i påmeldinger registrert i nettskjema, hvor det fremgår at færre ledere enn forskere og annet forskningspersonell, deltar på opplæring.

Det er viktig å merke seg at opplæring av forskere og ledere med ansvar i forskning er svært viktig for å sikre kvalitet i forskningen. Opplæring bidrar også til å sikre at forskning utføres i tråd med gjeldende regelverk og etiske prinsipper. FID tilbyr ulike kurs og seminarer som inneholder nødvendig kunnskap om forskningsprosessen, fra planlegging til avslutning, herunder pakkeforløp for forskning, GCP kurs, «roadshow» for avdelingsledere (n3) m.m. Kursene er per tid ikke obligatorisk, men sterkt anbefalt av FID.

2.7.5 Regelverk og faglig normerende dokumenter

Ingen spesielle forhold utover det som følger av sjekkliste 1: "Generell".

2.7.6 Mål

60% av ledere med ansvar i forskning svarer at de har utarbeidet mål og tiltak for forskningsarbeidet hos seg.

Sykehusledelsen vedtok i 2019 at det skulle gjennomføres evaluering innenfor forskningsområdet på Nivå 1 (overordnet på sykehuset) og Nivå 2 (forskningsgrupper). Det ble gjennomført

evaluering av totalt 26 forskningsgrupper i divisjoner og klinikker i 2019. Basert på evalueringene kan hver av divisjonene utarbeide sin strategi og sine målsetninger for å utvikle forskning i sin enhet. Neste evaluering gjennomføres i 2024. Denne evalueringen vil trolig erstattes med nasjonal evaluering innenfor Medisin og Helse i regi av Norges forskningsråd som planlegges gjennomført 2023/2024.

I forbindelse med revisjon av Utviklingsplanen 2035 for Ahus har FID utarbeidet utkast til delplan for Forskning og Innovasjon for perioden 2022 – 2026 og hvor det er definert 5 innsatsområder. Delplanen vil bli revidert etter høringsfristen 15. mars. Det vil deretter bli etablert arbeidsgrupper på tvers av divisjoner og klinikker, samt evt eksterne samarbeidspartnere til arbeid med de ulike innsatsområdene.

2.7.7 Risiko

65% av ledere med ansvar i forskning svarer at de sørger for at kvalitets- og forskningsprosjekter med høy personvernrisiko gjennomfører en fullstendig personvernkonsekvensvurdering (DPIA). 81 % oppgir at de setter inn tiltak dersom det avdekkes risiko for svikt, feil eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav. 74% vurderer og tar stilling til de tiltak og tilbakemeldinger fra personvern-ombud som fremgår av DPIA.

Fjorårets resultater viste 100% ivaretagelse innenfor denne kategorien. Spørsmålene ble i 2021 revidert for å konkretisere leders ansvar i forbindelse med gjennomføring av DPIA, selv om spørsmålene kun er stilt de det er relevant for. Det antas at de reviderte spørsmålsformuleringene har bidratt til en bedre forståelse blant respondentene, og at det har ført til mer nyanserte resultater. Resultatene sammenfaller med antall registrerte DPIA-vurderinger i P360 og eSkjema.

2.7.8 Håndtering av uønskede hendelser/avvik

80% av ledere med ansvar i forskning svarer at innmeldte avvik følges opp og håndteres der hvor leder er meldingsansvarlig. Videre oppgir 69% av aktuelle ledere, at saker som meldes til felles redelighetsutvalg følges opp dersom aktuelt. Sammenlignet med fjoråret, er dette en nedgang.

Tall fra EQS viser at 12 av 15 avvik er ferdig behandlet og lukket innen 90 dager. De som ikke er lukket er erfaringsmessig komplekse saker som krever lengre behandlingstid. Videre viser tall fra EQS at det er meldt inn færre forskningsavvik i løpet av 2021 sammenlignet med 2020. I likhet med fjoråret, viser erfaringene at det fortsatt er noen uklarheter blant avdelingsledere om hvem som er ansvarlig når prosjektet foregår mellom ulike avdelinger/divisjoner. Det vil alltid være avdelingen der prosjektet er forankret som er ansvarlig.

EQS viser i tillegg at ikke alle avdelinger/divisjoner har innmeldte avviksmeldinger. Det er derfor usikkert hvordan resultatene i rapporten hos disse avdelingene/divisjoner skal forstås. En mulighet kan være at leder vil følge opp avvikssaker dersom det meldes inn i fremtiden.

2.7.9 Oppfølging og rapportering

71% av ledere med ansvar i forskning svarer at de sørger for at alle nødvendige godkjenninger internt og eksternt er på plass før kvalitets- og forskningsprosjekter igangsettes. Videre svarer 66% at innhenting av nye godkjenninger ved endringer følges opp. 69% svarer at alle forsknings- og kvalitetsprosjekter også i meldes i eSkjema. Sammenlignet med fjoråret, er dette en nedgang.

Resultatene er representative sett opp mot antall prosjekter som meldes i eSkjema. Prosjekter som ikke er innmeldt i eSkjema før igangsettelse, meldes erfaringsvis som avvik og blir deretter

etterregistrert. Når det gjelder krav om eksterne godkjenninger som for eksempel REK, SLV etc. etterleves disse kravene i stor grad. Dette fremgår av P360.

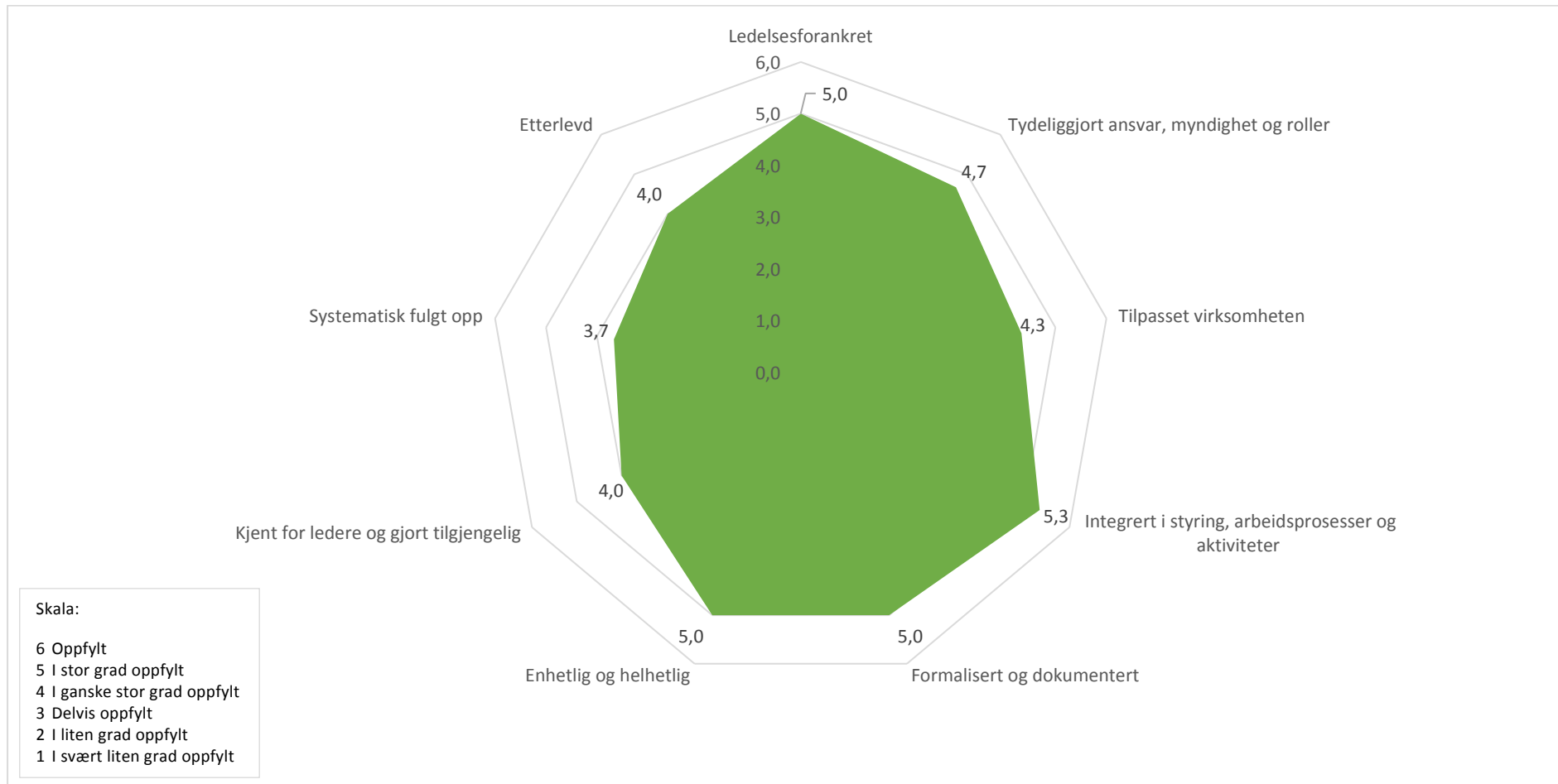
2.7.10 Evaluering og forbedring

Overordnet viser tabell 14 (kap 5.6) at det er stor variasjon innen ivaretagelse av internkontroll relatert til forskning. Noe av denne variasjonen kan forklares med at det er ulik forskningsaktivitet innad i hver enkelt divisjon/klinikk.

FID følger opp divisjoner/avdelinger med lave skår i de ulike evalueringskategoriene, særlig hva gjelder manglende opplæring av forskerpersonell og at ansvarsrutiner gjøres kjent for alle ledere med ansvar i forskning. Der hvor prosentandelene har sunket vesentlig siden fjoråret, vil det bli sett nærmere på hva som kan forklare dette. Resultatene fra rapporten blir tatt opp i divisjonsvise møter med FID i løpet av oktober 2022. Før årlig gjennomgang i 2022 vil sjekkliste 5 Forskning bli vurdert nærmere med tanke på ytterlige justeringer. I tillegg bør mulige årsaker til at en relativt høy andel av respondentene har svart «ikke aktuelt» på spørsmålene undersøkes nærmere. I utgangspunktet skal et slikt ansvar for kvalitets- og forskningsprosjekter ligge hos flesteparten av nivå 3-ledere. Det er derfor viktig å få en bedre forståelse av dette.

3. Samlet vurdering av styringssystemet

Samlet vurdering av styringssystemet er oppsummert i figur 3 og tabell 9.



Figur 3: Samlet vurdering av styringssystemet

Ledelsens gjennomgang av styringssystem 2021

Krav	Kriterier	Vurdering
<i>Ledelsesforankret</i>	- Styringssystemet er besluttet av sykehusledelsen. - Rammene for hvordan styringssystemet skal driftes, utvikles og følges opp er fastsatt av sykehusledelsen. - Stabsdivisjonene prioriterer nødvendige ressurser til å gjennomføre prosessene og følge opp styringssystemet.	I stor grad oppfylt
<i>Tydeliggjort ansvar, myndighet og roller</i>	- Styringssystemet beskriver tydelig hvor system- og prosessansvar er plassert. - Prosedyrene som beskriver prosessene som inngår i styringssystemet nedfeller hvem som har ansvar for hva. - Styringssystemet inngår i obligatorisk opplæring for alle ledere.	I stor grad oppfylt
<i>Tilpasset virksomheten</i>	- Styringssystemet dekker kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, internkontrollforskriften (HMS), personopplysningsloven og GDPR og forskrift om organisering av medisinsk og helsefaglig forskning. - Orden i eget Ahus er tilpasset Ahus og forholdene der. - Nye kravområder innlemmes suksessivt i styringssystemet ut fra en prioritert plan.	I ganske stor grad oppfylt
<i>Integrert i styring, arbeidsprosesser og aktiviteter</i>	- Gjennomgående krav til internkontroll (ref. de ni temaene i sjekklister) for områdene i styringssystemet er beskrevet. - Styringssystemet omfatter definerte prosesser for hvordan kontroller og interne revisjoner skal gjennomføres og følges opp i foretaket. - Kontrollaktiviteter er beskrevet i prosedyrene som inngår i styringssystemet.	I stor grad oppfylt
<i>Formalisert og dokumentert</i>	- Retningslinje for virksomhetsstyring er dokumentstyrt i EQS. - Prosedyrer på foretaksnivå som inngår i styringssystemet er dokumentstyrt i EQS. - Prosedyrene på lokalt nivå som inngår i styringssystemet er dokumentstyrt i EQS.	I stor grad oppfylt
<i>Enhetlig og helhetlig</i>	- Ahus har ett felles styringssystem på foretaksnivå. - Styringssystemet er i samsvar med krav og føringer i Helse Sør-Østs rammeverk for virksomhetsstyring. - Styringssystemet har gjennomgående prosedyrer for alle områder der det er mulig.	I stor grad oppfylt
<i>Kjent for ledere og gjort tilgjengelig</i>	- Kravene som lederne har ansvar for å oppfylle er beskrevet i styringssystemet og bl.a. kommunisert og tilgjengeliggjort i form av elektroniske sjekklister i EQS. - Lederne oppfølging av kravene følges opp i egenvurdering som ledd i LGG. - Resultat fra eksterne tilsyn/internrevisjoner/kontroller viser i stor grad at styringssystemet etterleves.	I ganske stor grad oppfylt
<i>Systematisk fulgt opp</i>	- Styringssystemet oppdateres ved endringer i krav i lovverk/føringer fra eier eller andre myndigheter. - Retningslinjer og prosedyrer blir revidert/oppdatert innenfor revisjonsfrister. - Plan med tiltak for å utvikle og forbedre styringssystemet fastsettes på bakgrunn av LGG.	I ganske stor grad oppfylt
<i>Etterlevd</i>	- Lederne gjennomfører prosessene som inngår i styringssystemet i samsvar med prosedyrene og innen fastsatte frister. - Lederne gjennomfører årlig egenvurdering som ledd i LGG-prosessen. - Lederne følger opp at tiltak i handlingsplaner gjennomføres som forutsatt.	I ganske stor grad oppfylt

Tabell 9: Krav, kriterier og vurderinger – styringssystemet som helhet

4. Tabeller og vedlegg

4.1 Egenvurdering – område Generell internkontroll

Grønn: Mer enn 90 % av lederne svarer ja / Gul: Fra 70 til 89 % av lederne har svart ja / Oransje: Fra 50 til 69 % av lederne har svart ja / Rød: Fra 1 til 49 % av lederne har svart ja

Tema	Spørsmål	BUK	DDT	FID	FMD	HR	KD	KK	MHD	PHR	STAB	ØD	MD	OK	Ahus
1. Organisering, ansvar og myndighet	A) Jeg har en funksjonsbeskrivelse som viser mitt ansvar og mine oppgaver	100	96	100	86	100	83	100	100	96	100	100	93	92	93
	B) Jeg har en skriftlig fullmakt som viser fullmakter som er delegert til meg	93	88	100	97	100	83	100	100	89	100	100	89	92	90
	C) Jeg har et organisasjonskart for min enhet	93	100	100	100	100	98	91	100	98	100	83	91	100	96
2. Retningslinjer og prosedyrer	A) Jeg har gjort ansatte i min enhet kjent med at retningslinjer og prosedyrer er tilgjengelig i EQS	100	100	100	100	100	93	100	100	95	100	100	100	100	98
	B) Jeg følger opp at EQS-dokumenter som egne ansatte er dokumentadministrator for, er innenfor revisjonsfrist	86	84	80	84	80	81	64	100	51	100	50	79	92	73
	C) Jeg har oversikt over hvilke prosedyrer som gjelder for min enhet - både Ahus-prosedyrer og lokale prosedyrer	93	96	80	95	100	93	100	100	92	100	100	93	92	94
3. Kompetanse og opplæring	A) Jeg har kartlagt kompetansebehov i min enhet	100	84	100	86	60	86	82	100	87	100	100	96	92	89
	B) Jeg har utarbeidet en opplæringsplan med tiltak for min enhet	100	82	80	73	60	79	64	100	80	100	33	88	69	81
	C) Jeg sørger for at gjennomført opplæring blir dokumentert	64	96	100	81	100	71	45	100	74	100	50	92	92	82
4. Regelverk og faglige normerende dokumenter	A) Jeg har satt meg inn i regelverk, retningslinjer, prosedyrer og veiledere som gjelder for mitt ansvarsområde	100	94	100	95	100	93	91	100	96	100	100	96	77	95
5. Mål	A) Jeg har satt meg inn i oppdrags- og bestillingsdokumentet for egen divisjon og de mål og oppdrag som er relevante for min enhet	100	80	100	95	100	88	82	100	92	100	100	96	85	91
6. Risiko	A) Som ledd i mål- og resultatoppfølging OBD Ahus har jeg vurdert risiko for manglende måloppnåelse for min enhet og satt inn tiltak etter behov	86	80	80	81	80	79	82	75	80	100	100	91	92	84
7. Håndtering av uønskede hendelser/avvik	A) Jeg har gjort den interne varslingsordningen av kritikkverdige forhold kjent for mine ansatte	93	96	100	92	100	100	100	100	91	100	100	94	92	94
	B) Jeg har satt meg inn i prosedyrene for håndtering av uønskede hendelser/avvik og meldeplikter	100	96	100	97	100	98	100	100	94	100	100	98	100	97
	C) Jeg har gjort prosedyrene for å melde fra om uønskede hendelser/avvik kjent for mine ansatte	100	94	100	100	100	100	91	75	96	100	100	98	100	97
	D) Jeg ivaretar meldepliktene som gjelder for uønskede hendelser/avvik	100	98	100	100	100	100	100	75	99	100	100	97	100	98
	E) Jeg legger frem sammenstillinger av meldte hendelser innen personvern og informasjonssikkerhet, for refleksjon og læring, for ansatte i personalmøter, minimum hvert tertial	79	80	20	62	100	88	55	25	82	50	33	83	92	78

Ledelsens gjennomgang av styringssystem 2021

8. Oppfølging og rapportering	A) Jeg ivaretar krav til månedlig, tertialvis og årlig rapportering i tråd med sykehuset rapporterings-/ oppfølgingsprosesser	93	70	100	92	100	86	91	100	71	100	83	71	85	78
	B) Jeg følger opp ForBedring, Mål- og resultatoppfølging OBD Ahus og Ledelsens gjennomgang av styringssystem, i tråd med sykehusets krav for dette	100	90	100	100	100	93	100	100	96	100	83	98	100	96
	C) Jeg behandler og følger opp interne revisjonsrapporter, kontrollrapporter og rapporter fra eksterne tilsyn, i tråd med sykehusets krav for dette	93	80	80	95	100	76	82	100	95	100	83	88	100	89
9. Evaluering og forbedring	A) Jeg følger opp om forbedringstiltak som settes i verk på områder hvor det avdekkes feil, svikt eller avvik gjennomføres og virker som planlagt	100	98	80	100	100	98	100	75	99	100	100	96	100	98

Tabell 10: Andel ledere nivå 2-4 som for 2021 svarer «ja» på spørsmål om krav til internkontroll relatert til Generell internkontroll ivaretas (tall i prosent av totalt antall svar)

4.2 Egenvurdering – område Kvalitet og pasientsikkerhet

Grønn: Mer enn 90 % av lederne svarer ja / Gul: Fra 70 til 89 % av lederne har svart ja / Oransje: Fra 50 til 69 % av lederne har svart ja / Rød: Fra 1 til 49 % av lederne har svart ja

Tema	Spørsmål	BUK	DDT	FMD	KD	KK	PHR	MD	OK	Ahus
1. Organisering, ansvar og myndighet	A) Jeg har satt meg inn i mandatene (ansvar og oppgaver) for KAM, KPU nivå 1 og 2	92	90	100	89	90	91	91	100	91
	B) Jeg har satt meg inn i prosedyrene som viser ansvars- og oppgavefordeling for behandling av tilsyns- og klagesaker	100	85	67	86	80	92	89	100	89
	C) Jeg har satt meg inn i prosedyrene som viser ansvars- og oppgavefordeling for behandling av NPE-saker	85	77	8	86	70	87	75	83	78
	D) Jeg gjennomfører tverrfaglige samarbeidsmøter regelmessig i min enhet	85	75	92	86	90	92	86	83	86
	E) Jeg gjennomfører samarbeidsmøter med andre enheter som min enhet samarbeider med	85	81	100	77	90	91	86	83	86
2. Retningslinjer og prosedyrer	A) I min enhet har vi oppdaterte, kunnskapsbaserte fagprosedyrer som dekker de viktigste områdene av vår virksomhet	62	79	58	89	80	73	86	92	79
3. Kompetanse og opplæring	A) Jeg følger opp at mine ansatte gjennomfører obligatorisk opplæring	100	98	100	89	100	87	99	92	94
	B) Jeg følger opp at ansatte som har gjennomført obligatorisk opplæring i å bruke pasientdatasystemer som DIPS, Metavision, Partus mm faktisk har tilstrekkelig kompetanse	100	81	0	86	100	95	96	100	88
	C) Jeg legger til rette for deltagelse på opplæringstilbudene innen kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (grunnkurs kvalitetsforbedring, læringsnettverket Best på å bli bedre og spesialkurs, simulering, klinisk kommunikasjon).	100	90	42	89	100	97	93	100	92
4. Regelverk og faglige normerende dokumenter	A) Jeg har satt meg inn i pasientrettigheter, nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som gjelder for mitt ansvarsområde	100	92	67	91	100	95	93	100	93
5. Mål	A) Jeg har utarbeidet lokale mål og tiltak for arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet	85	83	67	89	80	82	80	92	82
	B) Jeg gjennomfører eller bidrar inn i forbedringsarbeid i min avdeling, som følger systematikken i forbedringsmodellen	92	92	67	89	90	86	92	92	89
6. Risiko	A) Jeg jobber systematisk med å identifisere risikoområder (f.eks. risikotavlemøter, Det grønne korset, forbedringstavler, screeninger)	54	71	67	77	80	84	79	92	78
	B) Jeg setter inn tiltak (korrigerende eller forebyggende) dersom det avdekkes risiko for svikt, feil og/eller pasientskade	100	92	58	91	100	99	99	92	95
7. Håndtering av uønskede hendelser/avvik	A) Jeg legger frem sammenstillinger av uønskede pasienthendelser, for refleksjon og læring, for ansatte i personalmøter, minimum hvert tertial	77	79	58	83	60	81	88	92	81
	B) Jeg legger frem temasaker om pasientsikkerhet, for refleksjon og læring, i KAM/KPU	85	69	75	69	90	72	78	83	74
	C) Jeg gjennomfører hendelsesgjennomgang ved alvorlige uønskede hendelser (3-3a)	77	88	92	83	70	96	88	67	88
	D) Jeg følger opp at alle medlemmer i KAM har gjennomført e-læringen Introduksjon til Kvalitet og arbeidsmiljøgrupper	62	19	8	51	40	43	30	42	36
	E) Jeg bruker uønskede hendelser/ tilsyn- og klagesaker m.m. som utgangspunkt til forbedringsarbeid i min enhet	92	90	92	97	80	95	95	100	94
	F) Jeg samarbeider med andre enheter når tilsyns- og klagesaker berører flere enheter	92	94	92	97	100	96	91	92	94
8. Oppfølging og rapportering	A) Jeg gjennomfører og følger opp innsatsområdene fra 1 trygge hender 24-7 (pasientsikkerhetsprogrammet)	31	38	33	69	70	58	57	83	55
	B) Jeg har utviklet og tilgjengeliggjort skriftlig pasientinformasjon på sentrale undersøkelser og behandlinger innen fagområdene i min enhet	54	29	0	69	70	62	63	92	56
9. Evaluering og forbedring	A) Jeg løfter pasientrelaterte saker som involverer flere avdelinger/divisjoner til neste nivå (fra KAM til KPU nivå 2 eller KPU nivå 1)	85	69	75	91	80	72	70	75	74

Ledelsens gjennomgang av styringssystem 2021

B) Jeg tilbakefører informasjon fra utvalgene til mine ansatte	77	88	83	91	80	87	92	100	89
C) Jeg benytter resultater fra ForBedring-undersøkelsen til å koble pasientsikkerhet og HMS	100	90	75	86	100	95	93	100	92
D) Jeg har tiltak for å skape/vedlikeholde en kultur for forbedring og læring	100	94	92	97	100	97	100	100	98
E) Jeg bruker målinger regelmessig i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet	62	63	67	74	50	70	71	100	69
F) Jeg registrerer i aktuelle medisinske kvalitetsregistre	15	19	0	54	60	39	42	75	38
G) Jeg benytter informasjon fra nasjonale kvalitetsindikatorer til refleksjon og forbedring	46	48	42	80	70	70	72	75	66
H) Jeg er kjent med hva pasienter/pårørende er opptatt av, og hvordan de vurderer kvalitet/pasientsikkerhet i min enhet	77	44	58	83	90	70	75	92	70
I) Jeg involverer pasienter og pårørende i forbedringsarbeid	69	6	17	66	60	58	54	67	48

Tabell 11: Andel ledere nivå 2-4 som for 2021 svarer «ja» på spørsmål om krav til internkontroll relatert til kvalitet og pasientsikkerhet ivaretas (tall i prosent av totalt antall svar)

4.3 Egenvurdering - område HMS og ytre miljø

Grønn: Mer enn 90 % av lederne svarer ja / Gul: Fra 70 til 89 % av lederne har svart ja / Oransje: Fra 50 til 69 % av lederne har svart ja / Rød: Fra 1 til 49 % av lederne har svart ja

Tema	Spørsmål	BUK	DDT	FID	FMD	HR	KD	KK	MHD	PHR	STAB	ØD	MD	OK	Ahus
1. Organisering, ansvar og myndighet	A) Jeg har satt meg inn i mandatene (ansvar og oppgaver) for Avdelingsutvalg, KPU nivå 1 og 2 og AMU nivå 1 og 2	100	88	100	88	83	82	90	100	86	100	100	93	92	89
	B) Jeg peker ut og dokumenterer hvem som er forflytningsveileder, brannvernkoordinator, strålevernkontakt, stoffkartotekansvarlig og smittevernkontakt	80	65	80	82	67	74	60	100	78	75	33	75	75	74
	C) Jeg sørger for at det velges verneombud og inngås skriftlige samarbeidsavtaler mellom verneombud og leder	90	63	60	94	67	89	90	100	86	100	17	86	92	83
3. Kompetanse og opplæring	A) Jeg sørger for at ledere, verneombud og AMU-medlemmer gjennomfører og dokumenterer obligatorisk HMS-opplæring, herunder opplæring om enhetens HMS-arbeid og brannvernopplæring og e-læring Grønt sykehus i HSØ	90	71	60	88	83	82	80	100	81	100	33	80	83	80
	B) Jeg følger opp at personell med roller som forflytningsveileder, brannvernkoordinator, brannkontakt, strålevernkontakt, stoffkartotekansvarlig og smittevernkontakt har dokumentert kompetanse	70	69	80	76	67	66	80	100	73	50	33	64	75	69
	C) Jeg har tema ytre miljø på fellesmøte minst en gang i året (klimapresentasjonen på intranettet kan benyttes), og dokumenterer hvem som deltok i møtet	80	73	40	85	50	79	80	100	65	75	83	54	83	69
5. Mål	A) Jeg har utarbeidet lokale mål og tiltak for arbeid med HMS/ytre miljø	80	78	80	82	67	82	80	100	79	75	83	84	100	81
	B) Jeg oppdaterer kontekstanalyse og miljøkartlegging (gjelder nivå 2), ved endringer	0	16	20	18	17	16	30	25	15	25	17	18	42	18
6. Risiko	A) Jeg har gjennomført og dokumentert risikovurdering på relevante områder. Dette kan være innen : -Vold og trusler -Kjemikaliehåndtering og stoffkartotek -Brannsikkerhet - Endringer i etablerte prosesser/systemer/lokaler -Arbeidstidsordninger -Før beslutninger om omorganisering/driftsendringer -Utslipp til ytre miljø -Eksponering for biologiske faktorer -Stråling -Støy på arbeidsplassen	80	76	80	85	50	87	70	75	81	50	83	86	92	82
	B) Jeg involverer ansatte og vernetjeneste i arbeidet med å kartlegge risikoer	100	86	100	97	67	95	100	100	91	50	100	96	100	93
	C) Jeg setter inn tiltak dersom det avdekkes risiko for svikt, feil eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav	100	92	100	94	83	97	90	100	95	75	100	98	100	95
7. Håndtering av uønskede hendelser/avvik	A) Jeg behandler og følger opp uønskede HMS-relaterte hendelser/avvik i enheten jeg er leder for	100	98	100	100	83	100	100	100	100	100	100	98	100	99
	B) Jeg gjennomfører møter i Avdelingsutvalg, KAM og AMU nivå 2 som beskrevet i prosedyre/mandat	80	37	60	61	83	61	60	100	69	75	17	59	83	60
8. Oppfølging og rapportering	A) Jeg gjennomfører, følger opp og dokumentert årlig HMS-runde sammen med verneombudet	90	80	100	97	50	97	80	100	91	100	17	94	100	90
	B) Jeg registrerer tiltak etter HMS-runden i elektronisk handlingsplan (gjelder også for ytre miljø)	90	78	80	91	50	82	70	100	85	100	33	91	100	85
	C) Jeg følger opp at HMS-tiltak gjennomføres som forutsatt	90	86	100	94	67	84	90	100	89	100	50	94	100	89

Ledelsens gjennomgang av styringssystem 2021

9. Evaluering og forbedring	A) Jeg løfter HMS-relaterte saker som involverer flere avdelinger/divisjoner til neste nivå (fra KAM til AMU nivå 2 eller AMU nivå 1)	90	67	100	91	83	82	80	50	78	75	83	71	92	77
	B) Jeg tilbakefører informasjon fra utvalgene til egne ansatte	90	90	100	85	83	89	90	75	86	75	100	81	100	87
	C) Jeg evaluerer om iverksatte tiltak virker som planlagt	90	90	100	82	83	89	80	75	84	75	100	85	100	86

Tabell 12: Andel ledere nivå 2-4 som for 2021 svarer «ja» på spørsmål om internkontroll relatert til HMS og ytre miljø ivaretas (tall i prosent av totalt antall svar)

4.4 Egenvurdering - område Personvern og informasjonssikkerhet

Grønn: Mer enn 90 % av lederne svarer ja / Gul: Fra 70 til 89 % av lederne har svart ja / Oransje: Fra 50 til 69 % av lederne har svart ja / Rød: Fra 1 til 49 % av lederne har svart ja

Tema	Spørsmål	BUK	DDT	FID	FMD	HR	KD	KK	MH	PHR	STAR	ØD	MD	OK	Ahus
1. Organisering, ansvar og myndighet	A) Jeg har satt meg inn i sikkerhetsinstruksen for informasjonssikkerhet og retningslinje for personvern	91	98	100	97	83	97	90	75	99	100	100	96	100	97
3. Kompetanse og opplæring	A) Jeg gjennomgår regler for taushetsplikt med egne ansatte årlig	82	80	80	76	83	92	50	75	76	75	50	91	92	82
	B) Jeg har gjort mine ansatte kjent med at sensitive personopplysninger ikke skal sendes på e-post, sosiale medier ikke skal brukes til å dele personopplysninger og mobiltelefon ikke kan brukes til å ta bilder av pasienter, pårørende og/eller journaldokumentasjon	100	98	100	100	83	97	90	100	92	100	67	100	100	96
5. Mål	A) Jeg har utarbeidet lokale mål og tiltak for arbeid med personvern/informasjonssikkerhet	55	60	80	64	50	63	50	75	56	75	33	44	75	56
6. Risiko	A) Jeg vurderer risiko for brudd på personopplysningsvern ved nye eller endrede arbeidsprosesser	100	96	80	91	83	92	90	100	87	100	50	88	100	90
	B) Jeg setter inn tiltak dersom det avdekkes risiko for brudd eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav eller interne retningslinjer og prosedyrer	100	98	80	97	83	95	100	100	99	100	83	94	100	96
7. Håndtering av uønskede hendelser/avvik	A) Jeg behandler og følger opp uønskede personvern- og informasjonssikkerhetsrelaterte hendelser/avvik hvor jeg selv er meldingsansvarlig	91	92	100	100	83	97	100	75	99	100	67	99	100	96
8. Oppfølging og rapportering	A) Jeg har kontroll med at egne ansatte har nødvendige tilganger til IKT-systemer og at ansatte som har sluttet deaktiveres i alle IKT-systemer	91	86	100	94	83	92	80	100	91	100	83	94	92	91
	B) Jeg har gjort det kjent at ansatte ikke kan bruke hverandres passord eller låne hverandres adgangskort og PIN-kode	100	98	100	100	83	100	90	100	99	100	100	99	100	99
	C) Jeg følger opp om de ansatte etterlever kravene i taushetserklæringen og sikkerhetsinstruksen	100	92	100	100	83	95	100	100	96	100	100	96	92	96
	D) Jeg har oversikt over behandlinger av personopplysninger i min enhet. For eksempel gjennomgang av lagringsområder og interne kvalitetsprosjekter	100	88	100	97	83	92	80	100	90	100	100	95	92	92
9. Evaluering og forbedring	A) Jeg løfter personvern- og informasjonssikkerhetsrelaterte saker som involverer flere avdelinger/divisjoner til neste nivå (fra avdelingsledermøte til divisjonsledermøte)	73	52	80	67	83	84	80	50	69	100	83	57	75	67
	B) Jeg tilbakefører informasjon fra utvalgene til egne ansatte	82	82	80	94	83	97	80	50	90	100	83	76	92	85

Tabell 13: Andel ledere nivå 2-4 som for 2021 svarer «ja» på spørsmål om krav til internkontroll relatert til personvern og informasjonssikkerhet ivaretas (prosent av totalt antall svar)

4.5 Egenvurdering - område Systemeier IKT og MTU

Grønn: Mer enn 90 % av lederne svarer ja / Gul: Fra 70 til 89 % av lederne har svart ja / Oransje: Fra 50 til 69 % av lederne har svart ja / Rød: Fra 1 til 49 % av lederne har svart ja

Tema	Spørsmål	BUK	DDT	FID	FMD	KD	KK	MHD	PHR	STAB	ØD	MD	OK	Ahus
1. Organisering, ansvar og myndighet	A) Som systemeier ivaretar jeg de oppgaver og ansvar som ligger til systemeierrollen innen personvern og informasjonssikkerhet	100	100	100	100	100	100	100	100	50	100	100	100	92
	B) Alle systemer jeg er systemeier for, har en systemansvarlig (Systemansvarlig for alle MTU ved Ahus er DDT/MTE/MT)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
2. Retningslinjer og prosedyrer	A) Jeg har satt meg inn i retningslinjer og prosedyrer som gjelder for mitt ansvar som systemeier.	0	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	92
3. Kompetanse og opplæring	A) Krav til opplæring er fastsatt for alle funksjoner, og opplæringen er dokumentert	0	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	100	85
4. Regelverk og faglige normerende dokumenter	A) Jeg har kjennskap til de normerende dokumentene Mål og strategi for informasjonssikkerhet i Helse Sør Øst RHF og Norm for informasjonssikkerhet i helsesektoren	0	100	100	100	0	100	100	100	100	100	100	100	85
5. Mål	A) Det foreligger en gyldig tjenesteavtale med tjenestebeskrivelse for IKT-system som jeg er systemeier for	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	B) Jeg vet hvilke opplysninger som behandles i IKT-systemer og MTU jeg er systemeier for, og hva opplysningene benyttes til	0	100	100	100	0	100	100	0	50	0	0	100	54
	C) Jeg har signert databehandleravtale med leverandører som behandler våre opplysninger (lagrer, endrer, sletter, tar backup og overfører opplysninger). PS! Inkluderer ikke Sykehuspartner	0	100	100	100	0	100	100	0	50	0	0	100	54
6. Risiko	A) Jeg har oversikt over risiko og muligheter i mitt ansvarsområde som systemeier, og gjennomfører ROS (risiko og sårbarhetsanalyse) der dette er nødvendig	100	100	100	100	0	100	100	100	50	100	100	100	85
	B) Jeg vurderer og godkjenner tiltaksplaner som fremkommer etter en risikovurdering	0	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	92
	C) Jeg følger opp at tiltak beskrevet i tiltaksplaner lukkes ihht plan, slik at akseptabel restrisiko oppnås	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
7. Håndtering av uønskede hendelser/avvik	A) Jeg behandler og følger opp uønskede IKT-relaterte hendelser/avvik som gjelder systemer som jeg er systemeier for	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
8. Oppfølging og rapportering	A) Jeg følger opp at tilganger i IKT-systemer og MTU jeg er systemeier for er oppdaterte og korrekte	0	100	100	100	0	100	100	100	100	100	0	100	77
	B) Jeg følger opp at databehandlinger som gjøres i IKT-systemer som behandler [særlige kategorier av] personopplysninger tilfredsstiller Normens krav	0	100	100	100	0	100	100	100	50	100	0	100	69
	C) Jeg følger opp at en samlet sjekkliste fra Normen fylles ut, og vedlikeholdes, i mitt ansvarsområde for IKT-systemer jeg er systemeier for	0	0	100	100	0	0	100	100	50	100	0	100	54
9. Evaluering og forbedring	A) Jeg følger opp implementering av prosessen for endringskontroll.	0	100	100	100	0	100	100	100	100	100	100	100	85
	B) Jeg følger opp at tiltak virker som forutsatt slik at rapporterte avvik ikke oppstår igjen	100	100	100	100	0	100	100	100	100	100	100	100	92

Tabell 14: Andel IKT-/MTU-systemeiere som for 2021 svarer «ja» på spørsmål om krav til internkontroll relatert til systemeierskap ivaretas (prosent av totalt antall svar)

4.6 Egenvurdering - område Forskning

Grønn: Mer enn 90 % av lederne svarer ja / Gul: Fra 70 til 89 % av lederne har svart ja / Oransje: Fra 50 til 69 % av lederne har svart ja / Rød: Fra 1 til 49 % av lederne har svart ja

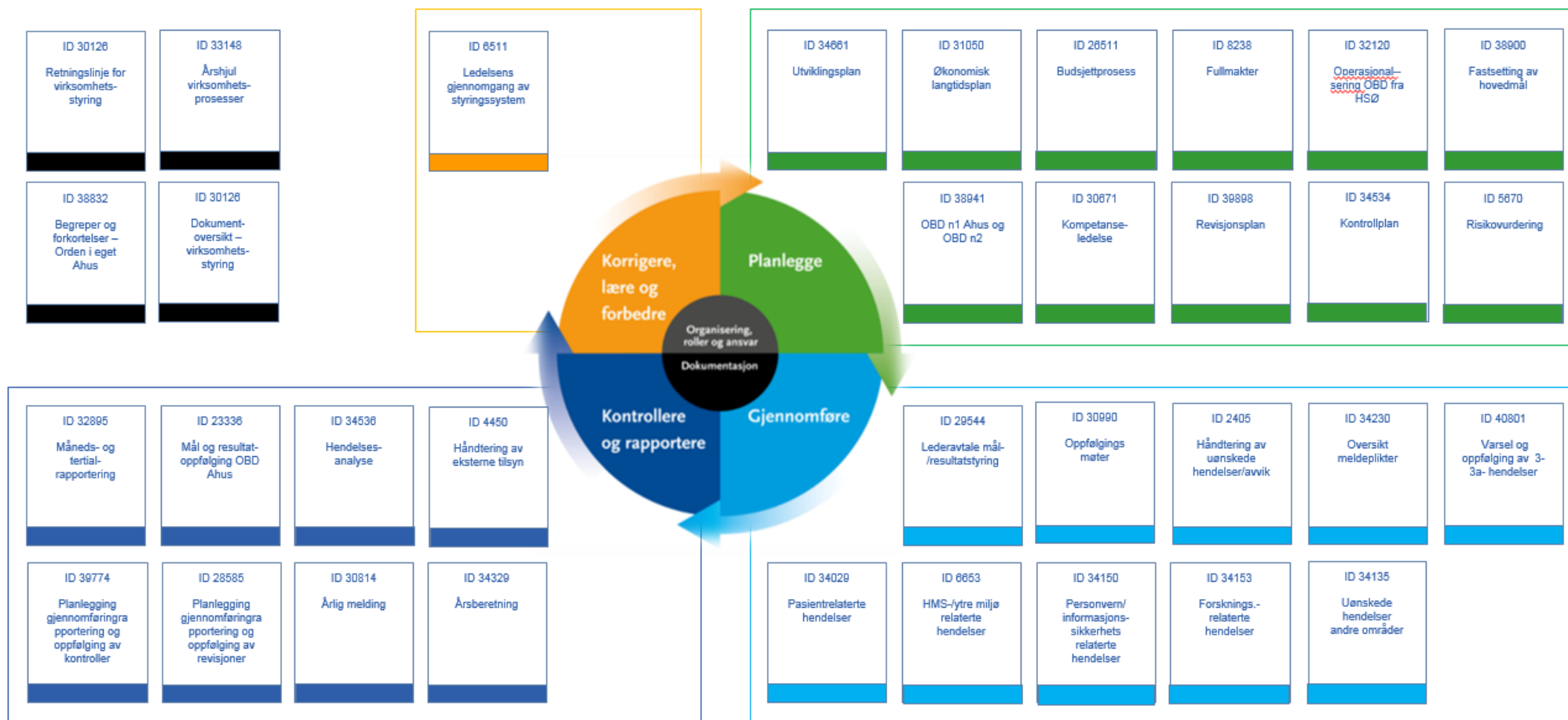
Tema		Spørsmål										BUK	DDT	FID	KD	KK	MH	D	PHR	MD	OK	Ahus
1. Organisering, ansvar og myndighet	A) Jeg har satt meg inn i ansvars- og oppgavefordelingen for planlegging, gjennomføring og oppfølging av kvalitets- og forskningsprosjekter, samt; Roller og ansvar i kliniske legemiddelutprøvinger og utprøving av medisinsk utstyr	83	73	100	82	57	75	67	100	100	80											
	B) Jeg kjenner til oversikten over alle kvalitets- og forskningsprosjekter forankret i avdelingen gjennom eSkjema	83	67	100	53	71	100	81	92	100	78											
2. Retningslinjer og prosedyrer	A) Jeg har gjort meg kjent med prosedyrer og retningslinjer i EQS, inkludert «sjekkliste for planlegging, gjennomføring og avslutning av kvalitets- og forskningsprosjekter», under forskning og utvikling	83	67	100	71	29	75	62	100	100	73											
	B) Jeg bruker internettsidene «forskning og utvikling» for å finne relevant informasjon samt aktuelle maler og veiledere.	33	47	100	59	57	25	67	77	83	62											
3. Kompetanse og opplæring	A) Jeg følger opp at prosjektledere og prosjektmedarbeidere gjennomfører nødvendig opplæring innenfor forskning	83	47	100	59	57	50	81	85	83	70											
	B) Jeg deltar selv på aktuelle kurs og opplæring som gjelder ansvar i forskning	33	53	100	59	14	50	43	62	50	51											
5. Mål	A) Jeg har utarbeidet lokale mål og tiltak for arbeid med forskning	50	67	100	47	14	50	62	69	83	60											
6. Risiko	A) Jeg sørger for at kvalitets- og forskningsprosjekter med høy personvernisiko gjennomfører en fullstendig personvernkonsekvensvurdering (DPIA)	50	60	40	71	43	25	71	85	83	65											
	B) Jeg setter inn tiltak dersom det avdekkes risiko for svikt, feil eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav	83	80	40	82	57	75	86	100	83	81											
	C) Jeg vurderer og tar stilling til de tiltak og tilbakemeldinger fra personvernombud som fremgår av personvernkonsekvensvurderingen (DPIA)	83	60	40	76	43	75	86	92	83	74											
7. Håndtering av uønskede hendelser/avvik	A) Jeg behandler og følger opp uønskede forskningsrelaterte hendelser/avvik hvor jeg selv er meldingsansvarlig	67	87	40	88	57	50	81	100	83	80											
	B) Jeg følger opp saker som meldes til felles redelighetsutvalg dersom dette blir aktuelt	50	47	40	76	43	75	76	100	83	69											

Ledelsens gjennomgang av styringssystem 2021

	C) Jeg er kjent med mitt ansvar i saker hvor det foreligger mistanke om brudd på anerkjente forskningsetiske normer	67	60	40	76	57	50	71	100	83	71
8. Oppfølging og rapportering	A) Jeg sørger for at alle nødvendige godkjenninger internt og eksternt er på plass før kvalitets- og forskningsprosjekter igangsettes (for eksempel personvern vurdering, REK godkjenning, Statens legemiddelverk etc)	83	60	40	76	43	50	76	92	83	71
	B) Jeg følger opp at det innhentes nye godkjenninger dersom det skjer endringer i kvalitets- og forskningsprosjektet underveis (endringsmeldinger), bl.a. til REK og i eSkjema	67	53	40	71	43	50	67	92	83	66
	C) Jeg sørger for at forskere i min avdeling melder alle forsknings- og kvalitetsprosjekter i eSkjema før igangsettelse	83	67	40	71	29	50	71	92	83	69

Tabell 15: Andel ledere nivå 2-4 som for 2021 svarer «ja» på spørsmål om krav til internkontroll relatert til forskning ivaretas (prosent av totalt antall svar)

4.7 Oversikt over styringssystemet Orden i eget Ahus



Figur 4: Styringssystemet Orden i eget Ahus

Akershus universitetssykehus HF

Besøksadresse: Sykehusveien 25, Lørenskog
Postadresse: Postboks 1000, 1478 Lørenskog
Telefon: 67 96 00 00
Epost: postmottak@ahus.no

Styresak

Dato dok.: 20.04.2022
Møtedato: 27.04.2022
Vår ref.: 21/13915-14
Vedlegg: Protokoll 31.03.2022

Administrerende direktør

Postadresse: 1478 LØRENSKOG
Telefon: +47 67 96 00 00

Sak 34/22 Protokoll fra foretaksmøte 31.03.2022

Det ble avholdt foretaksmøte 31.03.2022. Protokoll er vedlagt.

Administrerende direktørs innstilling til vedtak:

Styret tar saken til etterretning.

Øystein Mæland
Administrerende direktør

Dokumentet er elektronisk godkjent

**PROTOKOLL
FRA
FORETAKSMØTE I AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS HF**

Torsdag 31. mars 2022 klokken 11:15 ble det avholdt foretaksmøte i Akershus universitetssykehus HF. Møtet ble gjennomført digitalt, som felles foretaksmøte for helseforetakene i Helse Sør-Øst.

Dagsorden:

1. Foretaksmøtet konstitueres
2. Dagsorden
3. Tiltak i forbindelse med ankomst av flyktninger fra Ukraina

Til stede var:

Helse Sør-Øst RHF, 100 % eier av foretaket, representert ved administrerende direktør Terje Rootwelt, på fullmakt for styreleder Svein Gjedrem. Han ledet også møtet.

I tillegg møtte fra administrasjonen i Helse Sør-Øst RHF:

Eierdirektør Tore Robertsen, som også førte protokollen

Fra styret i Akershus universitetssykehus HF møtte:

Styreleder Morten Dæhlen

I tillegg møtte fra administrasjonen i Akershus universitetssykehus HF:

Administrerende direktør Øystein Mæland

Foretakets revisor var varslet i samsvar med helseforetaksloven.

Riksrevisjonen var varslet i samsvar med riksrevisjonsloven.

Sak 1: Foretaksmøtet konstitueres

Som øverste eiermyndighet og møteleder ønsket administrerende direktør Terje Rootwelt velkommen og spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

Styreleder Morten Dæhlen ble valgt til å underskrive protokollen sammen med møteleder.

Foretaksmøtet vedtok:

Innkallingen godkjennes. Foretaksmøtet er lovlig satt.

Sak 2: Dagsorden

Administrerende direktør Terje Rootwelt spurte om noen hadde merknader til den utsendte dagsorden. Det var ingen merknader til dagsorden.

Foretaksmøtet vedtok:

Dagsorden godkjennes.

Sak 3: Tiltak i forbindelse med ankomst av flyktninger fra Ukraina

Krigen i Ukraina har ført til at Norge må være forberedt på en stor flykningetilstrømming. Beregningsutvalget for utlendingsforvaltningen la 15.3.22 fram et foreløpig scenario for at det kan komme 30 000 asylsøkere fra Ukraina i 2022. Regjeringen legger beredskapsplaner for at tallet kan bli høyere.

Den store flykningetilstrømmingen vil få betydning for spesialisthelsetjenesten, som må ta høyde for økt tilstrømming til tjenesten både i ankomstfasen og senere når flyktingene er bosatt i en kommune. Det bes om at kapasiteten til å gjennomføre tuberkulosekontroll oppjusteres, jf. forskrift om tuberkulosekontroll. Tuberkuloseundersøkelsen er pålagt for alle flyktninger og asylsøkere. Det vurderes endringer i forskriften.

Tjenesten vil møte en rekke utfordringer i forbindelse med flykningetilstrømmingen, bl.a. knyttet til manglende dokumentasjon om sykdom og tidligere behandling, behov for ekstraordinære smitteverntiltak, særlige behov for tjenester innenfor psykisk helse og veiledning av kommunehelsetjenesten innen traume- og krisehåndtering.

Spesialisthelsetjenesten blir bedt om å ta imot medisinsk evakuerte pasienter fra Ukraina (Medevac), som evakueres fra Ukrainas naboland eller andre europeiske land som trenger avlastning for slike pasienter. Dette vil være alvorlig syke pasienter, hvorav noen vil følges av pårørende.

Som ledd i en europeisk kartlegging er det meldt inn en kapasitet på om lag 550 senger. Hvor mange pasienter som vil ha behov for slik forflytning er foreløpig uklart, og i en første fase legges det til rette for mottak av 100 pasienter og ev. medfølgende pårørende.

Det kan legges til grunn at kostnadene for behandling av medisinsk evakuerte pasienter fra Ukraina vil bli dekket. Det forutsettes at det etableres registreringsløsninger. Videre vil det bli vurdert om det er behov for å kompensere spesialisthelsetjenesten for ekstrabelastning som følge av den økte flyktningetilstrømmingen, herunder ekstrakostnader knyttet til økt kapasitet for tuberkulosescreening.

Foretaksmøtet vedtok:

Helseforetaket bes om å:

- *forberede seg på en stor flyktningetilstrømming fra Ukraina, og i den forbindelse blant annet sikre stor nok kapasitet til tuberkulosescreening.*

Møtet ble hevet klokken 11:25.

Oslo, 31. mars 2022.

Administrerende direktør
Terje Rootwelt
Helse Sør-Øst RHF

Styreleder Morten Dæhlen
Akershus
universitetssykehus HF

Protokollen er elektronisk godkjent og har derfor ikke håndskrevne signaturer

Styresak

Dato dok.: 20.04.2022

Administrerende direktør

Møtedato: 27.04.2022

Vår ref.: 22/01640-10

Postadresse: 1478 LØRENSKOG

Telefon: +47 67 96 00 00

Vedlegg: Årsplan 2022

Sak 35/22 Årsplan styresaker

Oppdatert årsplan for 2022 legges frem for styret til orientering.

Administrerende direktørs innstilling til vedtak:

Styret tar oppdatert årsplan til orientering.

Øystein Mæland
Administrerende direktør

Dokumentet er elektronisk godkjent

Årsplan for styret i Akershus universitetssykehus HF 2022

Dato	Til beslutning	Til orientering	Seminar
14.02.2022 Sted: Ahus Nordbyhagen	- Godkjenning av protokoll - Rapport pr. 3. tertial 2021 - Årlig melding 2021 - Rullering av økonomisk langtidsplan 2023-26 - Bygge- og eiendomsprosjekter per 3. tertial 2021 - Flytting og utvidelse av BUP Follo - Protokoll fra foretaksmøte 16.12.2021 - Protokoll fra styremøter HSØ 16.12.2021 og 10.02.2022	- Årsplan styresaker - Status for oppfølging av styrevedtak 3. tertial 2021 - Orientering fra brukerutvalget Administrerende direktørs orienteringer: <i>Pilotstudie av screening for lungekreft med lavdose CT (Haseem Ashraf)</i> <i>Responstid ved akutte keisersnitt – når minuttene teller (Eva Øverland)</i> <i>Oppdatering av utviklingsplanen</i> <i>Revisjonsplan 2022 for Konsernrevisjonen</i>	Foretaksmøte og felles styresamling Helse Sør-Øst 15. og 16. februar
25.03.2022 Sted: Quality hotel Olavsgaard	- Godkjenning av protokoll - Rapport pr. februar 2022 - Disponering av overskudd ut over 175 mill. kr i 2021 - Oppdrag og bestilling 2022 - Fullmakt til inngåelse av samspillskontrakt - Protokoll fra foretaksmøter 15. og 16.02.2022 - Protokoll fra styremøte HSØ 10.03.2022	- Årsplan styresaker - Orientering fra brukerutvalget Administrerende direktørs orienteringer: <i>Tilsyn og revisjoner</i>	Styreseminar 24.03. kl. 16 - Inntektsmodell - Konsekvenser utfasing av bydelers
27.04.2022 Sted: Ahus Nordbyhagen	- Godkjenning av protokoll - Årsberetning 2021 med regnskap - Rapport pr. mars 2022 - Foretakets innspill til økonomisk langtidsplan 2023-26 - Oppdatering av utviklingsplanen - Årlig gjennomgang av internkontroll 2021 - Protokoll fra foretaksmøte 31.03.2022	- Årsplan styresaker - Orientering fra brukerutvalget Administrerende direktørs orienteringer: <i>Translasjonell forskning på multippel sklerose – immunforsvarets roller (Rune Høglund)</i> <i>Varslingsutvalgets årsrapport 2021</i>	

Dato	Til beslutning	Til orientering	Seminar
24.05.2022 Sted: Ahus Kongsvinger	• Godkjenning av protokoll • Rapport pr. 1. tertial 2022 • Bygge- og eiendomsprosjekter per 1. tertial 2022 • Protokoll fra styremøte HSØ 28.04.2022	- Årsplan styresaker - Status for oppfølging av styrevedtak 1. tertial 2021 - Orientering fra brukerutvalget Administrerende direktørs orienteringer: - <i>Forskningsprosjekt (Knut Magne Augestad)</i> - <i>Forbedringsprosjekt</i> - <i>Medarbeiderundersøkelsen ForBedring 2022</i>	
23.06.2022 Sted: Ahus Nordbyhagen	• Godkjenning av protokoll • Rapport pr. mai 2022 • Møteplan 2023 • Konseptfase for nytt kreft- og somatikkbygg • Konseptfase for nytt fellesbygg • Årsmelding 2021 for pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus • Protokoll fra foretaksmøte 01.06.2022	- Årsplan styresaker - Orientering fra brukerutvalget Administrerende direktørs orienteringer: - <i>Forskningsprosjekt (Max Temmesfeldt)</i> - <i>Forbedringsprosjekt (BUK)</i> - <i>Tilsyn og revisjoner</i>	
28.09.2022 Sted: Losby Gods	• Godkjenning av protokoll • Rapport pr. 2. tertial 2022 • Bygge- og eiendomsprosjekter per 2. tertial 2022 • Endelig økonomisk langtidsplan 2023-26 • Protokoll fra styremøte HSØ 23.06. og 25.08.2022 • Innspill til konsernrevisjonen • Fastsettelse av lønn for administrerende direktør	- Årsplan styresaker - Orientering fra brukerutvalget Administrerende direktørs orienteringer: - <i>Forbedringsprosjekt</i>	Styreseminar 27.9. kl. 16 - Budsjett 2023 - Styrets egnevaluering

Dato	Til beslutning	Til orientering	Seminar
26.10.2022 Sted: Ahus Gardermoen	• Godkjenning av protokoll • Rapport pr. september 2022 • Forslag til investeringsbudsjett 2023 • Protokoll fra styremøte HSØ 29.09. og 20.10.2022	- Årsplan styresaker - Orientering fra brukerutvalget Administrerende direktørs orienteringer: - <i>Forskningsprosjekt</i> - <i>Forbedringsprosjekt</i> - <i>Tilsyn og revisjoner</i>	
12.12.2022 Sted: Ahus Nordbyhagen	• Godkjenning av protokoll • Rapport pr. oktober 2022 • Mål og budsjett 2023 • Årlig melding 2022, utkast til styrets plandokument • Revisjonsplan 2023 • Reviderte fullmakter • Oppnevning av nytt brukerutvalg for perioden 01.01.2023 - 31.12.2024 • Oppnevning av valgstyre for ansattrepresentanter til styret • Protokoll fra styremøte HSØ 17.11.2022	- Årsplan styresaker 2022 - Orientering fra brukerutvalget Administrerende direktørs orienteringer: - <i>Forskningsprosjekt</i> - <i>Forbedringsprosjekt</i> - <i>Tilsyn og revisjoner</i>	

Styresak

Dato dok.: 20.04.2022

Administrerende direktør

Møtedato: 27.04.2022

Vår ref.: 22/01642-3

Postadresse: 1478 LØRENSKOG

Telefon: +47 67 96 00 00

Sak 37/22 Administrerende direktørs orienteringer

Administrerende direktør ønsker å orientere om følgende saker:

1. Translasjonell forskning på Multippel sklerose – immunforsvarets roller (Rune Høglund)
2. Varslingsutvalgets årsrapport 2021

Administrerende direktørs innstilling til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Øystein Mæland
Administrerende direktør

Dokumentet er elektronisk godkjent

1. Translasjonell forskning på Multippel sklerose – immunforsvarets roller (Rune Høglund)

Multippel sklerose er en sykdom som rammer sentralnervesystemet til de som bli rammet. Det anslås at flere 11 000 nordmenn lever med sykdommen. På Akershus universitetssykehus er det i snitt ett nytt tilfelle i uken. Da det ikke finnes noen kur og sykdommen er livslang, er mye forskning rettet mot forebygging. Dette handler enten om å stoppe sykdommen før den utvikles, eller stanse videre utvikling hos de som rammes. Det meste tyder på at immunforsvaret spiller en viktig rolle for i alle stadier av sykdommen. Moderne behandling dreier seg derfor om å undertrykke større deler av dette for å få kontroll på skadene som ellers forårsakes i nervesystemet. Behandlingen kan være kostbare, og medfører betydelige bivirkninger for pasientene.

Et viktig skritt for framtidig MS behandling vil være å finne det antatte av mindretallet av immunceller som driver sykdomsprogresjonen. På Ahus gjøres dette ved translasjonell forskning. Pasienter i alle stadier av sykdommen rekrutteres til forskjellige prosjekter for å lære mer om fellesnevner og forskjeller. Pasientene bes om samtykke om å donere blod og helst spinalvæske for å komme nærmest mulig der sykdommen faktisk foregår, nemlig i hjernen og ryggmargen.

Cellene undersøkes med et bredt repertoar av metoder som er mulig- og tilgjengeliggjort av Epigen lokalt, og kjernefasiliteter i Helse Sør-Øst regionalt. I tidligere prosjekter har forskningsgruppen sekvensert store mengder celler fra syke individer og lært mer om sykdomsspesifikke egenskaper til både B og T celler ved hjelp av moderne statistiske metoder og kunstig intelligens. I pågående prosjekter ønsker man å ta dette videre ved hjelp av helt nye enkeltcelle-sekvenseringsmetoder som gir nye lag med informasjon i hver eneste celle som kommer fra pasientene. Målet er naturligvis å finne de skyldige cellene på gruppenivå, slik at terapien kan målrettes mot deres sykdom.

Forskningen avhenger av en kontinuerlig satsning på nærhet mellom klinikk og laboratorievirksomhet. Dette er muliggjort gjennom satsning på forskning innad i Nevroklubikken og på Epigen, samt tilgang til godt utviklede kjernefasiliteter i helseregionen.

2. Varslingsutvalgets årsrapport 2021

Varslingsutvalget har følgende sammensetning:

Hilde Alstad (direktør foretakssekretariatet) (leder)

Finn W. Halvorsen (foretakshovedtillitsvalgt)

Karl-Helge Storhaug (foretaksrevisor, foretaksrevisjonen)

Foretakssekretariatet har flere roller og ansvar i oppfølging og behandling av varslingsaker. Det ble derfor i 2021 gjort en endring i foretakssekretariatets representasjon i varslingsutvalget. Hilde Alstad overtar som leder og ivaretar sekretariatsfunksjonen i utvalget. Foretaksjurister/advokater i foretakssekretariatet, vil ved behov kunne gi råd og veiledning til linjen, saksbehandle juridiske problemstillinger på oppdrag fra varslingsutvalget samt gjennomføre granskninger på oppdrag fra utvalget eller administrerende direktør. Ved denne endringen skiller man på rollene hvor man som medlem i utvalget skal behandle granskningsrapporter, og rådgiver/veileder til den ansvarlige i linjen for gjennomføringen av granskningen, som sammenfattes i rapport som oversendes varslingsutvalget til behandling. Rrahman Mjaki (foretakssekretariatet) har frem til august 2021 vært leder av varslingsutvalget.

I perioden fra 1. januar til 31. desember 2021 mottok Akershus universitetssykehus syv nye varsler som ble videreformidlet til varslingsutvalget. I tillegg ble fem av sakene mottatt i 2020 videreført for behandling i 2021, slik at varslingsutvalget totalt har hatt befatning med 12 varsler i løpet av 2021:

- fire av varslene har blitt behandlet av linjen etter mobbe- og trakasseringsrutinen
- én av varslene har blitt behandlet av linjen etter kvalitetsprosedyrer for pasienthendelser
- syv av sakene har blitt behandlet i tråd med varslingsrutinen
- varslene kan kategoriseres slik:
 - o kritikkverdige forhold knyttet til pasientbehandling: 1
 - o kritikkverdige forhold ved arbeidsmiljøet: 8
 - o mulig brudd på anerkjente forskningsetiske normer: 1
 - o andre forhold: 2
- i tre av sakene har varslingsutvalget mottatt klager på saksbehandlingen

Følgende enheter har hatt ansvaret for å saksbehandle overnevnte tolv saker:

- linjeledelsen: 11
- foretakssekretariatet: 1

Ti av sakene ble ferdigbehandlet innen utgangen av 2021, og to av sakene har blitt overført for videre behandling i 2022.

Til sammenligning mottok helseforetaket følgende antall varsler tidligere år:

2015: 6
2016: 6
2017: 18
2018: 15
2019: 9
2020: 14

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid, regnet fra varslingsutvalgets mottak av varsel og frem til ferdigstilt rapport, har for de fem sakene ferdigbehandlet etter varslingsrutinen, vært 4,4 måneder. Dette er en økning sammenliknet med 2020 hvor saksbehandlingstiden var 3,35 måneder.

Andre aktiviteter i 2021

- Innlegg/foredrag i ny som leder-programmet 21. april og 20. oktober, samt på storledermøte i DDT 26. mai
- Behandling av innsynsbegjæringer ved hjelp av foretakssekretariatet
- Oppdatering av rutinen som følge av endringer i arbeidsmiljøloven. Ny ordlyd i pkt 3.2.0 «Twister om brudd på forbudet mot gjengjeldelse etter § 2 A-4 kan bringes inn for Diskrimineringsnemnda. Dette gjelder likevel ikke saker om oppsigelse eller avskjed»
- Oppdatering av rutinen og retningslinjen slik at varsler om mulig «brudd på anerkjent forskningsetiske normer» skal behandles etter varslingsrutinen. I de tilfeller hvor man mottar et slikt varsel skal avdeling forskningsstøtte tre inn i varslingsutvalget ved behandling av innkommet varsel, og av påfølgende rapport etter gjennomført granskning