

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

Møtenavn:	Styremøte 1/2019
Dato møte:	15. februar 2019
Møtetid:	Klokken 10.00 – ca. 15.00
Møtested:	Radiumhospitalet, seminarrom 1 og 2.

-
- 1/2019 Godkjenning av innkalling og sakliste
 - 2/2019 Rapportering
 - 3/2019 Årlig melding 2018
 - 4/2019 Strategi for Oslo universitetssykehus 2019 - 2022
 - 5/2019 Presentasjon fra Pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus
 - 6/2019 Storbylegevakt i Oslo – kostnadskontroll og styring
 - 7/2019 IKT i Oslo universitetssykehus
 - 8/2019 Virksomhetsoverdragelse av Regionalt senter for kliniske IKT-løsninger
 - 9/2019 Status oppfølging av styresaker
 - 10/2019 Plan for styret
 - 11/2019 Administrerende direktørs orienteringer
 - 12/2019 Protokoll fra styremøtet 15. februar 2015

Gunnar Bovim
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 15. februar 2019
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Sakliste
Protokoll fra styremøte 14. desember 2018

SAK 1/2019 GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Oslo, den 8. februar 2019

Gunnar Bovim
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Protokoll

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	14. desember 2018
Dato møte:	14. desember 2018 kl. 8.00 – 10.45 på Radiumhospitalet i Oslo
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

Tilstede: Gunnar Bovim (møteleder) Else Lise Skjæret-Larsen, Svein Erik Urstrømmen, Aasmund Magnus Bredeli, Tore Eriksen, Anne Carine Tanum, Berit Kjøll, Svein Stølen

Forfall: Ingen

Til stede fra administrasjon: Bjørn Erikstein, Sølvi Andersen, Morten Reymert, Kjell Magne Tveit, Erlend Smeland, Øystein Solheim Lien, Børge Einrem, Einar Hysing m.fl.

Tilstede ellers: Tove Nakken og Kim Fangen fra brukerutvalget, publikum

Sak 79/2018 Godkjenning av innkalling og sakliste

Styremedlemmene Svein Erik Urstrømmen, Else Lise Skjæret-Larsen og Aasmund M. Bredeli ønsket å gjøre tilføyelser til sin protokolltilførsel fra 6. desember 2018. Styret behandlet forslaget under sak 79/2018.

Vedtak:

1. Styret godkjenner innkalling og sakliste.
2. Styret godkjenner justert protokoll fra styremøtet 6. desember 2018.

Sak 80/2018 Rapport

Vedtak:

Styret tar rapporteringen til orientering.

Sak 81/2018 Budsjett 2019

Vedtak:

1. Styret vedtar budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2019 slik det fremgår av tabellene 1, 2 og 3 i styresak 81/2018. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å disponere budsjettet i samsvar med beslutninger i foretaksmøte for Oslo universitetssykehus HF, vedtak i styret i Oslo universitetssykehus HF og gitte fullmakter. Styret ber administrerende direktør legge de vedlagte investeringsplanene til grunn for investeringene i 2019.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å ta opp langsiktige lån fra Helse Sør-Øst RHF og inngå nødvendige leieavtaler for å finansiere investeringer i samsvar med tabell 3.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt innenfor investeringsrammen, til å anskaffe elektronisk logistikk og kvalitetssystem for Sterilavdelingen, en linac og to computertomografer som, inkludert utgifter til ombygging, har estimert anskaffelseskostnad på om lag 20 millioner kroner for hver anskaffelse. Fullmakten forutsetter at administrerende direktør først har fått godkjent anskaffelsene fra Helse Sør-Øst RHF dersom det er nødvendig.

Styremedlemmene Svein Erik Urstrømmen, Else Lise Skjæret-Larsen og Aasmund M. Bredeli ønsket følgende ført til protokollen i sak 81/2018:

"Styrerepresentantene Svein Erik Urstrømmen, Aasmund Magnus Bredeli og Else Lise Skjæret-Larsen fremmet forslag om et alternativt forslag til første setning i punkt 1 i vedtaket:

Styret vedtar budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2019 med et justert resultatmål på 60 millioner.

Det alternative vedtaket fikk 3 mot 5 stemmer.

Styremedlemmene Svein Erik Urstrømmen, Aasmund Magnus Bredeli, og Else Lise Skjæret-Larsen stemte mot setning en i vedtakespunkt 1 i sak 81/2018 og viser til følgende:

Undertegnede styrerepresentanter er svært bekymret for om budsjettforslaget for 2019 er gjennomførbart i henhold til sykehusets oppgaver som gis i oppdragsdokumentet. Effektiviseringskravet og det tilhørende økonomiske resultatkravet synes for oss urealistisk.

Investeringsbudsjettet er styrket, men imidlertid er deler av de foreslåtte investeringene avhengig av betydelig effektiviseringstiltak og resultatkrav gitt i driftsbudsjettet.

Sykehuset er i en vanskelig økonomisk situasjon med store utfordringer i driftsituasjonen inkludert planlagt økt kapasitet innenfor enkelte fagområder, for eksempel hjerneslagbehandling og overtakelse av aktivitet fra private aktører.

Samlet har klinikkene store negative budsjettavvik ved utgangen av 2018 i størrelsesorden på om lag 280 millioner. Effektiviseringskravet for 2019 ligger på omkring 2,5 %. Mange klinikker har usalderte driftsbudsjetter og budsjettforslaget mangler konkrete tiltak og planer for å oppfylle budsjettmålet. Det synes å være liten grad av samordning av effektiviseringstiltakene på tvers av klinikkene.

Økte inntekter som følge av nytt gjestepasientoppgjør innenfor laboratorie – og radiologiområdet bør tilføres driften for å redusere driftsutfordringene i klinikkene. Styrerepresentantene stiller seg tvilende til om sykehuset er i stand til å håndtere aktivitetsveksten og tilhørende effektiviseringskrav innenfor den foreslåtte budsjettrammen.

Ved å redusere resultatmålet for 2019 fra 200 millioner til 60 millioner vil investeringsbudsjettet kunne opprettholdes samtidig som de økonomiske driftsforutsetningene vil bedres.

Til tross for planlagt økt bemanning innenfor enkelte fagområder, vil effektiviseringstiltakene føre til at aktivitetsveksten samlet sett må håndteres av færre ansatte.

Støttetjenestene har blitt redusert over lang tid. Dette medfører feil kompetansebruk og bidrar til å svekke driftseffektiviteten. Styrerepresentantene er bekymret for at effektiviseringstiltakene i driften vil medføre redusert tilbud for pasientene med fare for redusert kvalitet i pasientbehandlingen, dårligere pasientsikkerhet og økt arbeidsbelastning med arbeidsmiljømessige negative konsekvenser for de ansatte.

Dette vil mange steder bety et økende gap mellom pasientenes behov for omsorg og sykepleie i forhold til tilgjengelig bemanning og kompetanse. Samtidig vil en marginal bemanningssituasjon redusere muligheten for kompetanseutvikling og utdanning slik at sykehuset kan komme i en situasjon der det blir mer krevende å rekruttere, utvikle og beholde kompetanse. Antall utdanningsstillinger må økes for å dekke fremtidig kompetansebehov og sikre kvalitet i pasientbehandlingen. Styrerepresentantene er bekymret for at ny LIS utdanning skal implementeres uten at det er satt av budsjettmidler til dette.

Styrerepresentantene vil særskilt peke på de økonomiske utfordringene til klinikk PHA. På den ene siden er det tilført friske midler for å ivareta den ønskede utvikling innenfor psykiatrien i tråd med departementets føringer, men krav til effektivisering og usaldert driftsbudsjett bidrar til bekymring for om klinikken har mulighet til å utøve de lovpålagte oppgavene.

For øvrig vises det til drøftingsprotokoller fra klinikkene og fra de enkelte organisasjonene."

Sak 82/2018 Bortfeste til oppføring av modulbygg på Lørenskog

Vedtak:

1. Styret godkjenner bortfeste av deler av eiendommen gnr 113 bnr 363, Sykehusveien 19 til oppføring av modulbygg på Lørenskog og ber administrerende direktør om å gjennomføre bortfeste.

2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å fremforhandle og inngå en leieavtale i modulbygget på Lørenskog.

Sak 83/2018 Valgstyre for valg av ansattevalgte til styret

Vedtak:

Styret oppnevner følgende valgstyre til valget av styremedlemmer av og blant de ansatte:

Ida Merete Skaug, vara Tone Hagedal Wright
Bente Aasen, vara Esther Nygård Norseth
Vegard Nøtnes, vara Anette Røkholt
Truls Gamnes, vara Line Torkildsen
Berit Averstad, vara Mette Neergård
Kjersti Baksaas-Aasen, vara Øystein Undseth
Tove Røsten, vara Karina Torsæter
Brynhild Asperud

Sak 84/2018 Plan for styrets arbeid

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 85/2018 Administrerende direktørs orienteringer


Vedtak:

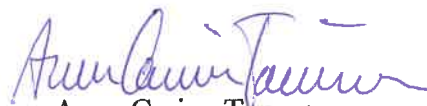
Styret tar saken til orientering.

Sak 86/2018 Godkjenning av protokoll fra møte 14. desember 2018

Vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 14. desember 2018.



Gunnar Bovim
styreleder


Anne Carine Tanum
nestleder



Berit Kjøl


Else Lise Skjæret-Larsen


Svein Stølen


Aasmund Magnus Bredeli


Svein Erik Urstrømmen


Tore Eriksen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 15. februar 2019

Saksbehandlere: Visestyrerende direktør økonomi og finans
Direktør fag, pasientsikkerhet og samhandling

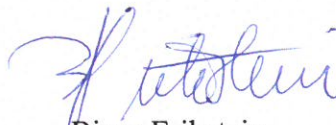
Vedlegg: 1. Risikovurdering
2. Tabellvedlegg
3. Periodisert budsjett 2019, drift og kontantstrøm

SAK 2/2019 RAPPORTERING DESEMBER 2018 OG PERIODISERT BUDSJETT 2019 MV

Forslag til vedtak:

- 1. Styret tar rapportering for desember 2018 til orientering.*
- 2. Styret tar risikovurdering for 1. tertial 2019 til etterretning.*

Oslo den 8. februar 2019



Bjørn Erikstein

Innhold

1. Innledning.....	3
2. Sammendrag.....	3
3. Administrerende direktørs vurderinger	4
4. Tilgjengelige helsetjenester.....	5
4.1. Status ventetider	5
4.2. Passert planlagt tid.....	5
4.3. Status fristbrudd.....	5
4.4. Epikrisetid.....	6
4.5. Pakkeforløp for kreftpasienter	6
5. Pasientbehandling.....	8
5.1. Aktivitet somatikk (ISF-poeng).....	8
5.2. Aktivitet psykisk helsevern for voksne	8
5.3. Aktivitet psykisk helsevern for barn og unge.....	9
5.4. Aktivitet tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).....	9
5.5. Uønskede hendelser og avvikshåndtering	9
5.6. Varsel til Statens helsetilsyn etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a	10
5.7. Meldinger til Helsedirektoratet § 3-3	10
5.8. Klage og tilsynssaker om forsvarlighet i pasientbehandlingen	10
5.9. Medias innsyn i saker	10
5.10. Brukerundersøkelsen.....	11
6. Samhandling.....	11
6.1. Brukermedvirkning.....	11
6.2. Pasient-og pårørendeopplæring	11
6.3. Implementering av anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus, i hovedstadsområdet og på nasjonalt nivå.....	12
6.4. Utvikling av «Oslo-standard» for ivaretagelse av skrøpelige multisyke eldre.....	12
7. Økonomi.....	12
7.1. Budsjettet overskudd i 2018.....	12
7.2. Pensjonskostnad i 2018	12
7.3. Rapportert resultat	13
7.4. Gjennomføring av virksomheten – effekt av tiltak.....	14
7.5. Investeringer og finansiering av investeringer	14
7.6. Likviditet	16
8. Bemanning og sykefravær.....	16
8.1. Bemanningsutvikling.....	16
8.2. Sykefravær.....	17
9. Eksterne tilsyn.....	17
10. Revisjoner.....	18
11. Budsjett 2019 – resultat, investeringer og kontantstrøm	19
11.1. Periodisert resultatbudsjett.....	19
11.2. Gjennomføring av investeringer 2019	19
11.3. Kontantstrømsbudsjett	20

1. Innledning

I oppdragsdokument 2018 fra Helse Sør-Øst RHF fremgår det at virksomheten i Oslo universitetssykehus HF skal innrettes for å nå følgende overordnede styringsmål:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Målene skal nås innenfor vedtatt budsjett. Konkrete styringsmål for 2018 inngår i tabellvedlegget. I rapporteringen redegjøres det for styringsmålene hvor det rapporteres månedlige resultater. Rapporteringen utvides tertialvis og årlig med resultater for øvrige styringsmål.

Sammen med årlig melding og årsregnskap / årsberetning for 2018, som legges frem for styret til behandling i møte 28. mars 2019, gir denne styresaken en samlet rapportering for 2018 og risikovurdering for 1. tertial 2019.

Resultater for januar 2019 rapporteres til Helse Sør-Øst RHF 11. februar 2019.

2. Sammendrag

Gjennomgang av status og resultater for 2018 beskrives under.

- I 2018 var gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter 57 dager. Dette er en reduksjon på tre dager fra samme periode i 2017. Innenfor somatikken var ventetiden i gjennomsnitt for 2018 rett under det regionale målet på 57 dager, mens for psykisk helsevern var ventetiden lengre enn målet på 40 dager.
- For pasienter som venter på utredning/behandling var gjennomsnittlig ventetid 60 dager ved utgangen av 2018. Dette er en økning på 5 dager fra utgangen av 2017.
- Antall fristbrudd av ventende pasienter per utgangen av 2018 var 106. Dette er 11 flere enn rapportert ved utgangen av 2017.
- Antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer per utgangen av 2018 var 68, mot 14 ved utgangen av 2017.
- Andelen pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid var 60 prosent. Måltallet var 70 prosent.
- Registrert aktivitet innenfor somatikken var i 2018 1,6 prosent (3 984 ISF-poeng) lavere enn budsjettet.
- Innenfor psykisk helsevern for voksne var den rapporterte aktiviteten i 2018 lavere enn budsjettet for alle indikatorene. Innenfor psykisk helsevern for barn og unge var aktiviteten som budsjettet eller høyere. Den polikliniske aktiviteten innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling var høyere enn budsjettet, mens antall utskrevne pasienter var noe lavere enn budsjettet.
- Rapportert økonomisk resultat etter desember 2018 (foreløpig årsregnskap) viser et overskudd på 364 millioner kroner, mot et budsjettet overskudd på 175 millioner kroner. Dette gir et positivt budsjettavvik på 189 millioner kroner.
- Gjennomsnittlig antall brutto månedsverk for perioden januar til desember 2018 var 19 097. Dette var en økning på 233 fra samme 2017.

- Sykefraværet hittil i 2018 (til og med november) var 7,3 prosent, en økning på 0,1 prosentpoeng fra samme periode i 2017.
- Det ble registrert 28 956 uønskede hendelser og forbedringsforslag i 2018, hvilket er en økning på om lag 13 prosent. Det var små variasjoner i fordelingen mellom sakstyper og alvorlighetsgrad. 1,7 prosent av hendelsene ble oppgitt å ha konsekvens betydelig skade / død, mens 55 prosent ble antatt å ha ingen konsekvens. Innføring av tavlemøter og daglig risikostyring (Det grønne korset) er fortsatt medvirkende til bedre meldekultur.
- Det ble i 2018 sendt 343 000 SMS til pasienter med invitasjon om å gi sykehuset tilbakemelding på brukerundersøkelsen. Svarprosenten var på 28 prosent og av pasientene som svarte skrev 24 prosent en kommentar.
- Det ble gjennomført 25 eksterne tilsyn av ulike myndighetsorganer i 2018, mens revisjonsaktiviteten var begrenset.

3. Administrerende direktørs vurderinger

Sykehuset hadde jevnt over gode resultater innenfor ventelisteområdet i 2018. Resultatene innenfor pakkeforløp kreft var imidlertid betydelig svakere enn de nasjonale målene og svakere enn det de andre helseforetak oppnådde. Arbeidet med å bedre måloppnåelsen på dette området vil derfor få særskilt oppmerksomhet inntil resultatene er tilfredstillende.

Det er bekymringsfullt at aktiviteten innenfor somatikken i 2018 var lavere enn budsjettert. Store deler av aktivitetsavviket skyldes endringer som foretaket i liten grad kan påvirke, slik som tracheostomier (intensivområdet), reduksjon i organtransplantasjoner og endret medisinsk praksis innenfor hjerteområdet. Særlig innenfor transplantasjonsområdet må sykehuset opprettholde kapasiteten selv om donortilgangen varierer. På enkelte områder ble aktiviteten lavere enn budsjettert på grunn av noe manglende effekt av tiltak, herunder mangel på operasjonssykepleiere.

Selv om det har vært stor oppmerksomhet på prioritering av aktivitet innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling økte ikke antall polikliniske konsultasjoner like mye som lagt til grunn i budsjettet. Ventetiden gikk heller ikke ned så mye som forutsatt. Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien var det en stor vekst i døgnvirksomheten i regi av Front-teamene, som nok var med på å redusere behovet for polikliniske konsultasjoner.

Administrerende direktør er fornøyd med det økonomiske resultatet for 2018. Det foreløpige regnskapet for 2018 viser et overskudd på 364 millioner kroner, 189 millioner kroner mer enn budsjettert. En stor del av det positive avviket skyldes ikke-budsjetterte inntekter, herunder både effekt av nytt gjestepasientoppgjør innenfor laboratorie- og radiologiområdet og overførte inntekter fra overskudd i kliniske studier. Det positive økonomiske resultatet for 2018 bidrar til å øke foretakets investeringsevne de kommende årene.

Det er ønskelig at pasientene får mulighet til involvering i egen behandling der dette er mulig og hensiktsmessig. Både brukervedvirkning og pasient- og pårørendeopplæring vektlegges i klinikkene og er viktige virkemidler for å oppnå gode behandlingsresultater og øke pasientsikkerheten. Sykehuset følger også opp både interne og eksterne revisjons- og tilsynsmyndigheters pålegg for å trygge og sikre både pasienter og ansatte.

4. Tilgjengelige helsetjenester

4.1. Status ventetider¹

I Oppdragsdokumentet for 2018 har Helse Sør-Øst RHF stilt krav om at gjennomsnittlig ventetid innenfor somatikken skal være under 57 dager. Innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det satt som mål at gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager.

Isolert for desember var gjennomsnittlig ventetid for alle avviklede pasienter 54 dager og for hele 2018 er ventetid for alle avviklede pasienter 57 dager. Dette var tre dager mindre enn i 2017. Innenfor Klinikk for psykisk helse og avhengighet var gjennomsnittlig ventetid til avvikling i desember 40 dager og i gjennomsnitt for 2018 44 dager. Dette var en reduksjon på 2 dager fra samme periode i 2017.

For pasienter som venter på utredning/behandling var gjennomsnittlig ventetid per utgangen av desember 2018 60 dager, en økning på fem dager fra samme tidspunkt i 2017. Innenfor Klinikk for psykisk helse og avhengighet var gjennomsnittlig ventetid for ventende 36 dager. Dette var en økning på en dag sammenlignet med samme tidspunkt i 2017.

For hele 2018 var gjennomsnittlig ventetid til avvikling 57 dager for hele helseforetaket. Dette er tre dager mindre enn i 2017. Innenfor Klinikk psykisk helse og avhengighet var gjennomsnittlig ventetid til avvikling i 2018 44 dager, redusert fra 46 dager i samme periode i 2017, det vil si en reduksjon på to dager. Innenfor somatikken var ventetiden i 2018 rett under det regionale målet på 57 dager, mens den for psykisk helsevern var lengre enn målet på 40 dager.

4.2. Passert planlagt tid

Planlagt kontakt benyttes for å gi time til poliklinisk konsultasjon, innleggelse og annen kontakt i sykehuset. Indikatoren «passert planlagt tid» uttrykker sykehuset evne til god planlegging av drift. I Oslo universitetssykehus HF var det per desember 2018 en andel på 5,1 prosent med passert planlagt tid. På samme tidspunkt i 2017 var andelen 5,8 prosent. Det arbeides med å redusere antall pasienter med passert planlagt tid gjennom tett oppfølging innenfor alle fagområder.

4.3. Status fristbrudd²

Per utgangen av desember var det 106 fristbrudd for ventende pasienter. Sammenlignet med samme tidspunkt i 2017 er dette en økning på 11 fristbrudd. Årsaken til meldte fristbrudd var i stor grad feilregistreringer og mangelfull kvalitetssikring av registrerte data, utsettelse pga manglende kapasitet ifm jul og nyttår, forhold som knytter seg til registrering av PrEP-pasienter på Olafiaklinikken og samarbeid om pasienter som overføres fra Gynekologisk avdeling og Urologisk avdeling.

¹ Se tabellvedlegg 2.2

² Se tabellvedlegg 2.3

4.4. Epikrisetid³

For 2018 var det et nasjonalt mål at alle epikriser for døgnpasienter skulle være sendt innen 7 dager.

Innenfor somatikken ble 77 prosent av alle epikriser sendt innen sju dager etter utskrivelse. Sammenlignet med 2017 var dette en forbedring om 3-prosentpoeng, men andelen var 23-prosentpoeng lavere enn nasjonalt mål for andel epikriser sendt innen sju dager.

For pasienter innen psykisk helsevern var andelen epikriser sendt innen sju dager etter utskrivelse i 2018 på 77 prosent. Dette var 23-prosentpoeng lavere enn det nasjonale måltallet.

For pasienter innen tverrfaglig rus- og avhengighetsbehandling var andelen epikriser sendt innen sju dager i 2018 på 82 prosent. Dette var 2-prosentpoeng høyere enn for 2017 og 18-prosentpoeng lavere enn nasjonale måltall.

4.5. Pakkeforløp for kreftpasienter

Oslo universitetssykehus HF når ikke tilfredsstillende resultater når det gjelder de nasjonale målsettingene som er satt opp for pakkeforløp for kreft. Administrerende direktør har merket seg dette og gir høy prioritet til realisere en varig forbedring innenfor de målsettingene som er satt.

Andelen kreftpasienter som var inkludert i pakkeforløp i Oslo universitetssykehus HF var samlet sett nær den oppsatte normen på 70 prosent. Imidlertid var variasjonen betydelig mellom de ulike pakkeforløpene og rundt halvparten av forløpene burde inkludert en større andel av pasientene i pakkeforløp. Det var liten endring i dette bildet fra 2017 til 2018.

Halvparten av pakkeforløpene (13 av 26) i Oslo universitetssykehus HF hadde i 2018 tilfredsstillende andel som var innenfor normert tid fra start pakkeforløp (henvisning mottatt) til start behandling. Følgende forløp hadde en ikke tilfredsstillende andel innenfor normert tid og har hatt en negativ utvikling fra 2017 til 2018: Brystkreft, hode/hals-kreft, eggstokkreft, livmorhalskreft og lungekreft. I tillegg lå følgende forløp på et stabilt, men ikke tilfredsstillende nivå for andel innen normert tid: prostatakreft, nyrekreft, livmorkreft, kreft i bukspyttkjertel, kreft i skjoldbruskkjertel og primær leverkreft. Det var ulike forhold som var årsaken til ikke tilfredsstillende forløpstider i ulike pakkeforløp. Generelt er det likevel mulig å konstatere følgende: De rapporterte tallene fra de ulike fasene i forløpet viser at det som bidrar mest til negativ andel innen norm, er gjennomgående tidsbruken i første fase (dvs fram til start utredning) og i tredje fase (fra klinisk beslutning til start behandling) i de tilfellene der første behandling er kirurgi.

I tabellen under fremkommer andel forløp gjennomført innenfor standard forløpstid for alle forløp med start i Oslo universitetssykehus HF i 2018, sammenlignet med 2017, samt tall for de pakkeforløpene som har størst volum av pasienter.

3 Se tabellvedlegg 2.4

OF4	Totalt				Q4			
	2018		2017		2018		2017	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Alle forløp	60	3624	64	3704	61	797	68	905
Lymfom	75	158	76	165	79	38	80	45
Føflekk	75	368	86	326	69	64	89	71
Blære	74	151	82	119	84	45	87	31
Tykk- og endetarm	74	166	67	181	89	27	71	45
Lunge	58	187	63	176	47	45	76	42
Hode-hals	49	532	58	524	53	120	62	134
Prostata	44	654	40	708	50	147	48	178
Bryst	48	385	63	438	41	75	71	107
Gyn.kreft	50	278	56	290	57	70	64	83

Som styret tidligere er informert om, ble det i løpet av 2018 satt i gang en rekke tiltak for å bidra til bedre resultater. De viktigste tiltakene er:

- Nye rutiner og bedre kvalitet på den interne rapporteringen av forløpsdata, basert på rapporter fra Norsk pasientregister. Standardiserte rapporter med nøkkeltall og kommentarer sendes nå månedlig til alle i forløpsledelse og forløpskoordinatorer. Analyser av tilgjengelighet og kapasitet innen utredning ved begrunnet mistanke om kreft (stikkord: håndtering av henvisninger, standardiserte krav til kvalitet på henvisning, planlegging av undersøkelser og av poliklinikk)
- Forbedrede rutiner i håndtering av første fase i forløpet (stikkord: håndtering av henvisninger, planlegging av undersøkelser og poliklinikk)
- Fysisk samling av virksomhet innenfor samme område (eks brystkirurgi, lungeonkologi og prostataonkologi)
- Arbeid med å fjerne flaskehals knyttet til operasjonsstuekapasitet.
- Evaluering og justering av sammensetning av forløpsledelse innen enkelte forløp
- Oppfølging av felles pasientforløp som går mellom Oslo universitetssykehus og andre sykehus i Helse Sør-Øst, for å oppnå felles forståelse av utfordringer og løsninger. Evaluering og forbedring av funksjonen som forløpskoordinator for å kunne ivareta god koordinering for enkeltpasienter

Administrerende direktørs ledermøte og Driftsstyret for kreftområdet holdes jevnlig informert om status og utviklingen av resultater og tiltak på dette området.

Ressursgruppe Pakkeforløp kreft

For ytterligere å styrke arbeidet med å nå målene for pakkeforløp for kreft har administrerende direktør nedsatt en egen ressursgruppe under ledelse av medisinsk fagdirektør. Denne rapporterer til administrerende direktør og Driftsstyret for kreftområdet, og vil bistå ledelsen i de ulike pakkeforløpene, i aktuelle avdelinger og i klinikker med analyser, opplæring og gjennomføring av andre forbedringstiltak. Ressursgruppen har kompetanse innen pakkeforløpssystemet, analyse, klinisk drift

og prosessledelse. Målsetningen er at det innen juni 2019 skal være etablert nødvendige forbedringstiltak for å nå nasjonale målsettinger og kravene i Oppdrag og Bestilling 2019, og at forbedringene skal ha varig karakter.

5. Pasientbehandling

5.1. Aktivitet somatikk (ISF-poeng)⁴

ISF-poeng innenfor somatikk omfatter tradisjonell behandling som utføres på sykehus (DRG-poeng), men også andre typer tjenester hvor pasientene i større grad administrerer egen behandling (STG-poeng) som for eksempel hjemmedialyse og pasientadministrert legemiddelbehandling (H-resepter). For hele 2018 var det budsjettert med 242 056 ISF-poeng, mens rapportert foreløpig resultat viser 238 072, dvs at aktiviteten innenfor somatikken i 2018 var om lag 4 000 ISF-poeng lavere enn budsjettert. Dette ga et negativt avvik på 1,6 prosent.

Det var flere forhold som bidro til at den registrerte somatiske aktiviteten innenfor somatikken i 2018 samlet sett, målt ved DRG-poeng, ble lavere enn budsjettert:

- Negativ gruppereffekt, dvs gitt samme aktivitet som i 2017 fikk helseforetaket om lag 1500 DRG-poeng mindre med ISF-regelverk og vektor for 2018
- Færre tracheostomier og organtransplantasjoner
- Forsinket effekt av planlagt aktivitetsøkning, blant annet som følge av mangel på operasjonssykepleiere
- Endringer i medisinsk praksis på enkelte områder som hjerte (TAVI) og slag (trombektomi) påvirket pasientsammensetning og ressursbruk

På den annen side var det flere ISF-poeng for legemidler som gis utenfor sykehus (H-resepter) enn budsjettert.

Sammenlignet med 2017 var veksten i aktivitet innenfor somatikken på 0,2 prosent. Det vil si at de somatiske klinikkene ikke leverte den forventede aktivitetsveksten på om lag 2 prosent i 2018. Dersom omfanget av tracheostomier og organtransplantasjoner hadde vært på samme nivå som i 2017 ville antall DRG-poeng vært om lag 1700 høyere og veksten fra 2017 til 2018 ville vært på om lag 1 prosent.

5.2. Aktivitet psykisk helsevern for voksne⁵

Innenfor voksenpsykiatrien ble det i 2018 skrevet ut 2220 pasienter, en reduksjon på 5,1 prosent sammenlignet med tilsvarende periode i 2017. Dette var 121 færre enn budsjettert. Antall liggedøgn i 2018 var 1,8 prosent (1295) lavere enn budsjettert og redusert med 4 prosent (1002) fra 2017. Den viktigste årsakene til avvik for utskrivninger og liggedøgn var knyttet oppstart en ny sengepost på DPS, inkludert legemiddelfri behandling, hvor aktiviteten var lavere enn budsjettert i oppstartsfasen.

⁴ Se tabellvedlegg 2.1

⁵ Se tabellvedlegg 2.1

Antall polikliniske konsultasjoner i 2018 var 3,4 prosent (3 138) lavere enn budsjettert og 1,2 prosent (1 097) høyere enn i 2017. Hovedårsakene til det negative avviket var vedvarende sykefravær, utskiftninger i personalgruppen, satsing på omfattende opplæring i ny behandlingsmetode og utvikle samarbeid med bydelene. Det tilstrebes sømløs overgang ved nytilsetninger og rask opplæring av nyansatte for å sikre god aktivitet.

5.3. Aktivitet psykisk helsevern for barn og unge⁶

Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien ble det i 2018 skrevet ut 202 pasienter. Dette var en økning på 20,2 prosent (34) fra 2017 og 35 (20,6 prosent) flere enn budsjettert. Antall liggedøgn var i 2018 34,7 prosent (2 754) høyere enn budsjettert og 29,9 prosent (2 461) flere enn i 2017. Det var i hovedsak Front Ungdom hjemmesykehus, etablert fra september 2017, som genererte økt aktivitet på dette området.

Antall polikliniske konsultasjoner var 2,7 prosent (1 209) høyere enn plantall og 0,7 prosent (338) høyere enn i 2017. Det var en økning i antall polikliniske konsultasjoner fra 2017 til 2018 på 0,7 prosent (338). En stor økning i antall polikliniske konsultasjoner ved Avdeling for barn og unges psykiske helse i Barne- og ungdomsklinikken var hovedårsaken til dette. Innenfor Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, innenfor Klinikk psykisk helse og avhengighet, var antall polikliniske konsultasjoner i 2018 både lavere enn budsjettert og redusert sammenlignet med 2017. Det arbeides videre for å effektivisere driften og sørge for behandling i forventet omfangfremover.

5.4. Aktivitet tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)⁷

Innenfor TSB ble det i 2018 skrevet ut 5,7 prosent (136) færre pasienter enn budsjettert. Antall liggedøgn var 3,1 prosent (757) høyere enn budsjettert. Årsakene til færre utskrevne pasienter enn budsjettert knyttes til prosjektet «Mens vi venter», som har fokus på å identifisere årsaker til at pasienter ikke møter til behandling, samt forhindre at pasienter ikke gjennomfører hele behandlingen. Kontinuerlig arbeid fra forløpskoordinator, herunder fremskynding av inntak og avklaring av inntak skal sørge for fortsatt god aktivitet.

Antall polikliniske konsultasjoner i 2018 var 5,1 prosent (1 213) høyere enn budsjett og 7,7 prosent (1 794) høyere enn i 2017. Avviket skyldes i hovedsak endringer i ISF-regelverket som innebærer at det i 2018 inkluderes aktivitet som tidligere ikke ble rapportert.

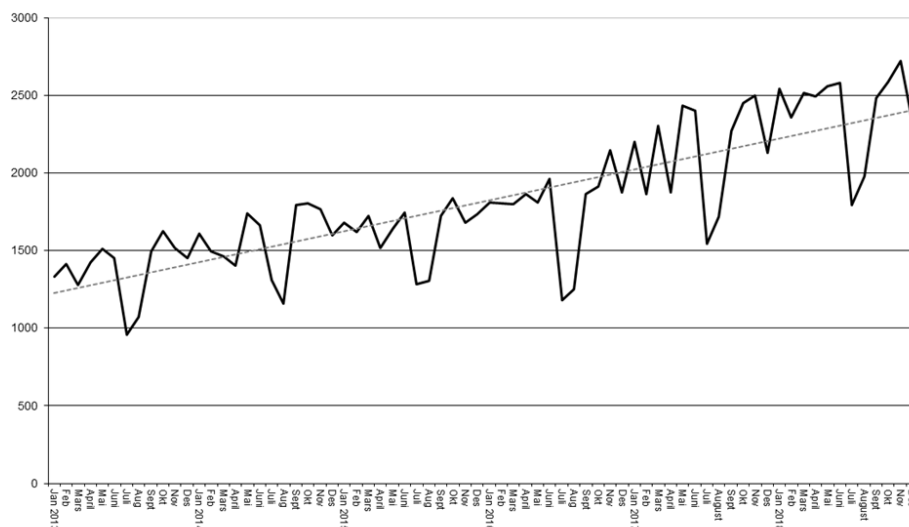
5.5. Uønskede hendelser og avvikshåndtering

Det ble i 2018 registrert 28 956 uønskede hendelser og forbedringsforslag ved sykehuset. Dette var en økning på 13 prosent fra samme periode i 2017 og antas å være en følge av fortsatt arbeid med bevisstgjøring om meldekultur. Andelen registrerte pasienthendelser med ingen konsekvens økte til 55 prosent og andelen med betydelig konsekvens viser en nedgang til 1,7 prosent. Antall dokumenterte tiltak er 6 880, en nedgang på 7 prosent fra 2017.

⁶ Se tabellvedlegg 2.1

⁷ Se tabellvedlegg 2.1

**Uønskede hendelser og risikoforhold - alle typer
registrert i Achilles pr måned**



Figur 1 Uønskede hendelser og risikoforhold

5.6. Varsel til Statens helsetilsyn etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a

I 2018 ble det sendt 83 varsler til Statens helsetilsyn fra Oslo universitetssykehus HF etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a⁸. Varslene medførte tilsynsmessig oppfølging i 41 av sakene⁹.

5.7. Meldinger til Helsedirektoratet § 3-3

Oslo universitetssykehus HF sender meldepliktige hendelser iht. Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 som registreres i Achilles til Meldeordningen i Helsedirektoratet¹⁰. Dette omfatter pasienthendelser som etter medarbeidernes initiale vurdering er meldepliktige. Antall meldinger i 2018 viste en nedgang på 10 prosent fra 2017¹¹.

5.8. Klage og tilsynssaker om forsvarlighet i pasientbehandlingen

Dataene viste en nedgang i antall tilsynssaker fra 134 i 2017 til 109 i 2018.

Fylkesmannens konklusjoner i tilsynssaker som er avsluttet i perioden¹²:

Sykehuset har i 2018 mottatt 32 avsluttede tilsynssaker fra Fylkesmannen i Oslo og Akershus eller Statens helsetilsyn, hvorav 58 med brudd lov eller forskrift. 54 gjelder brudd på forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven.

5.9. Medias innsyn i saker

I 2018 økte antall begjæringer om innsyn i uønskede hendelser fra pressen. Noen var basert på enkelthendelser eller utvalgte områder, men også generelle/brede innsynsbegjæringer som er tidkrevende å håndtere. Sykehuset har et ønske om økt åpenhet. Men hensynet til både taushetsplikt og god meldekultur som forutsetning

8 Se tabellvedlegg 2.6

9 Se tabellvedlegg 2.6

10 Tidligere Kunnskapssenteret

11 Se tabellvedlegg 2.6

12 Se tabellvedlegg 2.6

for arbeidet med pasientsikkerhet, tilsier at disse meldingene i sin helhet ikke kan publiseres. Sykehuset har derfor gitt ut statistikk og sammenstillinger for å imøtekomme samfunnets behov for informasjon om risikoområder.

5.10. Brukerundersøkelsen¹³

Pasientene gav i løpet av 2018 95 810 svar og 23 377 kommentarer i brukerundersøkelsen. Det var en økning fra tidligere, og nivået på resultatene var generelt gode. I løpet av 2018 har kommentarene blitt analysert og presentert for ledere i månedlige rapporter. Resultatene blir også gjennomgått i personal- og ledermøter som ledd i avdelingenes forbedringsarbeid.

6. Samhandling

6.1. Brukermedvirkning

I fem år har «Sammen med pasienten utvikler vi morgendagens behandling» vært Oslo universitetssykehus sin visjon. Det er etablert en omfattende og god struktur for brukermedvirkning på systemnivå med brukerutvalg, brukerråd, ungdomsråd, stor grad av brukerrepresentasjon i råd, utvalg og prosjekt. Det oppleves stor grad av reell medvirkning i mange av disse arenaene. Sykehuset får innsikt i pasientenes erfaringer gjennom brukerundersøkelsen og det er mange gode eksempler på at ulike fagmiljøer i sykehuset benytter seg av pasientenes erfaringer i utvikling av eksisterende og nye tjenester. Brukermedvirkning har fått en større synlighet i alle de fire hovedoppgavene til sykehuset; behandling, pasient- og pårørendeopplæring, utdanning og de to siste årene også i forskning.

På oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF arrangerte Oslo universitetssykehus HF i 2018 en regional brukermedvirkningskonferanse om pasientinvolvering i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet. Konferansen gjenspeilet den posisjonen brukermedvirkning nå har, med fulle deltakerlister og en likevekt av helsepersonell, ledere og brukerrepresentanter både i forberedelsene, gjennomføringen og deltagelsen.

6.2. Pasient-og pårørendeopplæring

I sykehusets klinikker har det vært økt aktivitet og fokus på pasient- og pårørendeopplæring og samvalg. Dette er positivt for den betydningen pasient- og pårørendeopplæring har for å oppnå gode behandlingsresultater og øke pasientsikkerheten. Flere klinikker arbeider med forbedringstiltak ved å integrere informasjon og opplæring systematisk i pasientforløp og synliggjøre læringstilbud. Flere klinikker har styrket sin helsepedagogiske kompetanse gjennom sykehusets kurs og e-læring. Ledermøtet har vedtatt at klinikkene skal implementere en forbedringspakke bestående av ny kunnskapsbasert retningslinje for opplæring i gruppe, prosedyre for koding, sjekkliste for informasjon og opplæring, mal for dokumentasjon i journal og helsepedagogiske tilbud. Klinikkene skal ha ansatte med ansvar for å følge opp denne hovedoppgaven i klinikk, som vil bidra til en mer helhetlig organisering av pasient- og pårørendeopplæring.

¹³ Se tabellvedlegg 2.7

6.3. Implementering av anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus, i hovedstadsområdet og på nasjonalt nivå

Anbefalingene om samarbeid ble godkjent av Møteplass Oslo i mars 2017. I 2018 behandles anbefalingene i alle allmennlegeutvalg (15 i Oslo) og direktørmøtene, og vil bli godkjent som retningslinjer knyttet til Tjenesteavtale 2. På nasjonalt nivå har Norsk forening for allmennmedisin (NFA) etablert en faggruppe for samhandling. Faggruppen har bearbeidet anbefalingene til en nasjonal standard, og Helsedirektoratet lenker til denne i pakkeforløpene for psykisk helse og rus: <https://beta.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmennmedisin/faggrupper/samhandling/>

6.4. Utvikling av «Oslo-standard» for ivaretagelse av skrøpelige multisyke eldre

Arbeidet med prosjektet «Vel hjem» har gitt et godt innblikk i denne pasientgruppen, de skrøpelige hjemmeboende, multisyke eldre. Pasientforløpene slik de arter seg har gitt ny innsikt og kunnskap. Pasientinvolvering har vært et viktig anliggende i dette prosjektet og derfor vil vi også understreke alvoret ved å spørre «Hva er viktig for deg». Ved å lytte til pasientens stemme har vi fått innblikk i hva som er viktig i hverdagen, basert på deres erfaringer.

Å bidra til pasientens helsetjeneste utfordrer oss. Vi forpliktes til å integrere pasientens stemme i våre strukturer, slik vi har synliggjort blant annet i tiltaket Vurderingsbesøk. Det utfordrer oss også på systemnivå i forhold til tilgjengelighet på senger og tjenester. Når bruker ber om plass på sykehjem, hvilke muligheter har vi til å gå i dialog?

«Vel hjem» har gitt innsikt i det fellesansvar vi har for å sikre et godt forløp. Hva som skjer i sykehus påvirker kvaliteten i hjemmet, på samme måte som oppfølging i stabil fase hjemme vil påvirke pasientens behov for innleggelse i sykehus og kommunale institusjoner. Arbeid med å gjennomføre tiltak som går på tvers av tjenestesteder er utfordrende og forutsetter vilje og gode strukturer for ansvars- og oppgavedeling. Alle tiltakene i «Vel hjem» knyttes til prosedyrer og samarbeidsavtaler som er under arbeid. Disse vil ferdigstilles i forbindelse med slutføring av dette prosjektet eller videreføres i «Læringsnettverk i helhetlige pasientforløp for eldre og kronisk syke». På denne måten vil det inngå i det som på sikt blir «Oslo standarden for helhetlig pasientforløp for eldre og kronisk syke».

7. Økonomi

7.1. Budsjettert overskudd i 2018

Oslo universitetssykehus HF budsjetterte med et overskudd for 2018 på 175 millioner kroner, dvs 14,6 millioner kroner per måned.

7.2. Pensjonskostnad i 2018

For 2018 budsjetterte Oslo universitetssykehus HF med en pensjonskostnad på 2 132 millioner kroner da styret vedtok 2018-budsjettet i desember 2017.

Oppdaterte pensjonskostnadsberegninger fra januar 2018 viste at pensjonskostnadene ved Oslo universitetssykehus HF skulle reduseres med om lag 141 millioner kroner i forhold til det som var lagt til grunn i budsjettet, til totalt 1 991

millioner kroner. Stortinget vedtok ved behandling av Prop. 85 S (2017-2018) i mai reduserte inntekter (basisramme) til sykehusene som følge av de reduserte pensjonskostnadene. For Oslo universitetssykehus HF ble inntektene for 2018 redusert med 137,1 millioner kroner.

Endelige pensjonskostnadsberegninger for 2018 mottatt i januar 2019 og som er lagt til grunn i årsregnskapet viste en ytterligere kostnadsreduksjon. Samlet medførte dette at bokført pensjonskostnad for 2018 ble til sammen 181 millioner kroner lavere enn opprinnelig budsjettet.

7.3. Rapportert resultat

Det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF viste etter desember 2018 et regnskapsmessig overskudd på 364 millioner kroner, mot et budsjettet overskudd på 175 millioner kroner. På årsbasis ble det et positivt avvik på 189 millioner kroner, noe som også er 89 millioner kroner mer enn prognostisert de siste månedene i fjor.

Etter november rapporterte Oslo universitetssykehus HF et positivt budsjettavvik på 41 millioner kroner. Resultatet for desember isolert sett ble dermed 147 millioner kroner bedre enn budsjettet. Av dette var 70 millioner kroner knyttet til inntektsføring av midler fra avsluttede kliniske studier/innovasjoner. Den øvrige resultatforbedring siste måned var dermed på 78 millioner kroner hvor de viktigste forholdene var:

- Lavere kostnader til il *pensjon* ga et positivt avvik på 46 millioner kroner.
- Ulike forhold som normalt kan vurderes kun en gang per år (såkalte årsoppgjørsvurderinger) bidro positivt med om lag 25 millioner kroner. Dette gjaldt blant annet endring mellom 2017 og 2018 for inneliggende pasienter og overlegermisjoner.
- Klinikken hadde *lavere aktivitet enn budsjettet* i desember, samtidig som kostnadene var høye. Deler av dette er forsinket kostnadssføring fra tidligere perioder. Den underliggende driften ble vurdert å være noe mer negativ enn de foregående månedene. Forhold sentralt budsjettet sentralt (inkl stab og IKT) kompenserte delvis dette.

I rapportert resultat er det hensyntatt kjent informasjon. Ved rapportering for desember er det som alltid noe usikkerhet knyttet til endelig årsresultat, da det er noen forhold hvor informasjon ennå ikke foreligger. Dette gjelder eventuell avregning fra Sykehusapoteket, avstemming av konsernmellomværende, endelige aktivitetsbaserte inntekter og fullstendige saldobalanser fra datterselskapene. Det kan også komme endringer som følge av revisors arbeid. Ved fremleggelse av endelig årsregnskap vil det alle større endringer fra rapportert resultat per desember bli omtalt.

Tabellen under (høyre kolonne) viser avvikene i 2018 for ulike inntekts- og kostnadstyper tilknyttet ordinær drift med korte kommentarer. Avvik som gjelder øremerkede prosjekter mv er her holdt utenom.

Tall i MNOK	Budsjett 2018	Foreløpig årsresultat		Kommentarer til avvik justert for avvik ØM og pensjon
		Rapportert avvik	Justert avvik	
Basisramme	11 889	-137	-	Rapportert avvik gjelder redusert basisramme sfa reduserte pensjonskostnader.
Aktivitetsbaserte inntekter	8 447	111	95	Lavere aktivitet enn budsjettet innenfor somatikken ga et negativt inntektsavvik mens inntekt fra gjestpasientoppgjør lab/rad (105 mnok). Effekt av økt enhetspris ISF bidro positivt (80 mnok) mens ISF-avregning og groupereffekt mv bidro positivt om lag tilsvarende negativt.
Andre inntekter	2 715	257	189	Inntekter fra avsluttede kliniske studier bokført med 70 mnok. Refusjon Metavision, polikliniske inntekter, oppgjør for sykehotell, viderefakturering spinraza mv.
Sum driftsinntekter	23 051	232	284	
Lønn- og innleiekostnader	15 829	-22	-160	Når det justeres for at pensjonskostnadene i 2018 ble lavere enn budsjettet er det et negativt avvik for lønn og innleie som i hovedsak skyldes flere årsverk enn budsjettet.
Kjøp av helsejenester	492	5	-4	Om lag som budsjettet.
Varekostnader mv	2 623	8	28	Mindrekostnader i flere klinikker (PHA, MED, KIT, KRE) knyttet til lavere aktivitet enn budsjettet. Høyere kostnader særlig i BAR, HLK og KLM. Reserve SPO bidrar positivt.
Andre driftskostnader	3 966	-21	53	Mindrekostnader innenfor IKT og stab mv. Positivt avvik for nedskrivninger.
Sum driftskostnader	22 909	-30	-82	
Driftsresultat	142	202	202	
Netto finans	33	-13	-13	Negativt avvik for datterselskapene og lavere rentekostnader enn budsjettet.
Resultat OUS	175	189	189	

Tabell 1: Avvik i 2018 for ulike innteks- og kostnadstyper (ordinær drift)

Mer detaljerte kommentarer på øbak-linje nivå fremgår av egen tabell i vedlegget¹⁴.

7.4. Gjennomføring av virksomheten – effekt av tiltak

Klinikkene planla kostnadsreduserende og inntektsøkende tiltak (unntatt DRG) med en effekt i 2018 på 333 millioner kroner. Inkludert effekt av aktivitetsøkende tiltak innenfor somatikken var det planlagt resultatforbedrende tiltak for om lag 430 millioner kroner. For 2018 er det rapportert en effekt av gjennomførte tiltak på 211 millioner kroner. Dette tilsvarer en gjennomføringsgrad på 64 prosent.

7.5. Investeringer og finansiering av investeringer

I styremøtet 15. desember 2017 vedtok styret et investeringsbudsjett for 2018 på 1 221 millioner kroner, jamfør styresak 73/2017. I styresak 8/2018 ble styret orientert om at det ble anslått å gjennomføre investeringer for 1 435 millioner kroner når det i tillegg til vedtatt budsjett for 2018 også ble tatt hensyn til overheng fra 2017, eventuell bruk i 2018 av forskuttet 2019-ramme og utgående overheng av 2018-rammen inn i 2019.

Tabellen under viser anslått (planlagt) gjennomføring, bokførte investeringer og avvik ved utgangen av 2018.

Investeringer (Beløp i millioner kroner)	Planlagt gjennomføring i 2018 ¹⁾	Bokførte investeringer i 2018	Avvik
MTU	493	552	59
Bygg	759	439	-320
Annet	58	39	-19
Sum investeringer i bygg og utstyr	1 310	1 030	-280
Egenkapital pensjon	55	56	1
IKT	71	38	-33
SUM	1 435	1 124	-312

Tabell 2 Investeringer 2018

Ved utgangen av 2018 var regnskapsførte investeringer 1 030 millioner kroner, eksklusive egenkapital til pensjonskasser og IKT. Dette inkluderte et overheng fra 2017 på om lag 360 millioner kroner og var 280 millioner kroner lavere enn planlagt gjennomført. Vedtatte investeringer som ikke var gjennomført ved utgangen av 2018 planlegges gjennomført i 2019.

Investeringer i medisinsk-teknisk utstyr var 59 millioner kroner høyere enn planlagt gjennomført. Dette forklares med anskaffelse til hybridsstue, som hadde ekstern finansiering, og forskuttering av sammenbruddsrammen for 2019. Av totalt regnskapsført medisinsk-teknisk utstyr i 2018 var om lag 70 prosent finansiert med nye finansielle leieavtaler.

De største anskaffelsene av medisinsk-teknisk utstyr i 2018 var røntgenlaboratorium på Aker, kirurgisk robot på Aker, CT ved legevakten, CT hybrid på Intervensjonscenteret, CT nevro på Ullevål, røntgenlaboratorium i akuttmottaket på Ullevål, sekvenseringsmaskin på Ullevål, utstyr til AMD-klinikken (Øye) på Ullevål, MR og linac til Radiumhospitalet. Det ble også gjort flåteanskaffelser på mikroskoper og overvåkningsmonitører. De fleste av disse anskaffelsene er gjennomført og er i prøvedrift eller garantiperiode.

Det ble regnskapsført 320 millioner kroner mindre i bygg enn planlagt gjennomført. Herav gjelder 250 millioner kroner investeringer for lukking av tilsynsavvik og oppgraderinger, såkalt Fase 2-investeringer. Det lave investeringspådraget for lukking av tilsynsavvik og oppgraderinger skyldes i hovedsak tidkrevende prosesser med å definere og prioritere prosjektene. For øvrig er det flere prosjekter som kom i gang som planlagt. Av større prosjekter kan nevnes trykkluft på Rikshospitalet, sengevaskemaskin på Rikshospitalet og MR 3 på Radiumhospitalet. Disse prosjektene vil bli gjennomført i 2019.

Som følge av lav gjennomføringskapasitet hos Sykehuspartner ble noen planlagte investeringer i IKT utsatt til senere år. Det ble derfor omdisponert om lag 20 millioner kroner fra IKT til bygg. Omdisponert beløp blir benyttet til kabling til trådløst nettverk. Dette er relatert til IKT, men blir klassifisert som bygg i regnskapet.

I styresak 17/2018 ga styret administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler for 120 millioner kroner av investeringsrammen for 2019. Ved utgangen av året var det regnskapsført investeringer for 66 millioner kroner finansiert av 2019-rammen.

I følge det regionale fullmaktregimet skal helseforetakene søke om godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF for å inngå avtaler om finansiell leie. I 2017 ble det anskaffet 16 ambulanser til en samlet anskaffelseskostnad på om lag 27 millioner kroner. Anskaffelsene ble finansiert med nye finansielle leieavtaler. Ved en inkurie ble det ikke søkt om godkjenning for inngåelse av disse avtalene. Helse Sør-Øst RHF vil bli orientert om saken. Interne rutiner og fullmakter vil bli gått gjennom på bakgrunn av denne hendelsen.

7.6. Likviditet

Periodisert kontantstrømbudsjett for 2018 ble lagt frem for styret i sak 8/2018.

Likviditetsbudsjettet for 2018 innebar et økt trekk på bevilget driftskreditt¹⁵ med 113 millioner kroner gjennom året. Regnskapet for 2018 viste imidlertid et redusert trekk på bevilget driftskreditt med 540 millioner kroner gjennom året. Forskjellen i forhold til budsjett skyldes først og fremst lavere pensjonspremie og lavere investeringspådrag enn budsjettet, samt overføring av midler fra Inven2 AS.

8. Bemanning og sykefravær

8.1. Bemanningsutvikling¹⁶

Gjennomsnittlig antall brutto månedsverk i 2018 var 19 108. Dette var 164 flere enn budsjettet og en økning på 222 brutto månedsverk. For internt finansierte månedsverk var det en økning på 233 brutto månedsverk, tilsvarende 1,3 prosent erk. Antall eksternt finansierte månedsverk i 2018 var 1 500. Dette var 39 færre enn budsjettet og en reduksjon på 0,7 prosent fra 2017.

I budsjettet for 2018 var det planlagt med kapasitetsøkninger på flere arbeidsområder. Dette gjaldt blant annet følgende:

- Nytt vaktlag for barnekreft
- Endring av hjemnevakt til tilstedevakt
- Økt antall TAVI-behandlinger
- Oppbemanning på Sterilavdelingen, KAB (barnekir.), AMD-øye, og Hjertemedisin
- Oppbemanning på Personalforvaltning med etablering av vikarpool
- Raskere tilbake

I tillegg rapporterer klinikkene om det arbeides med å konvertere bruk av innleie til faste stillinger, samt større behov enn forventet knyttet til erstatning av sykefravær og permisjoner. Det arbeides med forbedring av rutiner for å følge utviklingen i bruk av innleie sett i forhold til utvikling i brutto bemanning.

¹⁵ Se tabellvedlegg 3.3

¹⁶ Se tabellvedlegg 4.1 – 4.2

8.2. Sykefravær¹⁷

Gjennomsnittlig sykefravær per november 2018 var 7,3 prosent, fordelt på 2,7 prosent korttidsfravær og 4,7 prosent langtidsfravær (avrundet). Klinikkerne arbeider målrettet med sykefravær, det vil si at tiltak som skal bedre sykefraværet rettes i større grad mot enheter med særskilte utfordringer og tilpasses utfordringer lokalt ved disse enhetene. Samarbeidet klinikkerne har med NAV Arbeidslivssenter Oslo er godt etablert. NAV tilbyr ulike former for bistand i slike prosesser.

Ny avtale om inkluderende arbeidsliv hvor målet er «å legge til rette for at så mange som mulig, kan arbeide så mye som mulig, så lenge som mulig» ble inngått mellom partene i desember 2018 og er gjeldende fra 1. januar 2019. To nye delmål er gitt i avtalen:

- Sykefraværet reduseres med 10 prosent fra 2018-nivå
- Frafallet i arbeidslivet reduseres

Nye tiltak for å nå de to nye målene skal etableres og settes inn i handlingsplaner for hele sykehuset. Det ventes ikke store endringer i arbeidet med inkluderende arbeidsliv ved Oslo universitetssykehus HF; her fortsetter arbeidet med å holde sykefraværet lavt og tilrettelegging internt vil følge allerede etablerte retningslinjer. Videre vil 24 egenmeldingsdager og seniorpolitisk utvalg videreføres. Nye tiltak vil ta hensyn til nytt virkemiddelapparat hos NAV. Arbeidet med nye tiltak starter vår 2019.

9. Eksterne tilsyn

I 3. tertial var det totalt 19 tilsyn fra tilsynsmyndighetene. Tabellene nedenfor viser antall, tema og avvik.

Tilsynsmyndighet	Ant. tilsyn	Tema	Ant. avvik
Statens legemiddelverk	1	GCP-inspeksjon vedr. utprøving av legemidler på mennesker i Nevroklinikken. Det ble ikke gitt kritiske avvik. De øvrige funnene omhandler mangler i dokumentasjon, samtykke, opplæring og pasientinformasjon. Det er utarbeidet handlingsplan for lukking av disse.	14
Mattilsynet	3	Uanmeldte tilsyn/inspeksjoner, ingen avvik. Avvik fra tidligere tilsyn - nødvendig oppgradering i kantine er utført og avvik lukket høst 2018.	0
Arbeidstilsynet	4	Tilsyn 1: Ambulansestasjoner, 11 pålegg. Frist 31/5-19. Tilsyn 2: Etter meldte arbeidsulykker, 4 pålegg (Oslo sykehusservice og Prehospital klinikk). Tilsyn 3: Etter meldt arbeidsulykke renhold 1 pålegg. Tilsyn 4: Vold og trusler - forsvarlig arbeidsmiljø .	16
Fylkesmannen miljøvernnavd.	1	Landsdekkende tilsyn om avfallshåndtering, gjennomført på Ullevål. Det ble gitt 1 avvik som omhandlet mangelfull dokumentasjon for nedgravd tank for farlig avfall. Avviket ble lukket før utgangen av 2018.	1
Direktoratet for	1	Årlig tilsyn med drift og vedlikehold av	-

samfunnssikkerhet og beredskap - DSB		elektromedisinsk utstyr samt opplæring i bruk av behandlingshjelpemidler. Rapport er ikke mottatt.	
Kommunalt brannvesen	1	Tilsyn på Geilomo, 1 avvik som er lukket av byggets eier. OUS hadde ikke avvik.	1
Riksrevisjonen	1	Tema: forebygging av angrep mot IKT-systemer. Rapport er ikke mottatt. Avvik fra tidligere: 4 tiltak (2 EPJ og 2 MTV) er regionale prosjekter.	0
Lokalt el-tilsyn	5	Ingen avvik etter høstens tilsyn, 4 bifunn som er lukket. Avvik fra tidligere tilsyn er lukket.	0
Nasjonal komp.tjeneste for antibiotikabruk i spesisisthelsetjenesten	1	Revisjonen av antibiotikastyring ved 4 klinikker. Det ble gitt 9 råd som antibiotikateamet arbeider videre med i sammen med sykehusets ledelse. Oppfølging vil involvere alle klinikker i Ledelsens gjennomgang etter 1. og 2. tertial i 2019.	0
Kripos	1	Kontroll av DNA-register (Klinikk for laboriemedisin). Rapport er ikke mottatt.	-
Sum	19		32

Tabell 3: Eksterne tilsyn

10. Revisjoner

Internrevisjonen ved Oslo universitetssykehus HF skal på vegne av Administrerende direktør kontrollere at det er etablert og gjennomføres tilfredsstillende intern styring og kontroll i linjen. Revisjonsområdene blir prioritert på bakgrunn av risikoanalyser og aktualitet (Styresak 22/2018).

Revisjonene, som utføres etter en systematisert metode, skal bidra til læring og forbedringer i organisasjonen. Linjeledelsen har et selvstendig ansvar for å utøve internkontroll i eget ansvarsområde. Ved revisjonsfunn skal linjeledelsen påse og følge opp at tiltak som iverksettes, bidrar til forbedringer. Ledermøtesak 286/2015 vedtok at alle klinikker skal ha planer for klinikkvise interne revisjoner.

Virksomheten i de enkelte klinikkene må betegnes som stor, kompleks og til dels risikofylt. Klinikken skal bruke egne revisjoner som en del av systemet for styring og kontroll i klinikkene. Internrevisjonen samarbeider med klinikkene og bistår med rådgivning og oppbygging av revisjonskompetanse.

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst utfører interne revisjoner i alle foretakene i Helse Sør-Øst. Konsern revisjonens rolle og ansvar følger av Helseforetakslovens § 37a som beskriver at Konsernrevisjonen skal «gjennom en systematisk og strukturert metode og avgivelse av bekreftelse, skal bidra til forbedringer i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring».

Siden 2010 har det vært et praktisk samarbeid mellom Konsernrevisjonen og Oslo universitetssykehus HF gjennom regelmessige møter. Et samhandlingsmål er å etablere revisjonsplaner hvor sykehusets interne revisjoner sees i sammenheng med Konsernrevisjonens revisjoner. På den måten kan det sikres god ressursutnyttelse og en best mulig dekning av revisjonsområder.

I rapporteringsperioden (01.09.18 - 31.12.18) ble det gjennomført 17 revisjoner på nivå 1. Revisjonstema «Psykofarmaka» utgjorde fem av disse, revisjonstema «Henvisning og ventelister» utgjorde to, mens revisjonstema «Fall – tiltakspakken i Pasientsikkerhets-programmet» v fem revisjoner. Tre revisjoner ble gjennomført

innen tema «Virksomhetsstyring relatert til HMS og pasientsikkerhet». Ingen av revisjonsfunnene var av alvorlig karakter.

Det ble gjennomført utvidet sykehusomfattende revisjon innen området «Personvern og informasjonssikkerhet» via Questback. Revisjonen hadde flere formål, alle relatert til register og lagring av data.

Den siste revisjonen, «Intern styring og kontroll innen personvern og informasjonssikkerhet i forskning og kvalitetssikring av Krefregisteret», ble startet i november 2018.

I samme periode ble det gjennomført til sammen 29 revisjoner i klinikkene (nivå 2). Disse er gjennomført hovedsakelig med egne interne revisjonsressurser.

Alle revisjonene (nivå 1 og 2) ble registrert i revisjonsmodulen i Achilles og saksbehandles her. Tiltaksplanene etter revisjonsfunnene skal vise dokumentert effekt før revisjonssaken avsluttes.

Konsernrevisjonen startet opp revisjonen «Bruk av avvik og uønskede hendelser i kontinuerlig forbedring av pasientsikkerheten» i perioden. Det ble i desember gjennomført intervjuer i Direktørens stab og i Medisinsk klinikk. Revisjonen fortsatte i Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi på nyåret. Revisjonsrapporten er beregnet ferdig i uke 11 og vil bli presentert for Styret på et senere tidspunkt.

Ingen revisjonsrapporter fra konsernrevisjonen i HSØ er styrebehandlet i dette tertialet.

11. Budsjett 2019 – resultat, investeringer og kontantstrøm

11.1. Periodisert resultatbudsjett¹⁸

Som følge av noen justeringer i tildeling av midler fra Helse Sør-Øst RHF og konsernavstemming er det noen mindre endringer i resultatbudsjettet sammenlignet med det som ble fremlagt for styret i sak 81/2018. Endringene innebærer en økning i driftsinntekter på om lag 5 millioner kroner og tilsvarende endring av driftskostnadene. Periodisert resultatbudsjett følger vedlagt.

11.2. Gjennomføring av investeringer 2019

I styremøtet 14. desember 2018 vedtok styret et investeringsbudsjett for 2019 på 1 351 millioner kroner, jamfør styresak 81/2018. Internt blir styrets budsjettvedtak håndtert som et tilsagnsbudsjett, dvs en ramme for de anskaffelsene som kan besluttes. Alle anskaffelse i Oslo universitetssykehus HF knyttes til en finansieringskilde for på sikre at investeringene over tid holdes innen for det økonomiske handlingsrommet sykehuset har. De enkelte investeringsobjektene tar imidlertid tid å anskaffe, og det vil derfor kunne være betydelige tidsforskyvninger mellom beslutningen om en anskaffelse og tidspunktet for når gjenstanden tas i bruk og regnskapsføres i sykehusets regnskap. Dette vil igjen i opphav til forskjeller mellom det budsjettet som vedtas for et år og det som i ettertid regnskapsføres av anskaffelser i dette året.

Tabellen nedenfor viser sammenhengen mellom investeringsbudsjettet for 2019 vedtatt av styret og anslag for investeringer som forventes å bli regnskapsført i 2019 (planlagt gjennomføring i 2019).

¹⁸ Se vedlegg 3

Investeringer		Investerings-	Investeringer	Forskuttering	Overheng fra	Overheng til	Planlagt
(Beløp i millioner kroner)		budsjett 2019	gjennomført i	av rammen for	2018 (+)	2020 (-)	gjennomføring
		vedtatt av	2018 av	2020 (+)			i 2019
		styret	rammen for				
			2019 (-)				
Investeringer	MTU	452	25	25	193	175	471
	Bygg	704	20	25	121	69	761
	Annet	80	3	0	23	0	100
	Sum investeringer i bygg og utstyr	1 237	48	50	337	244	1 332
	Egenkapital pensjon	65	0	0	0	0	65
	IKT ¹⁾	49	0	0	34	0	83
	SUM	1 351	48	50	371	244	1 480
Finansiering	Ordinær likviditet	338	0	0	0	0	338
	Driftsresultat	374	48	64	197	61	527
	Lån	197	0	0	0	9	189
	Finansiell leie	403	0	0	174	175	402
	Annen finansiering	38	0	-14	0	0	24
	SUM	1 351	48	50	371	244	1 480

1) Investeringer i IKT regnskapsføres i Sykehuspartners regnskap. Anskaffelsene finansieres ved utbetaling av lån fra Oslo universitetssykehus.

Tabell 4: Investeringsbudsjettet og planlagt gjennomføring i 2019

Med utgangspunkt i investeringsbudsjettet vedtatt av styret fremkommer et anslag for planlagt gjennomføring i 2019 ved å korrigere for tidsforskyvninger som følge av forskuttering av påfølgende års ramme og overheng (vedtatte investeringer som ikke er gjennomført ved utgangen av året). Tidsforskyvningene er nærmere omtalt under.

I 2018 ble det gjennomført investeringer finansiert av investeringsrammen for 2019 og dette kommer til fradrag i planlagt gjennomføring 2019¹⁹. Basert på erfaringer fra tidligere år vurderes det som sannsynlig at det også i 2019 kan det bli nødvendig å igangsette anskaffelser finansiert av neste års ramme for å erstatte sammenbrudd. Det presiseres at det foreløpig ikke er gitt fullmakt til dette av styret, og tallet på 50 millioner kroner er på dette tidspunkt et anslag.

Overhengen fra 2018 (ubenyttede midler fra 2018-rammen ved årets utgang) er estimert til 371 millioner kroner og planlegges gjennomført i 2019. Av investeringsbudsjett for 2019 vedtatt av styret forventes det at anskaffelser for 244 millioner kroner blir regnskapført etter utgangen av 2019. Dette reduserer anslaget for planlagt gjennomføring i år.

Tidsforskyvningene i avsnittene over innebærer et anslag for planlagt gjennomføring i 2019 på 1 480 millioner kroner. Rapportering av gjennomføring av investeringer i 2019 vil være med referanse til planlagt gjennomføring.

11.3. Kontantstrømsbudsjett

Kontantstrømbudsjettet for 2019 er avledet av resultatbudsjettet og planlagt gjennomføring av investeringer. I det periodiserte kontantstrømbudsjettet²⁰ er inntekter, kostnader og investeringer periodisert til måneden innbetalingene og utbetalingene forventes å skje.

Med et budsjettert positivt årsresultat på 200 millioner kroner viser kontantstrømbudsjettet for 2019 likevel en negativ endring i likviditeten gjennom året på 763 millioner kroner, jamfør tabellen under. Den negative likviditetsutviklingen skyldes i hovedsak at budsjettert pensjonspremie (som er betalbar) er høyere enn budsjettert pensjonskostnad (som ikke er betalbar) og at planlagt gjennomføring av investeringer i

¹⁹ Da budsjettet ble utarbeidet forelå ikke regnskapet per desember og investeringer finansiert av rammen for 2019 ble estimert til 48 millioner kroner. Foreløpig regnskap per desember viser at beløpet er 66 millioner kroner.

²⁰ Se vedlegg 3

stor grad finansieres av tidligere års årsresultater. Disse to forholdene er nærmere omtalt nedenfor. Andre periodiseringer bidrar positivt og gjelder i hovedsak tidsforskyvning knyttet til betaling av pensjonspremie og feriepengene.

Årsresultat og endring i likviditet	Budsjett 2019
<i>(millioner kroner)</i>	
Årsresultat	200
Betalbar pensjonspremie ut over budsjettert pensjonskostnad	-674
Periodiseringer og resultatposter uten likviditetseffekt	309
Finansiering av ordinære investeringer og andre tilskudd	353
Opptak av lån i fm. investeringer (tilsynsavik og oppgraderinger)	174
Nye finansielle leieavtaler	402
Avdrag finansielle leieavtaler	-91
Betalinger for investeringer og til Sykehuspartner	-1 436
Endring likviditet	-763

Tabell 5: Årsresultat og endring i likviditet

Betalbar pensjonspremie ut over pensjonskostnad

I 2018 ble helseforetakene gitt tillatelse til å benytte premiefond inntil nå hos pensjonskassene for å betale deler av pensjonspremien. Det er også gitt anledning til dette i 2019, og Oslo universitetssykehus HF skal benytte om lag 300 millioner kroner av premiefondet for å betale deler av pensjonspremien i 2019. Forskjellen mellom pensjonspremie og pensjonskostnad i 2019 er imidlertid hele 974 millioner kroner og 674 millioner kroner må dermed dekkes av foretakets øvrige likviditet.

Pensjonspremien vil være større enn pensjonskostnaden for alle foretak i Helse Sør-Øst i 2019. Forholdet mellom pensjonspremie og pensjonskostnad har variert mellom årene, og i noen år har pensjonskostnaden vært større enn pensjonspremien. Praksis har vært at driftskredittrammen endres tilsvarende forskjellen, slik at dette ikke påvirker foretakets tilgjengelige likviditet til drift og investeringer.

Likviditetseffekt av investeringer

Investeringene i 2019 finansieres i hovedsak av basisramme fra Helse Sør-Øst RHF, lån fra Helse- og Omsorgsdepartementet, nye finansielle leieavtaler og årsresultater. I 2019 forventes det å bruke om lag 500 millioner kroner av tidligere års resultater for å finansiere gjennomføringen av investeringene. Dette er 300 millioner kroner mer enn budsjettert årsresultat for 2019, slik at likviditeten isolert sett svekkes gjennom 2019 som følge av gjennomføring av investeringene i 2019. Dette må imidlertid også ses i forhold til det positive årsresultatet for 2018 som ble bedre enn budsjettert og slik sett bidrar til en bedre likviditet ved årets inngang.

Periodisert kontantstrømbudsjett

Det periodiserte kontantstrømbudsjettet fluktuerer månedlig som følge av at enkelte forpliktelser, herunder pensjonspremie og arbeidsgiveravgift, kommer til utbetaling annenhver måned eller kvartalsvis og ikke månedlig. Ved inngangen av 2019 hadde Oslo universitetssykehus HF en driftskredittramme på 2,9 mrd. kroner. Til tross for de store utbetalingene til pensjonspremie vurderes driftskredittrammen å være tilstrekkelig gjennom året. Erfaringsmessig korrigeres også driftskredittrammen mot slutten av året som følge av forskjellen mellom pensjonspremie og pensjonskostnad.



Risikovurdering 1. tertial 2019

Risikovurdering 1. tertial 2019 – beskrivelse

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

Praksis følger av sykehusets *Retningslinje for risikovurdering og – styring*.

Risikovurderingen gjennomgår i 2019 en endring, ved at klinikkene har tatt i bruk en ny risikovurderingsmodul i Achilles. Omleggingen vil pågå over noe tid, og det foregår opplæring i verktøy og metode parallelt. Den mest synlige forskjellen i denne rapporten er at risikovurderingen nå er samlet presentert i én risikomatrise, mot tidligere fire separate matriser for risiko (pasientens perspektiv, arbeidsmiljø, fremragende universitetssykehus og engasjert samfunnsaktør). Dermed trenger ikke samme risiko å stå oppført i flere matriser. Endringen medfører en harmonisering mot metodebruk i andre helseforetak i Helse Sør-Øst.

Risikovurderingen er som tidligere bearbeidet i Direktørens stab med bakgrunn i tidligere innspill og erfaringer og er gjennomgått med hovedverneombud og de tillitsvalgte. Endringene er markert med piler i risikomatrisen. De fleste risikoområdene er beskrevet på overordnet nivå, slik at tiltakene er langsiktige.

Risikomatrixe

Risikomatrixe		Sykehusnivå				Oslo universitetssykehus	05.02.19	
Gjelder alle typer konsekvenser.								
Konsekvens	Svært alvorlig (5)							
	Alvorlig (4)		Intern overflytning av kritisk syke pasienter	Tilgang til kritiske legemidler Vold mot ansatte Ambulansestyling AMK Øhjelpsavvikling gastrokirurgi Økonomisk bærekraft Kapasitet og standard - medisinsk-teknisk utstyr	Sykehusinfeksjoner - økende resistensutvikl. - isoleringsbehov og smittefare Byggstandard og plassforhold IKT-drift og regionale IKT-prosjekter IKT støtte til forskning Stor arbeidsbelastning flere områder			
	Moderat (3)		Kliniske systemer, opplæring Kapasitet AMIS vlstørre hendelser PRE	Utsending av epikriser Bemanningsstyring Kjemikaliesikkerhet Kliniske studier - kapasitet	Kapasitet radiologi og patologi Mangel på praksisplasser for sykepleierstudenter innen kirurgi Mangel på spesialsykepl/annet personell Veiledning og supervisjon av leger i spesialisering Intensiv- og intermedisærseger Mangel på utdanningskapasitet for leger i spesialisering HMS-konsekvens riving/bygg Radium Manglende konsolidering IKT - RIS/PACS-systemer Tilgjengelighet og kapasitetsnyttelse; overholdelse av medisinskfaglig frist	Metavision Ny Forløpsider og pakkeforløp kret Operasjonskapasitet		
	Lav (2)			Biobankinfrastruktur Håndtering av forskningsdata i tråd med ny personvernforordning (GDPR)	Svikt i overgang til primærh. tjenesten Korridorpasienter/akutmottak (MED/AKU)	Pasienttransport Trusler ovenfor ansatte		
	Ubetydelig (1)					Stikkskader		
		Meget liten (1)	Liten (2)	Moderat (3)	Stor (4)	Svært stor (5)		

Risikoområdene

Risiko	Vurderinger/ tiltak
Bygg og bygningstekniske installasjoner	<p>Store deler av bygningsmassen er foreldet og ikke tilpasset moderne sykehusdrift. Flere komponenter innen elektroområdet (UPS, prioriterte heiser, el. fordelinger) har behov for oppgradering.</p> <p>Tiltak: Egen vedlikeholdstiltaksplan videreføres. Det jobbes aktivt for å holde kritisk utstyr i drift, herunder imøtekomme krav fra tilsynsmyndigheter ift. lov og forskrifter. Elektive investeringer til ordinært vedlikehold blir i mindre grad prioritert innenfor den totale rammen, noe som igjen øker risikoen for sammenbrudd.</p>
Sykehusinfeksjoner - økende resistens-utvikling - Isoleringsbehov	<p>Det ligger til enhver tid pasienter med sykehusinfeksjon i OUS, hvorav om lag en tredjedel med postoperativ sårinfeksjon. Mange av disse kan forebygges. Forekomsten av resistente bakterier er sterkt økende, med flere utbrudd der mange hundre pasienter må screenes etter mulig eksponering.</p> <p>Tiltak: OUS følger handlingsplan for smittevern 2014 - 2018. Antibiotikastyringsprogrammet er under implementering, med planer for økt støtte i klinikkene.</p>
Stor arbeidsbelastning innen flere områder	<p>Arbeidsplaner, sen utlysning, overbelegg.</p> <p>Tiltak: I Prosjekt forbedring av driften er det etablert 3 HR prosjekter som skal bidra til forbedring av blant annet bemanningsstyring, herunder å vurdere om arbeidsplaner er hensiktsmessig.</p> <p>Tiltak: Benytte bemanningspool ved vakante vakter/sykdomsfravær eller annet fravær/behov for ekstra kompetanse.</p>
Ineffektiv bygningsmasse, stort vedlikeholdsetterslep	<p>Historisk disponert lite midler til utvikling av bygningsmassen. Avklare fremtidig sykehusstruktur i konseptfaser. Vedlikeholdsetterslep gjennom flere tiår har medført at bygningsmassen teknisk sett bærer preg av den høye alderen og manglende vedlikehold og fornying. Det foreligger pålegg fra Arbeidstilsynet og DSB om oppgradering av bygningsmasse og infrastruktur.</p> <p>Tiltak: Vedlikeholdsplan er opprettet og følges opp i samråd med Arbeidstilsynet. Løpende vurdering av eksisterende areal.</p> <p>Tiltak: Lån for oppgradering og lukking av avvik ble innvilget for årene 2016-2019 og OUS HF prioriterer de viktigste prosjektene innenfor denne lånerammen inn mot hvert års investeringsbudsjett. Planlegging av nye sykehusbygg / fremtidig sykehusstruktur pågår.</p>
IKT-drift og forsinkede regionale IKT-prosjekter	<p>Forsinkelser og høye kostnader i regionale løsninger. Regionale prosjekter dekker ikke de behov OUS har innen klinisk virksomhet. Manglende kapasitet og kompetanse hos Sykehuspartner HF (SP) medfører at IKT tjenester ikke blir vedlikeholdt og at gjennomføring av prioriterte prosjekter og bestillinger blir sterkt forsinket. Dette går ut over sykehusets evne til å produsere effektive og forsvarlige tjenester til våre brukere. Det manglende vedlikeholdet av IKT infrastruktur og tjenester gir også økt sårbarhet for sykehusets tjenester. Dette kombinert med et høyere trusselnivå innen cyberdomenet gir vesentlig økt risikonivå innen sykehusets IKT tjenester.</p> <p>Tiltak: Bidra til å sikre realistiske planer og definere tydelige leveranser som kan forankres hos HSØ RHF og foretaksgruppen for øvrig. Gjennomføre</p>

	<p>realistiske konsekvensanalyser av hva prosjektgjennomføring/ ibruktakelse vil innebære for resten av foretaket. Vurdere og hensynta samtlige konsekvenser ifm. beslutning om gjennomføring.</p> <p>Vurdere å implementere alternative leveransemodeller. Tydeliggjøre konsekvens av regionale beslutninger for OUS områdeplan IKT. OUS IKT har etablert leveranseteam bestående av ressurser fra SP og OUS IKT.</p> <p>Tett oppfølging av SP leveranser. Forsterke intern kompetanse. Sikre leveranser ved utvidet samarbeid med andre aktører. OUS IKT har etablert leveranseteam bestående av ressurser fra SP og OUS IKT.</p>
IKT støtte til forskning	<p>IKT støtte til forskning er ikke på et tilfredsstillende nivå. Pågående initiativer for å utbedre dette blir forsinket av manglende leveranser og kapasitet i SP. Utilfredsstillende informasjonssikkerhet mhp Forskernett og databaseverktøy.</p> <p>Tiltak: Tett involvering av SP i leveranser og planlegging (foranalyser mv). Høyt fokus på etablering av rutiner ifm ny ekstern leverandør. Iverksette egne lokale prosjekter og samarbeid med UiO for å avhjelpe en uholdbar situasjon for forskerne i OUS. Overflytting av forskere fra Forskernett til UiO og OUS. Videreutvikling av interne registerverktøy. Igangsette foranalyse (bevilget over investeringsbudsjett IKT) for etablering av elektronisk forskningslogg. Prioritere gjennomføring av RIF.</p>
Metavision	<p>Kurvesystemet Metavision er nå i drift på sengeposter, operasjon og intensiv på Ullevål og Rikshospitalet, utrulling til somatiske sengeposter er gjennomført i 2018. utfordringer med systemet er manglende ytelse og mangler i funksjonalitet i løsningen. Mest alvorlig mangel i funksjon er mangler i medikasjonsoppsett og integrasjoner til laboratoriesystemene og integrasjon til DIPS vedrørende hhv. visning av prøvesvar og kritisk informasjon /CAVE.</p> <p>Tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problemer med ytelse er eskalert til høyeste nivå i OUS og følges opp overfor tjenesteleverandør SP av IKT-direktør og systemeier overfor OUS ledermøte. • Mangler i funksjonalitet er eskalert til regional systemeier og til regionalt prosjekt i Regional klinisk løsning.
Operasjonskapasitet	<p>For lav operasjonskapasitet ved hovedlokalisasjonene. Kirurgisk operativ kapasitet mindre enn behov medfører uønskede ventetider/pakkeforløp og forverring av pasientens tilstand/komplikasjoner. Dette gir også økte utgifter.</p> <p>Tiltak: Bedre rutiner for operasjonsplanlegging, tiltakene følges og inngår i arbeidet til de kirurgiske driftsråd og driftsstyret. Strykninger monitoreres i ledermøtene. Se også de to neste punkter om gastrokirurgi og spesialsykepleiere.</p>
Øhjelpsavvikling gastrokirurgi	<p>Flere tilfeller med forsinkelse i avviklingen av øhjelp innen gastrokirurgi.</p> <p>Tiltak: Gjennomgang av operasjons- og PO-kapasitet, styring og organisering av øhjelpsvirksomheten på Ullevål. Det vurderes styrking av mellomvakter på hverdager og i helg for operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere, samt PO hele døgnet hele uken. Når brystkirurgi har flyttet fra Ullevål til Aker, er det mulighet for to nye økter til øyeblikkelig hjelp kirurgi på dagtid pr uke. Ressursforsterkningene planlegges innført i en tiltakspakke der vi adresserer en rekke supplerende tiltak (effektiv kommunikasjon, samarbeid, standardisering etc.) som øker total effekt.</p>
Mangel på spesialsykepleiere og annet personell	<p>Problemer med å rekruttere og beholde tilstrekkelig antall spesialsykepleiere på visse områder. Det er kritisk mangel på intensiv – og operasjonssykepleiere. Høy gjennomsnittsalder hos anestesisykepleiere og mangel på operasjonssykepleiere kan medføre redusere bemanning ved operasjonsstuene.</p> <p>Det er også varslet mangel på andre spesialsykepleiergrupper, inkludert</p>

	<p>jordmødre. Manglende rekruttering av erfarne bioingeniører krever mer intern opplæring. Behov for nye perfusjonister øker.</p> <p>Tiltak: Det er redegjort for flere rekrutteringstiltak j.fr strategisk kompetanseplanlegging og - styring, videreføring av prosjekt om frigjøring av tid for operasjonssykepleiere for økt operasjonskapasitet etc. En egen handlingsplan for rekruttering og profilering er utarbeidet. Inkludert tiltak for å styrke OUS omdømme som en attraktiv arbeidsplass, styrke rekrutteringskompetansen blant ledere og utvikle et samarbeid med OsloMet om frafall fra utdanning. Utdanningsstillinger videreføres. Det er etablert et program for nyansatte og en tverrfaglig arbeidsgruppe som skal arbeide med en helhetlig plan for å håndtere mangel på spesialsykepleiere.</p> <p>Tiltak: Samarbeidsgruppe med representanter fra HR-stab, stab FPS, stab FIU og OSS skal arbeide for at kompetanseutvikling i OUS samkjøres. Samarbeidsgruppen har utviklet flere tiltak med hensyn til utdanning, rekruttering og for å beholde spesialsykepleiere.</p>
<p>Tilgjengelighet og kapasitetsutnyttelse, sikre flyt og forutsigbarhet i pasientbehandlingen</p>	<p>I OUS er det et for stort antall pasienter som ikke får innfridd den angitte medisinskfaglige tiden som er satt for oppmøte (målt ved indikator <i>passert planlagt tid</i>), eller som er i et forløp hvor det ikke er angitt ny tid for oppfølging. (målt ved indikator <i>åpen henvisningsperiode uten planlagt kontakt</i>). Ved inngangen til 2019 dreier det seg om 19 900 pasienter. I tillegg til disse pasientene er det 16 500 nyhenviste som skal ventelisteavklares innen fastsatte ventetider (målt ved indikator <i>gjennomsnittlig ventetid til avvikling</i>). Planleggingshorisonten er på mange poliklinikker kortere enn seks måneder fram i tid, og det er derfor ikke mulig å tildele pasienten fast tid og klokkeslett ved direktebooking eller som «time i hånden».</p> <p>Tiltak: Implementere tiltak for bedre gjennomføring av poliklinisk drift, beskrevet i retningslinje Tilgjengelighet og ressursstyring av poliklinisk virksomhet (dok id 112897). Indikatorer: passert planlagt tid, åpen henvisningsperiode uten planlagt kontakt og gjennomsnittlig ventetid til avvikling</p> <p>Styrke samarbeidet med Velg behandlingssted. Videre sende henvisninger for utvalgte diagnosegrupper/pasientgrupper til avtalespesialister. Gi avslag til pasienter som ikke har behov for hjelp i spesialisthelsetjenesten. Følge opp ledermøtesak 199/17- reduksjon av antall kontroller. Gi "direkte time" innen 10 dager etter mottatt henvisning og gi "time i hånden" etter endt konsultasjon. Påse at videre oppfølging er planlagt og at kontakter er registrert med dato og klokkeslett for neste oppmøte. Forebygge fristbrudd og etterleve meldeordningen til HELFO. Kvalitetssikre ventelistedata før melding til NPR og rette opp avvik fra NPR- tilbakemeldingen.</p> <p>Arbeidet med passert planlagt tid følges opp i Ledelsens gjennomgang. Områder fra indikatorene er tatt inn i revisjonsplan 2019. . i. I resultatmålingen av vårt forbedringsarbeid benyttes DIPS, LIS og www.bit.ly/passertplanlagttid som verktøy og kilde. Gi opplæring til vurderende leger og behandlere som ikke håndterer henvisninger etter gjeldende prosedyrer. Kontinuere tilbud om Internsertifisering- henvisningsperioden.</p>
<p>Økonomisk bærekraft</p>	<p>Det å sikre økonomisk bærekraft er et av de overordnede styringsmålene også for 2019. Et eventuelt vesentlig negativt resultatavvik kan medføre manglende likviditet til å gjennomføre planlagte investeringer i 2019 og manglende gjennomføring av finansierte investeringer fremover (ØLP).</p> <p>Tiltak: Det vil arbeides for å sikre gjennomføring av driften uten vesentlige negative resultatavvik. Klinikene har definert tiltak og arbeider videre med å identifisere nye tiltak blant annet gjennom klinikkvise forbedringsprogram. Det arbeides for å øke gjennomføringsandel av tiltak.</p>

	Ukentlig og månedlig oppfølging av driften. Andre tiltak er oppfølging av effekter av omlegging av finansieringssystem lab og rad samt å sikre korrekt registrering av aktivitet fortløpende.
Kapasitet og standard - medisinsk-teknisk utstyr	<p>Det medisinsk tekniske utstyret ved sykehuset har høy gjennomsnittsalder og har til dels en for dårlig teknisk tilstand. Spesielt sårbar er situasjonen knyttet til kapasitet for radiologi og patologi.</p> <p>Tiltak: Det er budsjettert med over 440 millioner kroner til investeringer i MTU i 2019. Det forventes ingen vesentlig endring av risikobildet for MTU som følge av investeringsplanene for 2019, da det tar tid å erstatte sammenbrutt utstyr. Det arbeides videre med årlige investeringer i tråd med Områdeplan for utskiftning av medisinsk teknisk utstyr.</p>
Ambulansestyling	<p>Med et stort, tett befolket geografisk område å dekke og ulike ambulansetjenester å koordinere, har det oppstått behov for et IKT- verktøy (beslutnings- og flåtestyringssystem) for bedre styring av tilgjengelige ressurser og materiell.</p> <p>Tiltak: Det er initiert et arbeid for ny permanent AMK sentral fordi man på sikt vil få betydelige kapasitetsproblemer igjen.</p> <p>Etablere bedre teknologiske løsninger i AMK som elektronisk beslutningsstøtte og flåtestyring - midlertidig i OUS og varig iht nasjonale prosesser. Dette inkluderer også prehospital EPJ.</p>
Tilgang til kritiske legemidler	<p>Leveringssvikt inn til sykehusapoteket av viktige legemidler.</p> <p>Tiltak: Legemiddelkomiteen i samarbeid med Sykehusapoteket Oslo holder oversikt over situasjonen og informerer ansatte ved OUS om:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hvilke legemidler hvor man har leveringssvikt - når/om de forventes tilbake - hvilke alternative legemidler som anbefales i den konkrete situasjonen.
Intern overflytning av kritisk syke pasienter	<p>Tiltak: Omfanget av interne overflyttinger særlig fra Aker er kartlagt og risikogrupper identifisert. Det er utarbeidet en retningslinje for hvordan dette skal håndteres. Ansatte læres opp i National Early Warning Score.</p>
Kapasitet radiologi og svartider patologi	<p>Manglende kapasitet innen radiologi, pga til dels gammelt utstyr med begrensninger og økt etterspørsel. Fortsatt risiko for lange svartider innen patologi: Laboratoriene mangler areal og utstyr, samt noe bemanning. Innen enkelte organområder i patologi er det begrenset tilgang på patologer med riktig kompetanse. For liten kapasitet i molekylærpatologi.</p> <p>Tiltak: Øke fokus på pakkeforløp for kreft der radiologi og patologi ofte representerer flaskehalsen.</p> <p>Det gjøres undersøkelser av passert ønsket dato for radiologiske undersøkelser.</p> <p>Kjøp av bildediagnostikk hos private der dette gir et faglig tilfredsstillende tilbud og bidrar til en samlet kapasitetsøkning i Helse Sør-Øst.</p> <p>Harmonisere protokoller for radiologi i regionen.</p> <p>Svartider på patologi følges i lederdialogen i linjen.</p> <p>Omstrukturere og bedre logistikk og arbeidsflyt knyttet til patologiske undersøkelser. Sikre ibruktakelse av nye lokaler for patologi. Samle og samordne den faglige virksomheten i patologi.</p>
Intensiv- og inter-mediærseger	<p>Begrenset tilgang på po-, intensiv- og intermedieærseger.</p> <p>Tiltak: Sykehuset har ikke lyktes med noen vesentlig økning i antall intensivsykepleiere. Det er utviklet et trainee-program hvor sykepleiere uten videreutdanning i intensivsykepleie, deltar i en intern opplæring på 6-8 mnd. Tiltaket videreføres og tas i bruk også i HLK.</p>

	Tiltak: Ombygging nyfødtintensiv.
Forløpstider og pakkeforløp kreft	<p>Måloppnåelsen er for lav for de store grupper.</p> <p>Tiltak: Det er etablert forløpskoordinatorer, men det fokuseres fortsatt på tilstrekkelig utrednings- og behandlingsskapasitet, ledelse og samhandling i pakkeforløpene innad i OUS og mot andre helseforetak. Det er behov for at andre enn forløpskoordinatorene har kompetanse på registreringer og administrative rutiner for å redusere sårbarheten ved sykefravær osv.</p>
Kliniske systemer, opplæring	<p>Flere kliniske systemer dekker nå større deler av dokumentasjon av helsehjelpen gitt ved OUS. Innføring av systemer knyttet til legemiddelforordning og administrering av høye krav til å være dokumentert i sanntid og korrekt. Løsningene i drift er komplekse og lite intuitive hvilket medfører behov for opplæring. Det tar lengre tid for brukere å lære systemet så godt at det kan dras effekter at å få fått IKT støtte i arbeidsprosessen. Det er behov for ny opplæring som tar høyde for at brukerne er på et annet nivå enn da de fikk første opplæring.</p> <p>Tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prosjektet Gevinster ved innføring av kliniske IKT-system skal kunne identifisere gode tiltak for å dra mer nytte ut av bruken av IKT (DIPS). • Lokal forvaltning tilpasser videre kurs og oppfølging av ibruktageelse av Metavision der dette er innført for å bedre arbeidsprosesser og fasilitere beste praksis i bruk av løsningen.
Utsending av epikriser	<p>Utsending av elektroniske epikriser og labsvar følger de samme mekanismene som elektroniske henvisninger, og har de samme sårbarhetene.</p> <p>Tiltak: Utsending av epikriser og laboratoriesvar følges opp av overvåknings-verktøyet Message Tracking Monitor (MTM) ved Sykehuspartner. I tillegg arbeides det med å begrense muligheten til å benytte uriktige adresser for brukerne, og formidle korrekt bruk av tjenestebasert adressering. Målet for oppfølgingen er å kutte papir helt.</p> <p>Tiltak: Ferdigstille en avstemningsløsning for kontroll av patologisvar som sendes internt fra Doculive-Patologi til DIPS.</p>
Svikt i oppfølging av pasienter i overgang til primærhelse-tjenesten	<p>Det er for lite fokus på pasientforløpsarbeidet i et hjem til hjem perspektiv. Lovpålagt funksjon som pasientkoordinator er ikke på plass i klinikkene. Bruk av sjekklister ved utskrivning er for dårlig implementert.</p> <p>Tiltak: Det er stort fokus på å sikre at epikriser og laboratoriesvar kommer frem til korrekt mottaker. Utsendelsene monitoreres via systemet MTM. Brukerfeilene er redusert i vesentlig grad, dette innebærer at OUS nå skal stoppe utsendelser av papirepikriser parallelt med den elektroniske.</p> <p>Tiltak: Det jobbes fortsatt med etablering av koordinatorer i alle klinikker som driver pasient-behandling. I flere klinikker er funksjon tilsvarende koordinator på plass. Koordinatorene skal ivareta pasientforløpene fra hjem til hjem, ha fokus på overgangene i forløpene og arbeide aktivt ut mot primærhelse-tjenesten. Etablering av kontaktlegefunksjon vil ytterligere bidra til å sikre koordinerte tjenester internt i OUS og i overgangene ut mot fastleger og andre henvisere.</p> <p>Tiltak: PLO-meldinger er nå breddet til nesten alle landets kommuner. Elektroniske Dialogmeldinger mellom sykepleiere i OUS og sykepleiere i kommunen sikrer rask avklaring f.eks. i forbindelse med utskrivninger. OUS arbeider aktivt for at også elektroniske dialogmeldinger mellom leger kan realiseres så raskt som mulig.</p>

Risikovurdering 1. tertial 2019

	<p>Tiltak: Det arbeides med å sikre at OUS ulike samhandlingsparter deltar i pasient-forløpsarbeidet fra "hjem til hjem". De inngåtte samarbeidsavtalene benyttes som strategiske virkemidler i arbeidet. Det samme gjelder for felles handlingsplaner. OUS har sammen med tre bydeler og sykehjemsetaten i Oslo kommune et tre-årig nasjonalt program som nettopp skal sikre helhetlige og trygge pasientforløp for eldre og sårbare pasienter.</p>
Korridorpasienter/akuttmottak	<p>I perioder der influensa er i høysesong er sykehuset spesielt utsatt for overbelegg i sengeposter og akuttmottak.</p> <p>Tiltak: Revidere retningslinje for overbelegg og flytting av pasienter mellom avdelinger og klinikker. Utarbeide og revidere flytskjema.</p>
Kap./driftprobl. AMIS spes v/større hendelser	<p>Systemet har ikke kapasitet til større hendelser med mange ressurser knyttet til samme hendelse. I tillegg hyppige problemer med nedetid.</p> <p>Tiltak: Etablere bedre teknologiske løsninger i AMK som elektronisk beslutningsstøtte og flåtestyring - midlertidig i OUS og varig iht nasjonale prosesser. Dette inkluderer også prehospital EPJ.</p>
Manglende konsolidering IKT - RIS/PACS-systemer	<p>Regionalt RIS/PACS-prosjekt strandet. Ikke anledning til å gjøre lokale konsolideringer.</p> <p>Tiltak: Anskaffelse av radiologiløsning og multimediearkiv for helseforetakene i HSØ er påbegynt. Mandatet er gitt til OUS.</p>
Pasienttransport	<p>Godtatte bestillinger av pasienttransport blir ikke utført. Enkelthendelser med alvorlig konsekvens i fjor er i vinter konkludert fra Fylkesmannen som forsvarlighetsbrudd.</p> <p>Tiltak: <u>Transportselskap følges kontinuerlig opp på målbare forbedringer.</u></p>
Bemanningsstyring	<p>Manglende kunnskap om regelverket og sammenhengen mellom fast og variabel lønn; manglende forståelse for/lojalitet til nødvendigheten av bemanningsstyring; ikke god nok oversikt over arbeidsplaner og tjenesteplaner; ikke tilstrekkelig kontroll ved ansettelser; ikke god nok planlegging av drift og rekruttering; ikke god nok dialog mellom arbeidsgiver og tillitsvalgte.</p> <p>Tiltak: I Prosjekt forbedring av driften 2017-2018 er det etablert 3 HR prosjekter som skal bidra til forbedring av blant annet bemanningsstyring. I tillegg vil det fortsatt være tett oppfølging med kurs i lov og avtaleverk og optimalisering i bruk av GAT som planleggings- og styringsverktøy.</p> <p>Tiltak: Nye rutiner for kontroll og styring av bemanningsutvikling implementeres våren 2019.</p>
Arbeidstidsbrudd og oppfølging av disse	<p>Krav til forsvarlig drift og kompetanse. Mangel på kompetanse; for lite kjennskap til regelverket; for lite lojalitet i etterlevelse av regelverket; ikke tilstrekkelig tilgang til kvalifiserte vikarer; ikke god nok ressursplanlegging; -utnyttelse og ferieavvikling, samt uforutsette hendelser.</p> <p>Tiltak: Fortsette oppfølgingen av brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Dialog med den enkelte klinikk om tiltak for å redusere arbeidstidsbrudd og gjennomgang og rapportering av arbeidstidsbrudd i LGG.</p> <p>Tiltak: Erfaringsutveksling mellom foretakene i HSØ om arbeidet for å redusere arbeidstidsbrudd og samarbeid med HSØ mht. utvikling av GAT.</p>
Vold mot ansatte Trusler mot ansatte	<p>Aggressive og voldelige pasienter og pårørende. Manglende (regelmessig) trening i håndtering (i somatikken).</p> <p>Tiltak: Nytt e-læringskurs om vold og trusler er ferdig. Laget av Akuttklinikken i samarbeid med PHA og OSS (Sikkerhet). Planlegges</p>

Risikovurdering 1. tertial 2019

	implementert i hele sykehuset via klinikkens AMU etter vurdering per klinikk. Følge opp rapportering i ledelsens gjennomgang i 2. tertial 2018 om hvordan klinikkledelsen i den enkelte klinikk planlegger og gjennomfører forebyggende arbeid på området.
Kjemikaliesikkerhet	Manglende risikovurdering og substitusjonsvurdering. Manglende nødprosedyrer. Mangelfull etterlevelse av prosedyrer Tiltak: Arbeidet med risiko- og substitusjonsvurderinger er godt i gang i mange klinikker, men det tar tid å komme til ønsket nivå. De fleste klinikkene har tilsynelatende temaet høyt på agendaen. Dette følges opp av Arbeidsmiljøavdelingen årlig.
Stikkskader	Manglende etterlevelse av prosedyrer, manglende kjennskap til prosedyrer, høyt arbeidspress, tidspress Tiltak: Undersøkelser har vist at 16 % av bestilte venekanyler til sykehuset i første halvår 2018 hadde sikkerhetsmekanisme. Det settes i gang et arbeid i samarbeid mellom Arbeidsmiljøavdelingen og Direktørens stab, for å innføre innkjøpsordninger som kontrollerer at utstyr med sikkerhetsmekanismer blir standard.
HMS-konsekvens riving / byggeprosjekt Radiumhospitalet	Byggingen vil føre til rokader og utfordringer for drift og arbeidsmiljø. Mange mennesker vil bli flyttet til midlertidige lokaler som kan medføre tilbrudd på krav til arbeidsplasser. Tiltak: Følge opp arealutvalg. Påse at informasjon og planer forankres og iverksettes, god kommunikasjon mellom prosjekt og ledere/ansatte gjennom grupper for medvirkning.
Mangel på utdanningskapasitet for leger i spesialisering	Ifm. med faste LIS-stillinger har OUS inngått avtaler med andre HF om å kunne levere gjennomstrømsstillinger (gruppe gr.1-tjeneste) på 1,5 års varighet. Flere HF i regionen har økt antall LIS stillinger uten at OUS har kunnet øke tilsvarende gjennomstrømsstillinger. Innføring av 3 årsregelen for faste stillinger medfører en vesentlig reduksjon for gjennomstrømsstillinger og for utdanning av LIS generelt. Denne problemstillingen reduserer utdanningskapasiteten i regionen betraktelig. I løpet av de neste 4 år er prognosen for OUS ca. 400 nye faste LIS, av totalt ca. 900 LIS-stillinger. Vi har allerede ca. 300 faste LIS. OUS har definert at 349 LIS stillinger skal være gjennomstrømsstillinger. Dette lar seg vanskelig gjennomføre. Tiltak: Klinikkvise gjennomganger med kritisk blikk på bruk av vikarstillinger. Prosjektet «Bruk av legerressurser» skal se på LIS-løp og dimensjonering.
Mangel på praksisplasser for sykepleiestudenter innen kirurgi.	Økt opptak av sykepleiestudenter på høyskoler og universitet- flere studenter skal ha praksis i sykehusene. Klinikken har ikke kapasitet til å veilede flere studenter. Tiltak: Det er nedsatt en arbeidsgruppe i HSØ, der OUS ønsker å bidra, for å lage struktur for samarbeid om opptakenes størrelse før disse fastsettes av utdanningsinstitusjonene
Biobankinfrastruktur med utilfredsstillende lagringsforhold.	Lagringsfasiliteter lokalt (dårlig kapasitet og mangelfull overvåking), ufullstendig institusjonell oversikt over eksisterende forskningsbiobanker, ikke god nok utnyttelse av forskningsbiobanker. Tiltak: Ferdigstille nødvendig dokumentasjon for å kunne igangsette forprosjekt for lagringsareal på Radiumhospitalsområdet, og detaljere en organisasjonsmodell for biobankinfrastruktur på OUS.
Kliniske studier – kapasitet	Manglende ressurser (tid) i klinikkene til i vesentlig grad å oppfylle krav fra eier om flere pasienter i kliniske studier. Press på støttefunksjoner som er nødvendige for kliniske studier, herunder billediagnostikk. Reduserte inntekter gjennom endret ordning for disponering av inntekter fra kliniske

Risikovurdering 1. tertial 2019

	<p>studier (avvikling av forskningsfond hos Inven2).</p> <p>Tiltak: Klinikkerne er bedt om å planlegge for gjennomføring av studier, som angitt i oppdragsdokument til klinikken og budsjettsskriv. Videre arbeid i OUS og nasjonalt for å skaffe bedre datagrunnlag over pågående og nye kliniske studier: oppdragsstudier, egeninitierte kliniske studier og antall pasienter inkludert pr år pr studie (nasjonal prøverapportering, som må forbedres i 2019).</p>
Håndtering av forskningsdata i tråd med ny personvernforordning (GDPR)	<p>Opplæring i, forståelse og etterlevelse av omfattende regelverk som regulerer forskningsvirksomhet, herunder etikk, personvern og informasjonssikkerhet i lys av ny personvernforordning.</p> <p>Tiltak: Revidere prosedyrer og maler i tråd med utredning fra 07.09.18 fra arbeidsgruppe i Direktørens stab: Gjennomgang av status og tiltak i OUS ifm GDPR. Lede nasjonalt arbeid for harmonisering av deling av aidentifiserte data.</p>
Veiledning og supervisjon av leger i spesialisering	<p>Mangelfull veiledning og mangelfull supervisjon, spesielt på dagtid.</p> <p>Tiltak: OUS gjennomfører flere nyetablerte veilederkurs. Klinikkerne følges opp vedrørende påmelding til disse kursene. Klinikkerne må tilrettelegge for tid til veiledning/supervisjon.</p>

Målgruppe: Styret
Faglig ansvarlig: Ass. direktør Sølvi Andersen
Stab fag, pasientsikkerhet og samhandling
Dato: 05.02.19

Styresak 2/2019 Vedlegg 2 - Tabellvedlegg

Foreløpige resultater 2018

Tabellvedlegg

Rapporten viser enkelte indikatorer for driften ved Oslo universitetssykehus HF

1. Innhold i tabellvedlegg

2. Pasientbehandling

- 2.1 Aktivitet
- 2.2 Ventelisteutvikling
- 2.3 Fristbrudd
- 2.4 Epikrisetid
- 2.5 Pasientsikkerhetsprogram
- 2.6 Uønskede hendelser og klager
- 2.7 Brukerundersøkelsen

3. Økonomi og finans

- 3.1 Økonomisk resultat OUS
- 3.2 Økonomisk resultat klinikker
- 3.3 Investeringer og likviditet

4. Bemanning

- 4.1 Bemanningsutvikling – graf OUS
- 4.2 Bemanningsindikatorer
- 4.3 Utvikling sykefravær
- 4.4 Sykefravær per klinikk

5. Revisjoner og tilsyn

- 5.1 Intern revisjon og konsernrevisjon
- 5.2 Eksterne tilsyn

Definisjoner årsverksindikatorer

Følgende klinikkbetegnelser er brukt i tabeller/grafar:

PHA	Klinikk psykisk helse og avhengighet
MED	Medisinsk klinikk
HHA	Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi
NVR	Nevroklinikken
OPK	Ortopedisk klinikk
BAR	Barne- og ungdomsklinikken
KVI	Kvinneklinikken
KIT	Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon
KRE	Kreftklinikken
HLK	Hjerte-, lunge- og karklinikken
AKU	Akuttklinikken
PRE	Prehospital klinikk
KLM	Klinikk for laboratoriemedisin
KRN	Klinikk for radiologi og nukleærmedisin
KRG	Kreftregisteret
OSS	Oslo sykehuservice
STA	Direktørens stab
FPO (SPO)	Fellesposter
Konsern	Datterselskap
OUS	Oslo universitetssykehus HF

Andre forkortelser og begrep:

HIÅ: Hittil i år

Status per mnd: Akkumulerte tall

PHV: Psykisk helsevern

VOP: Voksenpsykiatri

BUP: Barne- og ungdomspsykiatri

TSB: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

SSE: Statens senter for epilepsi

2.1 Aktivitet somatikk (ISF-poeng)

Oppdatert per 17/01-2019									
Periode: DESEMBER 2018	Periodens tall				Rapportert per desember			Sammenligning 2017	
Klinikk	Budsjett	Resultat	Avvik	Avvik i %	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Endring	i %
Medisinsk klinikk	2 264	2 167	-97	-4,3 %	27 882	-574	-2,1 %	-77	-0,3 %
Hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	1 494	1 434	-60	-4,0 %	19 416	-897	-4,6 %	-646	-3,4 %
Nevroklubikken	2 085	1 946	-139	-6,7 %	26 432	-479	-1,8 %	-296	-1,1 %
Ortopedisk klinikk	1 942	1 705	-237	-12,2 %	22 342	108	0,5 %	-14	-0,1 %
Barn- og ungdomsklubikken	1 302	1 079	-223	-17,1 %	15 744	-64	-0,4 %	425	2,8 %
Kvinnklubikken	1 461	1 444	-17	-1,2 %	20 595	-166	-0,8 %	183	0,9 %
Kirurgi, inflammasjonsmedisin og transpl	3 135	3 048	-87	-2,8 %	38 500	-978	-2,5 %	-430	-1,1 %
Kreftklubikken	2 528	2 337	-191	-7,6 %	31 504	-235	-0,7 %	623	2,1 %
Hjerte-, lunge- og karklubikken	2 690	2 500	-190	-7,1 %	33 529	-60	-0,2 %	725	2,2 %
Akuttklubikken	142	109	-33	-23,2 %	1 771	-142	-8,0 %	3	0,2 %
Laboratoriemedisin	14	12	-2	-14,3 %	187	12	6,4 %	13	7,0 %
SUM KLINIKKER	19 057	17 781	-1 276	-6,7 %	237 902	-3 475	-1,5 %	509	0,2 %
Fellesposter (H-reseptor, grupper mv)	295	-1 270	-1 565	-530,5 %	4 154	-509	-12,3 %		
SUM TOTALT	19 352	16 511	-2 841	-14,7 %	242 056	-3 984	-1,6 %	509	0,2 %

- Estimat for forventet etterregistrering er inkludert i rapportert resultat.
- Ved sammenligning med 2017 er 2017-data fremstilt med vektor og logikk for 2018. Sammenligningen omfatter aktivitet utført ved Oslo universitetssykehus HF.

2.1 Aktivitet – psykisk helsevern

Rapporteringsperiode: DESEMBER 2018	Denne periode				Hittil i år				2018 mot 2017	
Oslo universitetssyke hus HF	Resultat	Budsjett	Awik	%	Hittil i år	Budsjett	Awik	%	Endring	%
Psykisk helsevern - voksen										
Antall utskrevne pasienter døgntil behandling	155	193	-38	-19,5 %	2 220	2 341	-121	-5,2 %	-120	-5,1 %
Antall liggedøgn døgntil behandling	5 805	6 050	-245	-4,0 %	70 015	71 310	-1 295	-1,8 %	-1 002	-1,4 %
Antall polikliniske konsultasjoner	6 047	7 049	-1 002	-14,2 %	90 311	93 449	-3 138	-3,4 %	1 097	1,2 %
Psykisk helsevern - barn og unge										
Antall utskrevne pasienter døgntil behandling	19	16	3	22,2 %	202	167	35	20,6 %	34	20,2 %
Antall liggedøgn døgntil behandling	835	692	143	20,7 %	10 697	7 943	2 754	34,7 %	2 461	29,9 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	260	324	-64	-19,8 %	3 631	3 698	-67	-1,8 %	-67	-1,8 %
Antall polikliniske konsultasjoner	2 948	3 049	-101	-3,3 %	45 716	44 507	1 209	2,7 %	338	0,7 %
Antall polikliniske konsultasjoner PHA	2 277	2 739	-462	-16,9 %	36 928	38 013	-1 085	-2,9 %	-2 114	-5,4 %
Antall polikliniske konsultasjoner BAR	671	309	362	117,1 %	8 788	6 494	2 294	35,3 %	2 452	38,7 %
TSB										
Antall utskrevne pasienter døgntil behandling	143	197	-54	-27,4 %	2 231	2 367	-136	-5,7 %	-136	-5,7 %
Antall liggedøgn døgntil behandling	2 148	1 990	158	8,0 %	25 443	24 686	757	3,1 %	757	3,1 %
Antall polikliniske konsultasjoner	1 805	1 801	4	0,2 %	25 044	23 831	1 213	5,1 %	1 794	7,7 %

2.1 Aktivitet radiologi

Vektete aktivitetstall

Vekter: Vektet mot RG (røntgen) som utgangspunkt. RG = 1,0.

	Vekter (NCRP-vekt)	Mnd 2017	Mnd 2018	HiÅ 2017	HiÅ 2018	%-vis endring 2017-2018 Mnd	%-vis endring 2017-2018 HiÅ
Modalitet		H	H	H	H	H	H
Angio	25,8	5 599	6 450	75 155	77 787	15,2 %	3,5 %
CT	9,9	52 628	52 520	664 211	683 823	-0,2 %	3,0 %
MG	18,3	5 801	5 527	93 056	82 862	-4,7 %	-11,0 %
MR	17,1	41 536	41 485	592 583	574 115	-0,1 %	-3,1 %
NM	12,3	5 683	4 317	79 397	75 141	-24,0 %	-5,4 %
PET	37,1	13 171	14 135	186 019	194 701	7,3 %	4,7 %
RG	1	13 406	12 782	166 183	166 393	-4,7 %	0,1 %
UL	1,9	5 824	5 464	76 779	74 852	-6,2 %	-2,5 %
MG - screen	18,3	23 625	22 399	360 675	384 959	-5,2 %	6,7 %
TS	1	2 432	2 074	30 730	31 509	-14,7 %	2,5 %
Totalt		169 704	167 153	2 324 788	2 346 142	-1,5 %	0,9 %

H - henvisninger, MG - mammografi, NM - nukleærmedisin, RG - konvensjonell røntgen, TS - tilsendte undersøkelser

Mer informasjon finnes i LISet under rapportmeny OUS RIS

2.1 Intensivaktivitet

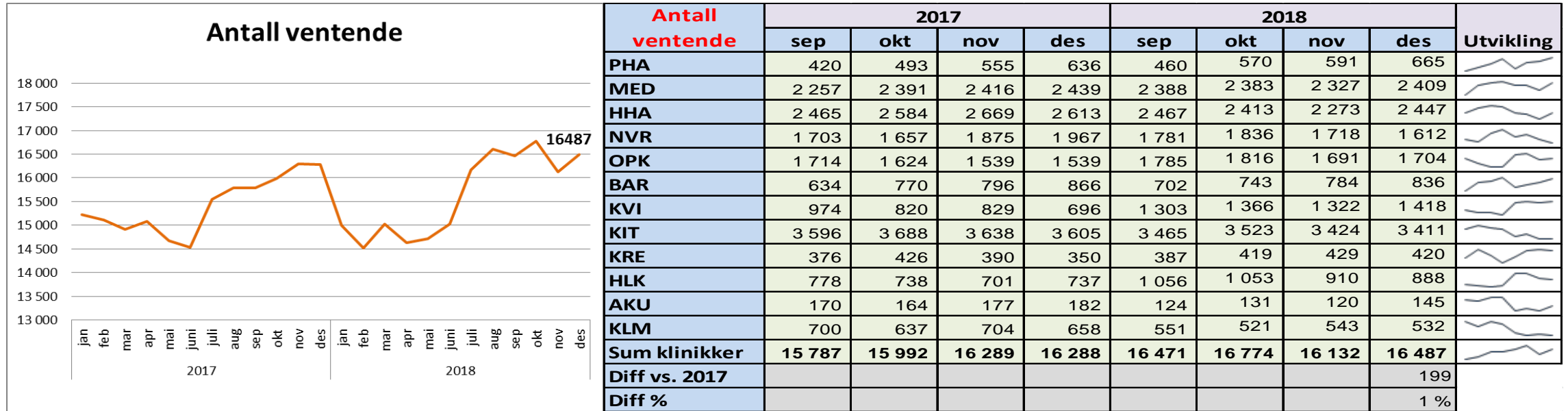
Aktivitet	Des 2018	Akkumulert Des 2018	Des 2017	Akkumulert Des 2017	Endring 2017-2018	Endring i %
Antall intensivpasienter						
AKU	285	3 376	265	3 226	150	4,6 %
BAR	60	894	64	850	44	5,2 %
MED	72	951	88	973	-22	-2,3 %
Antall intensivdøgn						
AKU	1 325	14 484	1 289	14 615	-131	-0,9 %
BAR	507	9 251	815	9 238	13	0,1 %
MED	387	3 848	296	3 483	365	10,5 %
Antall respiratordøgn						
AKU	650	7 227	673	7 883	-656	-8,3 %
BAR	280	6 045	558	6 780	-735	-10,8 %
MED	178	1 802	151	1 740	62	3,6 %

Intensivaktivitet i HLK inngår foreløpig ikke i tabellen.

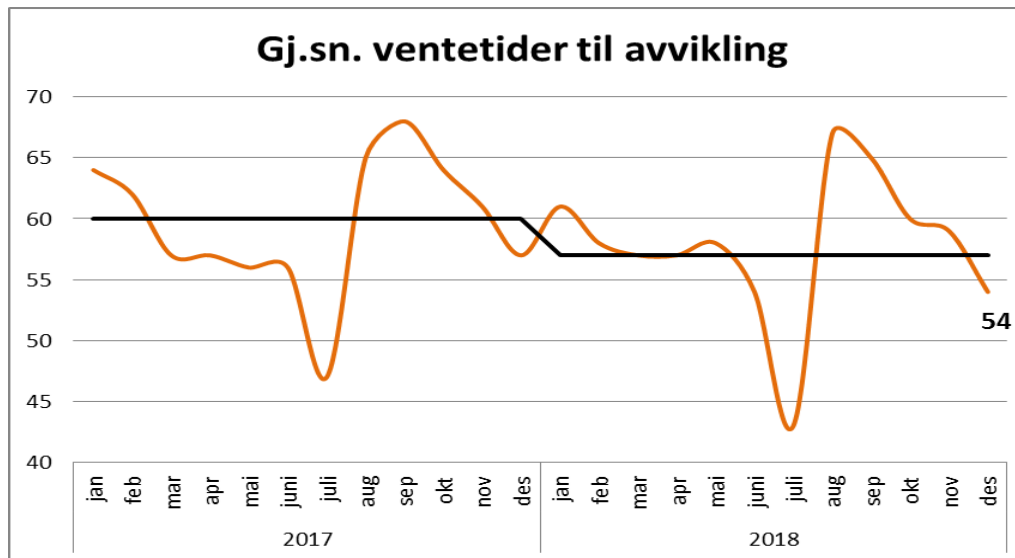
2.1 PO-aktivitet (Akuttklinikken)

Aktivitet	Des 2018	Akkumulert Des 2018	Des 2017	Akkumulert Des 2017	Endring 2017-2018	Endring i %
Antall PO-pasienter AKU						
Barneintensiv, RH	29	570	32	601	-31	-5,2 %
Barneintensiv US	60	555	27	322	233	72,4 %
Generell Intensiv US	12	261	30	229	32	14,0 %
Generell int 1, RH	41	334	24	254	80	31,5 %
Generell int 2, RH	46	470	39	305	165	54,1 %
Nevrointensiv, Ullevål	27	167	14	125	42	33,6 %
PO, Aker	389	5 410	394	5 350	60	1,1 %
PO, Radium	208	2 963	228	2 939	24	0,8 %
PO, RH	679	10 323	712	10 558	-235	-2,2 %
PO, Ullevål	321	4 742	403	4 849	-107	-2,2 %
Sum antall PO-pasienter AKU	1 812	25 795	1 903	25 532	263	1,0 %
Liggedøgn PO-pasienter AKU						
Barneintensiv, RH	8	133	6	139	-6	-4,3 %
Barneintensiv US	13	151	7	97	54	55,7 %
Generell Intensiv US	5	113	13	92	21	22,8 %
Generell int 1, RH	11	104	7	72	32	44,4 %
Generell int 2, RH	8	102	8	82	20	24,4 %
Nevrointensiv, Ullevål	15	85	7	59	26	44,1 %
PO, Aker	67	911	68	973	-62	-6,4 %
PO, Radium	53	662	48	651	11	1,7 %
PO, RH	73	1 153	76	1 208	-55	-4,6 %
PO, Ullevål	87	1 370	115	1 376	-6	-0,4 %
Sum antall liggedøgn PO-pasienter AKU	340	4 784	355	4 749	35	0,7 %

2.2 Ventelisteutvikling – antall ventende

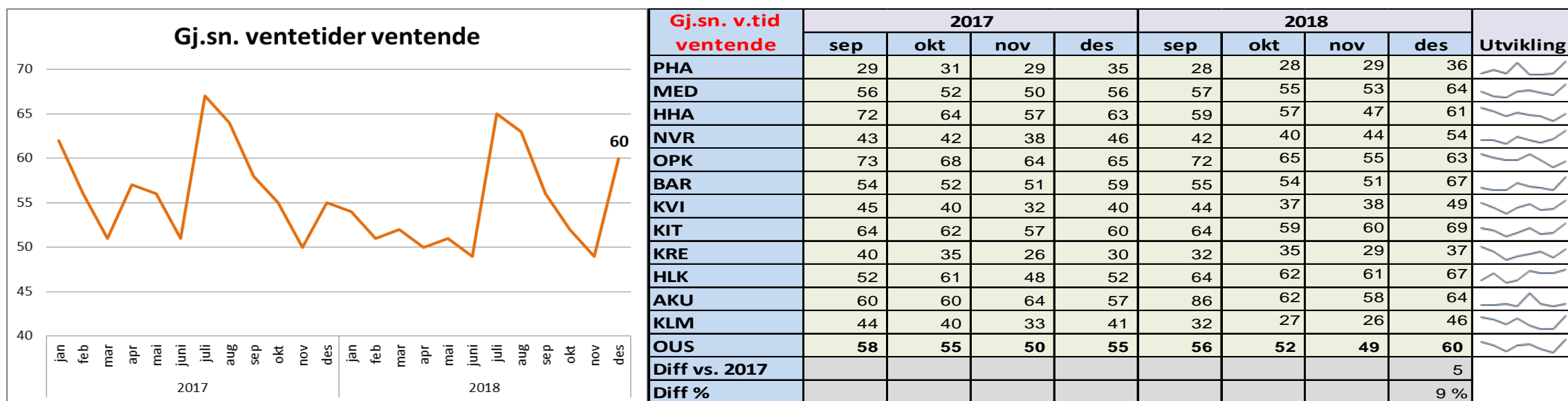


2.2 Gjennomsnittlige ventetider til avvikling



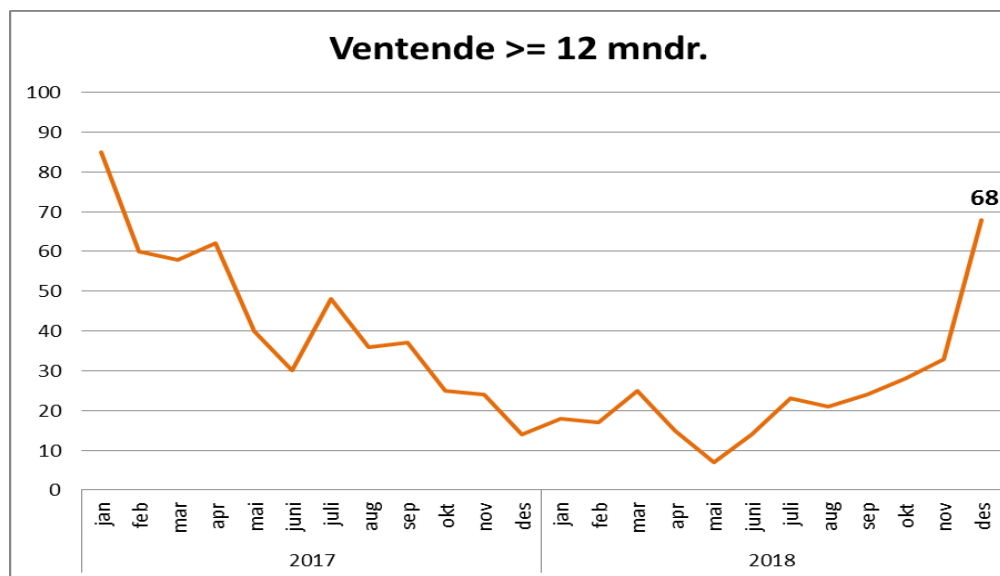
Gj.sn. v.tid til avvikling	2017				2018				Utvikling
	sep	okt	nov	des	sep	okt	nov	des	
PHA	47	43	39	42	52	36	45	40	
MED	71	64	64	56	66	65	65	55	
HHA	74	69	68	64	69	68	62	49	
NVR	67	58	56	57	64	56	55	63	
OPK	92	90	76	80	95	94	88	73	
BAR	73	61	64	60	78	61	64	53	
KVI	68	59	47	41	49	46	44	41	
KIT	73	77	74	67	71	67	66	64	
KRE	27	25	26	27	37	31	25	27	
HLK	69	62	59	66	81	75	79	93	
AKU	94	91	69	77	112	109	93	82	
KLM	43	43	35	32	39	30	27	29	
OUS	68	64	61	57	65	60	59	54	
Diff vs. 2017								-3	
Diff %								-5 %	

2.2 Gjennomsnittlige ventetider ventende



Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

2.2 Langtidsventende (>= 12 mnd)



Antall ventet >= 1 år	2017				2018				Utvikling
	sep	okt	nov	des	sep	okt	nov	des	
PHA	-	1	-	-	-	2	1	0	
MED	-	1	4	1	-	-	1	5	
HHA	22	6	6	3	5	9	0	18	
NVR	2	2	-	2	2	1	4	9	
OPK	3	2	2	1	3	1	1	1	
BAR	-	-	-	1	-	2	0	2	
KVI	1	-	-	-	-	-	3	6	
KIT	5	6	9	4	13	9	19	23	
KRE	1	1	2	1	1	3	2	0	
HLK	2	5	-	-	-	1	2	2	
AKU	-	-	1	-	-	-	0	0	
KLM	1	1	-	1	-	-	0	2	
Sum	37	25	24	14	24	28	33	68	
Diff vs. 2017								54	
Diff %								386 %	

2.3 Fristbrudd

Fristbrudd ordinært avviklede	2017				2018				Andel des	Utvikling
	Antall				Antall					
	sep	okt	nov	des	sep	okt	nov	des		
PHA	1	3	1	2	-	1	3	3	1,2%	
MED	3	1	1	1	5	5	6	4	0,6%	
HHA	6	8	7	2	14	13	11	5	0,6%	
NVR	3	7	2	6	5	5	6	1	0,1%	
OPK	2	2	-	1	-	2	1	-	0%	
BAR	9	2	5	5	15	3	4	-	0%	
KVI	5	5	1	7	5	19	3	5	0,8%	
KIT	42	32	43	17	17	15	16	18	1,8%	
KRE	14	3	7	3	19	11	3	7	2,4%	
HLK	11	3	2	5	-	4	-	1	0,4%	
AKU	-	-	-	-	-	-	-	-	0%	
KLM	-	-	-	-	-	-	-	-	0%	
Sum	96	66	69	49	80	78	53	44	0,8%	
Endr fra 2017									-5	
Endr i %									-10 %	

Fristbrudd ventende	2017				2018				Andel des	Utvikling
	Antall				Antall					
	sep	okt	nov	des	sep	okt	nov	des		
PHA	-	-	2	-	2	1	-	2	0,3%	
MED	-	-	4	1	-	-	1	9	0,4%	
HHA	8	3	1	3	4	3	2	6	0,2%	
NVR	4	2	1	4	-	3	-	-	0%	
OPK	-	2	2	3	-	1	-	-	0%	
BAR	1	9	12	31	3	1	-	9	1,1%	
KVI	-	2	4	-	4	-	1	12	0,8%	
KIT	20	27	26	37	7	25	28	62	1,8%	
KRE	13	2	3	12	6	3	3	1	0,2%	
HLK	3	4	1	4	1	4	9	5	0,6%	
AKU	-	-	-	-	-	-	-	-	0%	
KLM	-	-	-	-	-	-	-	-	0%	
Sum	49	51	56	95	27	41	44	106	0,6%	
Endr fra 2017									11	
Endr i %									12 %	

Fristbrudd avviklede: Frist var overskredet på tidspunkt for avvikling.

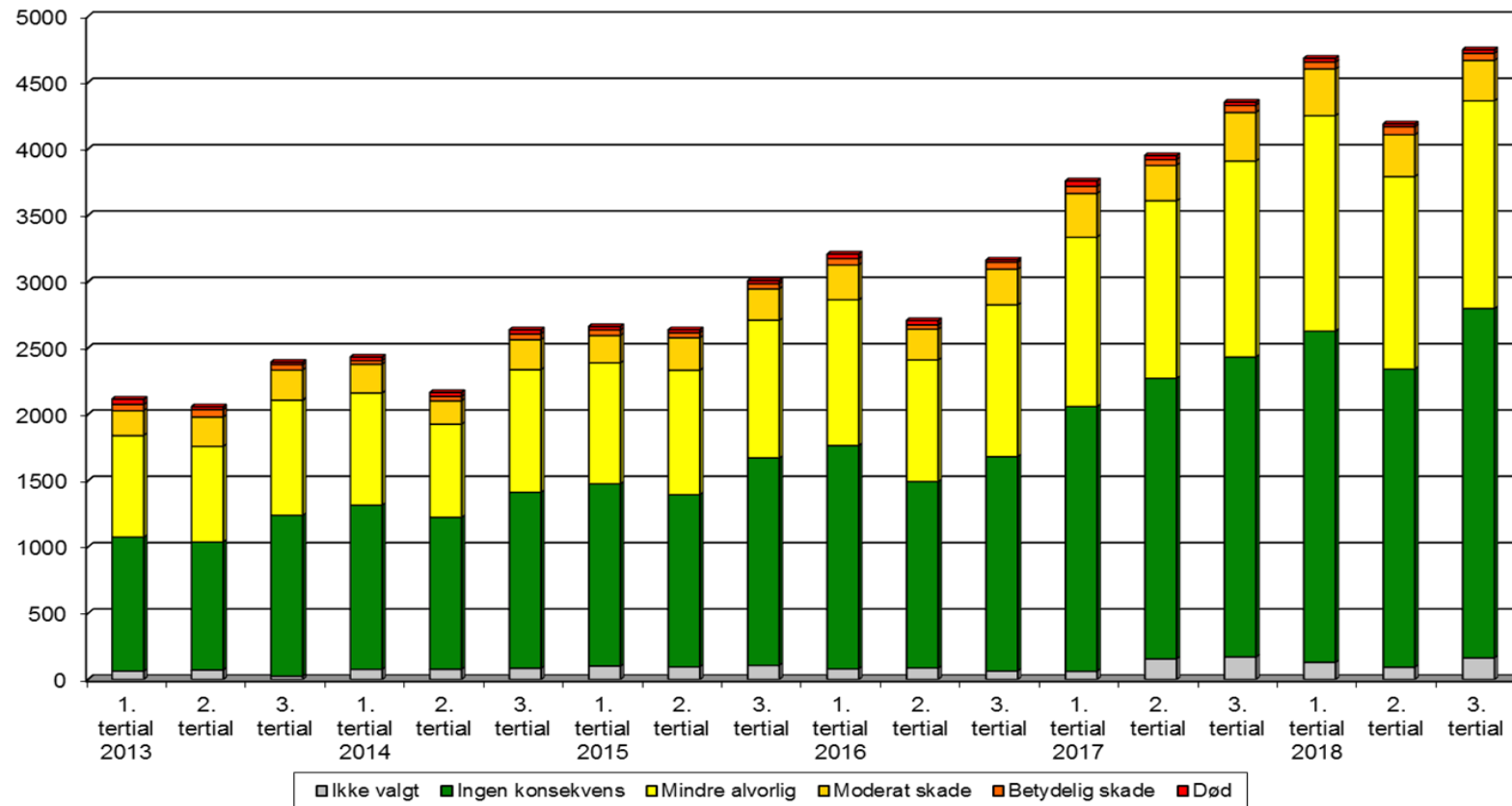
Fristbrudd ventende: Antall ventende ved utgangen av perioden med fristbrudd.

2.4 Epikrisetid

Klinikk	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Utvikling
AKU	86,4	73,3	76,9	81	84,2	71,7	74,2	67,6	72,5	76,9	59	75,4	
BAR	54,6	60,1	52,9	58,3	58,9	59	73,5	63,6	59,6	66,4	71,3	61,1	
HLK	69,1	69,7	68	71,5	67,6	67	76,3	78,9	71,8	73,8	71,8	71,4	
HHA	70,8	68,3	64,6	67	62,4	61,1	79,1	70,7	57,2	65,3	63,4	66	
KIT	71,3	76	70,3	70,5	71,9	75	81,1	73,6	70,5	70,2	70,3	72,4	
KRE	78,8	77,9	77,1	82,2	81,3	85,1	87,2	80,4	81,9	81,3	83,4	81,3	
KVI	90,3	88,6	83,2	83,1	82,1	84,7	96,3	82,3	85,9	77,6	87,1	84,3	
MED	91,4	93,2	89,8	92,2	92,7	91,7	93,9	92,5	91,8	95	93,7	92,4	
NVR	74,5	74,3	72,7	72,6	71,4	76,1	79,8	71	72,5	71	75,8	74,2	
OPK	79,2	74,5	76,4	79,4	73,4	79,4	78,8	81,9	79,5	80,2	79,8	78,7	
OUS-somatikk	75,4	76,2	73,6	75,7	74,2	76,1	82,9	78,1	75,1	76,7	77,2	76,4	
Psykisk helevern	71	73,4	73,3	74,1	70,1	80,2	93,4	83,5	72,6	74,5	79,5	77	
TSB	79,7	84	76,7	82,2	81,4	80,2	79,7	66,9	87,5	81,7	87,8	82	
PHA	75,4	78,5	75	77,8	75,8	80,2	86	75,4	80,3	77,9	83,7	79,3	

Andel epikriser sendt innen sju dager etter utskrivelse (mål 2018 = 100%). Kilde: LIS

2.5 Pasientsikkerhetsprogram - Pasientrelaterte hendelser og konsekvens



* Registreringer i Achilles.

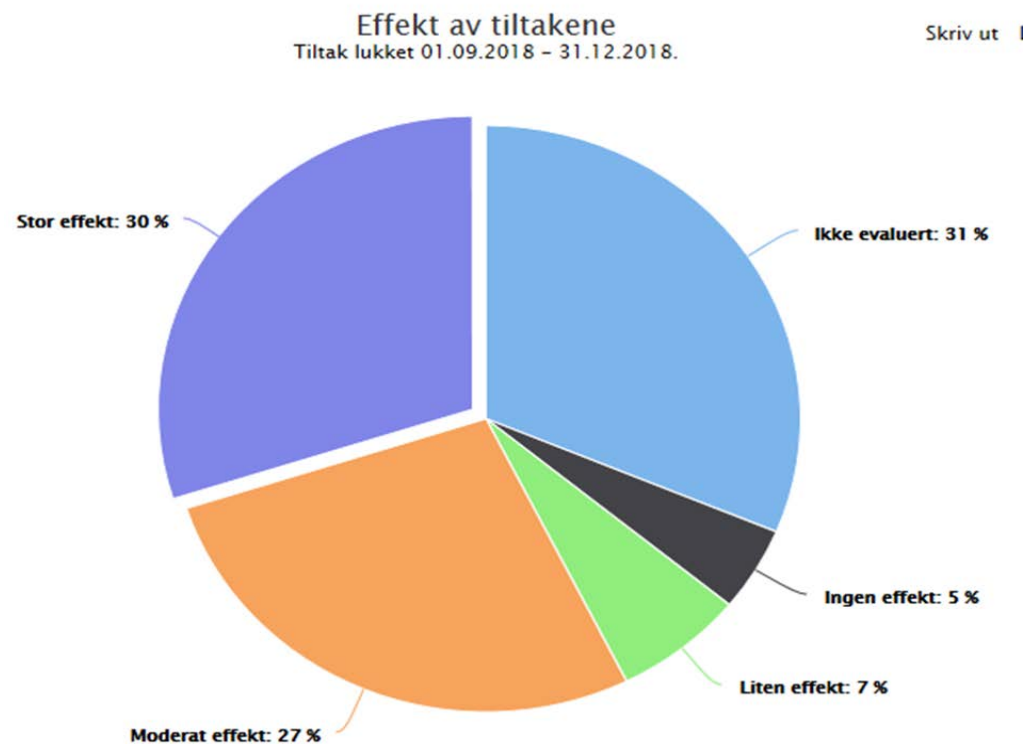
2.5 Pasientsikkerhetsprogram

Fordeling av pasienthendelser i hovedkategorier

		Totalt	Ingen konsekvens	Mindre alvorlig	Moderat skade	Betydelig skade	Dødsfall	Ikke valgt
Behandling og pleie	25 %	1166	559	443	112	24	10	18
Diagnostikk/utredning	12 %	549	292	199	35	10	6	7
Dokumentasjon / informasjon	11 %	503	340	135	23	1	0	4
Fall og uhell	6 %	282	136	113	25	5	2	1
Infeksjon	1 %	32	15	14	2	1	0	0
Legemidler og blodprodukter	20 %	946	664	246	27	1	2	6
Medisinsk utstyr	4 %	204	120	67	10	2	2	3
Pasientadferd	2 %	73	30	28	12	1	2	0
Pasientadministrasjon	14 %	677	385	240	33	7	0	12
Ikke valgt	7 %	320	148	98	25	3	2	44
Totalt	100 %	4752	2689	1583	304	55	26	95

* Angitt etter Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser i Achilles.

2.6 Effektvurdering av tiltak utført i klinikkene i 3. tertial 2018



* Tiltak etter uønskede hendelser og risikoforhold registrert i Achilles.

2.6 Varsler til Statens helsetilsyn etter § 3-3a

	2016	2017			2018		
	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3
Avsluttet etter innledende undersøkelser	12	15	15	12	17	11	14
Oppfølging - anmodning om redegjørelse	1	3	2	-	-	-	-
Tilsynsmessig oppfølging av fylkesmannen	11	18	14	5	9	16	13
Skriftlig tilsyn v/Statens helsetilsyn	1	-	-	1	-	-	-
Stedlig tilsyn v/Statens helsetilsyn	-	-	1	3	1	1	1
Ikke ferdigbehandlet	-	-	1	-	-	-	-
SUM	25	36	33	21	27	28	28

* Betydelig skade / død varsles i hht. Spesialisthelsetjenesteloven §3-3 a.

2.6 Meldinger til Helsedirektoratet etter § 3-3

År	Antall saker
2014	1246
2015	1402
2016	1573
2017	1822
2018	1657

* Hendelser der ansatt angir potensial / kunne ført til betydelig skade meldes i hht. Spesialisthelsetjenesteloven §3-3.

2.6 Klager til sykehuset

	T1			T1			T1		
	2016	T2	T3	2017	T2	T3	2018	T2	T3
Fra Fylkesmannen *	54	24	22	24	35	24	30	26	31
Fra Pasientombud	12	16	24	14	21	27	10	22	14
Tilsynssak fra Fylkesmannen	14	27	38	36	42	56	31	39	39

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

2.6 Fylkesmannens konklusjon i tilsynssaker

	3. tertial 2017		1. tertial 2018		2. tertial 2018		3. tertial 2018	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Avsluttet uten anmerkning	25	50 %	10	25 %	11	34 %	19	41 %
Avsluttet med anmerking	6	12 %	7	18 %	5	16 %	8	17 %
Brudd på informasjonsplikt	2	4 %	1	3 %	0	0 %	0	0 %
Brudd på pasientrettigheter	0	0 %	0	0 %	1	3 %	0	0 %
Brudd på krav til journalføring	2	4 %	0	0 %	1	3 %	1	2 %
Brudd på forsvarlighet	14	28 %	22	55 %	14	44 %	18	39 %
Brudd på helsepersonelloven	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Brudd på taushetsplikt	1	2 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
SUM	50	100 %	40	100 %	32	100 %	46	100 %

2.7 Brukerundersøkelse: Antall brukertilbakemeldinger

	2018		
	T1	T2	T3
SMS sendt	107660	112160	123933
Antall svar	30358	29780	35672
Svarprosent	28 %	27 %	29 %
Antall svar m/kommentar	7650	7120	8607
Kommentarprosent	25 %	24 %	24 %

* Brukerundersøkelsen i Achilles.

2.7 Brukerundersøkelsen - Andel positive svar 3. tertial 2018

Spørsmål	Positiv respons	Endring fra T2
Behandlerne snakket så jeg forsto dem	95 %	-
Tillit behandlernes faglige dyktighet	95 %	-
Tillit øvrige personalets faglige dyktighet	92 %	-
Tilstrekkelig info om diagnose / plager	86 %	-
Behandlingen var tilpasset min situasjon	90 %	-
Involvert i avgjørelser om behandlingen	73 %	+ 2
Arbeidet var godt organisert	85 %	-
Utstyret var i god stand	90 %	-
Tilfredsstillende hjelp, alt i alt	91 %	-
Ble ikke feilbehandlet	94 %	-
Ventetid	81 %	- 1
Utbytte av behandlingen, alt i alt	83 %	- 1



3.1 Økonomisk resultat

Tall i hele 1000 kr	Budsjett 2018	Desember				Hittil i 2018			
		Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %
Basisramme	11 889 309	1 061 434	1 073 062	-11 628	-1,1 %	11 752 193	11 889 309	-137 116	-1,2 %
Aktivitetsbaserte inntekter	8 447 259	635 465	675 375	-39 910	-5,9 %	8 558 666	8 447 259	111 407	1,3 %
Andre inntekter	2 714 720	452 886	237 815	215 071	90,4 %	2 972 153	2 714 720	257 433	9,5 %
Sum driftsinntekter	23 051 288	2 149 785	1 986 253	163 533	8,2 %	23 283 012	23 051 288	231 724	1,0 %
Lønn -og innleiekostnader	15 828 574	1 324 185	1 378 930	54 745	4,0 %	15 850 992	15 828 574	-22 418	-0,1 %
Kjøp av helsetjenester	492 303	42 543	42 087	-456	-1,1 %	487 335	492 303	4 969	1,0 %
Varekostnader mv	2 622 546	224 414	214 236	-10 178	-4,8 %	2 614 076	2 622 546	8 470	0,3 %
Andre driftskostnader	3 965 783	393 052	337 730	-55 322	-16,4 %	3 986 831	3 965 783	-21 048	-0,5 %
Sum driftskostnader	22 909 206	1 984 194	1 972 983	-11 211	-0,6 %	22 939 233	22 909 206	-30 027	-0,1 %
Driftsresultat	142 082	165 591	13 270	152 321	7,7 %	343 779	142 082	201 697	0,9 %
Netto finans	32 918	-3 366	1 314	-4 680	-356,1 %	20 366	32 918	-12 552	-38,1 %
Resultat OUS	175 000	162 226	14 584	147 642	7,4 %	364 146	175 000	189 146	0,8 %



3.1 Kommentarer til resultat - per ØBAK-linje

Art_ØBAK	Resultat	Budsjett	Avvik	Kommentarer til de største avvikene
Basisramme	11 668 658	11 805 774	-137 116	Basisramme er redusert med 137 mnok per desember, som følge av reduserte pensjonskostnader.
Kvalitetsbasert finansiering	83 535	83 535	0	Inntektsføres som budsjett.
ISF-refusjon dag- og døgntil behandling	3 880 852	3 974 313	-93 461	De totale ISF-inntektene er om lag 53 mnok lavere enn budsjettet per desember. I dette ligger et positivt avvik på 19 mnok relatert til refusjon for pasientadministrerte legemidler (hovedsakelig knyttet til de nye legemidlene som ble overført i 2017 og 2018) og et negativt avvik på om lag 93 mnok relatert til dag-/døgntil behandling innen somatikken (lavere aktivitet enn forutsatt i flere klinikker - klinikkene med størst negativt aktivitetsavvik etter desember er Medisinsk klinikk, Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi, Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon og Nevroklinikken. I desember måned isolert var aktiviteten innen somatikken lavere enn budsjettet. Dette skyldes både korreksjon av antall rapporterte DRG-poeng knyttet til H-reseptor i 2018, samt lavere aktivitet i flere klinikker enn budsjett. I akkumulert avvik inngår også avvik knyttet til negativ gruppeeffekt ut over budsjettet, noe forsinket effekt av tiltak og noe dårligere utnyttelse av operasjonsstuen enkelte steder. Det er også registrert færre pasienter som er tracheostomert i 2018 enn i 2017, samt færre organtransplantasjoner. Poliklinisk behandling innen somatikken har et positivt avvik på om lag 12 mnok. Innen PHA er det et akkumulert positivt avvik på om lag 8 mnok, som fordeler seg på alle fagområder.
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	876 299	864 391	11 908	
ISF-refusjon fritt behandlingsvalg	940	0	940	
ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	73 925	65 593	8 332	
ISF-refusjon pasientadministrerte legemidler	80 778	61 885	18 893	
Utskrivningsklare pasienter	8 869	3 369	5 500	Antall utskrivningsklare pasienter er høyere enn forventet, derfor også noe høyere inntekt.
Gjæstepasienter	732 666	656 515	76 151	Det er et positivt avvik på om lag 4 mnok relatert til PHA og TSB og et negativt avvik på om lag 5 mnok relatert til kurdøgn ved Geilomo og SSE. Det øvrige avviket kan i sin helhet relateres til høyere aktivitet knyttet til gjæstepasienter fra andre regioner innen somatikken, både dag-/døgntil behandling og poliklinisk behandling.
Salg av konserninterne helsetjenester	2 194 363	2 131 257	63 106	Salg av helsetjenester til andre i egen region er om lag 63 mnok høyere enn budsjettet per desember. Det positive aviket gjelder stor grad inntektsføring knyttet til endret finansiering av poliklinisk laboratorievirksomhet (105 mnok). Dette veies delvis opp av negativt avvik for salg døgntil aktivitet innen somatikken. Salg av kurdøgn innen regionen har et positivt avvik på om lag 9 mnok og PHA et positivt avvik på om lag 11 mnok.
Polikliniske inntekter	709 975	689 936	20 039	Positivt avvik på 20 mnok gjelder i all hovedsak merinntekter ved Kreftklinikken og kreftcytogenetik.
Andre øremerkede tilskudd	1 316 939	1 500 577	-183 638	Inntektene føres i takt med faktisk forbruk (kostnadene), men må også ses i sammenheng med merinntekter på andre driftsinntekter.
Andre driftsinntekter	1 655 214	1 214 143	441 071	Aviket gjelder i blant annet øremerkede tilskudd fra private som salderes under øremerkede tilskudd. Viderefakturering av kostnader knyttet til Spinraza utgjør også et positivt avvik som har motpost på kostnadssiden. 70 mnok av aviket er knyttet til inntektsføring av midler fra avsluttede kliniske studier/innovasjoner.
Sum driftsinntekter	23 283 012	23 051 288	231 724	
Kjøp av off helsetjenester	61 523	43 504	-18 019	Kjøp av helsetjenester fra andre regioner er 18 mnok høyere enn budsjettet. Aviket kan i stor grad relateres til tilskudd gitt fra nasjonalt kompetansesenter til andre foretak. Aviket har motpost på inntektssiden under andre øremerkede tilskudd.
Kjøp av private helsetjenester	351 215	371 727	-20 512	Det positive aviket gjelder i hovedsak lavere kostnader til kjøp av behandling i utlandet.
Varekostnader	2 614 076	2 624 299	10 223	Det er noe lavere kostnader enn budsjettet på både medikamenter og andre medisinske forbruksvarer. Aviket kan ses i sammenheng med lavere aktivitet enn forutsatt.
Innleid arbeidskraft	229 518	163 703	-65 815	Innleiekostnadene er om lag 66 mnok høyere enn budsjettet og også høyere enn i 2017 (4,3 %).
Kjøp av konserninterne helsetjenester	74 597	77 082	-2 485	Kjøp av konserninterne helsetjenester er 2,5 mnok lavere enn budsjettet. Det er positivt avvik på om lag 7 mnok relatert til VOP/BUP/TSB, mens somatikken har et negativt avvik på om lag 5 mnok. Kurdøgn har et positivt avvik på 0,5 mnok.
Lønn til fast ansatte	11 172 123	11 165 713	-6 410	De samlede lønnskostnadene er om lag 42 mnok lavere enn budsjettet. I dette aviket inngår lavere pensjonskostnader enn forutsatt i budsjettet. Aviket eksl. pensjonseffekt er således negativt med om lag 100 mnok. Noe av dette gjelder øremerkede midler. Lønnsrefusjonene er høyere enn budsjettet, men må ses i sammenheng med høyere kostnader til overtid og ekstrahjelp.
Øvertid og ekstrahjelp	1 309 190	1 165 246	-143 944	
Pensjon	1 972 737	2 131 949	-159 212	
Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft	-756 759	-711 920	-44 839	
Annen lønn	1 924 183	1 912 120	-12 063	
Avskrivninger	911 986	901 800	-10 186	Bokførte avskrivninger er noe høyere enn budsjettet.
Nedskrivninger	1	26 500	-26 499	Det er ikke bokført nedskrivninger i regnskapet for 2018.
Andre driftskostnader	3 074 843	3 037 483	-37 360	Andre driftskostnader har totalt et negativt avvik på 37 mnok. I dette ligger blant annet høyere energikostnader enn budsjettet og kostnader tilhørende øremerkede midler som salderes under inntektene. Noe lavere IKT-kostnader enn forutsatt og lavere kostnader til pasientreiser bidrar positivt. I tillegg er det flere små avvik på flere poster.
Sum driftskostnader	22 939 233	22 909 206	-30 027	
Finansinntekter	-66 844	-84 309	-17 465	Det er et negativt avvik på finansinntektene som i all hovedsak kommer som følge av negativt bidrag fra datterselskapene. Positivt avvik på finansinntektene har sammenheng med noe lavere renter, samt lavere utnyttelse av driftskreditt enn forutsatt i budsjettet.
Finanskostnader	46 478	51 391	4 913	
Netto finans	-20 366	-32 918	-12 552	
TOTALT	364 146	175 000	189 146	



3.2 Økonomisk resultat – per klinikk

Rapportering Desember 2018 tall i hele 1000 kr	Desember				Hittil i år			
Økonomisk resultat	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Klinikk psykisk helse og avhengighet	-3 421	0	-3 421	-1,7 %	-14 187	0	-14 187	-0,6 %
Medisinsk klinikk	-4 199	0	-4 199	-3,2 %	-23 846	0	-23 846	-1,7 %
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	-6 987	0	-6 987	-9,4 %	-60 555	0	-60 555	-6,9 %
Nevroklubnikken	3 066	0	3 066	3,2 %	-35 940	0	-35 940	-3,4 %
Ortopedisk klinikk	-17 550	0	-17 550	-23,7 %	-40 554	0	-40 554	-5,6 %
Barn- og ungdomsklubnikken	6 045	0	6 045	5,6 %	-3 800	0	-3 800	-0,3 %
Kvinnklubnikken	-1 081	0	-1 081	-1,8 %	-18 441	0	-18 441	-2,7 %
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	-2 349	0	-2 349	-2,2 %	-49 132	0	-49 132	-4,1 %
Kreftklubnikken	1 669	0	1 669	1,0 %	29 179	0	29 179	1,6 %
Hjerte-, lunge- og karklubnikken	-6 516	0	-6 516	-5,8 %	-43 641	0	-43 641	-3,5 %
Akuttklubnikken	-3 219	0	-3 219	-1,8 %	-20 441	0	-20 441	-1,0 %
Prehospital klinikk	-1 362	0	-1 362	-1,5 %	-6 580	0	-6 580	-0,7 %
Klinikk for laboratoriemedisin	3 938	0	3 938	2,1 %	6 923	0	6 923	0,3 %
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	-256	0	-256	-0,3 %	-1 353	0	-1 353	-0,1 %
Oslo sykehusservice	5 443	0	5 443	2,6 %	-1 496	0	-1 496	-0,1 %
Direktørens stab	13 188	0	13 188	10,2 %	92 878	0	92 878	5,9 %
Fellesposter	173 818	12 435	161 383	-1158,9 %	534 990	136 659	398 331	66,3 %
Konsern	1 999	2 149	-150		20 155	38 341	-18 186	
Sum OUS	162 226	14 584	147 642	7,3 %	364 146	175 000	189 146	0,8 %

3.2 Kommentarer til klinikkens resultater

Klinikk	Avvik i mill kr	Overordnet beskrivelse av avvik
Klinikk psykisk helse og avhengighet	-14	Klinikken har høyere aktivitetsbaserte inntekter enn budsjettert. Dette gav et en merinntekt på 33 mnok. Varekostnadene var 11 mnok lavere enn budsjettert mens lønnskostnader hadde en negativt avvik på 39 mnok.
Medisinsk klinikk	-24	Klinikken har lavere inntekter enn budsjettert og høyere kostnader. Reduksjon i antall trachestomier gav et negativt inntektsavvik på 12 mnok. Lønns- og innleiekostnader ble 26 mnok høyere enn budsjettert. Her bidro innleie med et positivt avvik på 5,5 mnok. Varekostnadene var 11 mnok lavere enn budsjettert.
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	-61	Klinikken har lavere aktivitetsbaserte inntekter og høyere kostnader enn budsjettert. Det er særlig lønnskostnadene som er høyere enn budsjettert. Lav aktivitet skyldes manglende tiltakseffekt på Aker, forsinket effekt av AMD-klinikk. I tillegg har klinikken hatt mindre aktivitet på RH enn planlagt som følge av mangel på operasjonssykepleiere. Det var også vært færre CI-oppggraderinger enn budsjettert.
Nevroklinikken	-36	Færre DRG-poeng enn budsjettert gav et negativt inntektsavvik på om lag 15 mnok. Høyere inntekter på andre område kompenserer delvis for dette slik at klinikkens netto merforbruk på 36 mnok kan i hovedsak knyttes til høyere lønnskostnader enn budsjettert.
Ortopedisk klinikk	-41	Høy aktivitet gav noe høyere inntekter enn budsjettert. Klinikken kostnader til lønn og innleie ble 25 mnok høyere enn budsjettert. Det ble nedskrevet varelagre med 7 mnok og tap på fordringer og pasientskadeerstatninger gav en merkostnad på 8 mnok.
Barne- og ungdomsklinikken	-4	Klinikken har samlet et resultat nær balanse. Det er imidlertid betydelig avvik for både inntekter og kostnader. Dette skyldes blant annet høye medikamentkostnader til Spinraza, hvor en stor del av kostnaden viderefaktureres. Klinikken har høyere kostnader til lønn og innleie enn budsjettert.
Kvinneklinikken	-18	Klinikkens negative avvik skyldes først og fremst høyere lønns- og innleiekostnader enn budsjettert (-11,3 mill). Klinikken har imidlertid også et stort avvik på inntektssiden (-7 mill) som skyldes færre fødsler enn budsjettert og reduserte laboratorieinntekter mv.
Klinikk for kirurgi, inflammasjons-medisin og transplantasjon	-49	Klinikken hadde lavere aktivitet og dermed lavere inntekter enn budsjettert. Det totale inntektsaviket ble -22 mnok. Kostnadene ble høyere enn budsjettert (-27 mnok), hvorav 20 mnok gjelder lønnsområdet. Innleiekostnader var nærmere 5 mnok høyere enn budsjettert.
Kreftklinikken	29	Klinikkens aktivitet og tilhørende DRG-inntekt var 1% lavere enn budsjett. Laboratorieinntektene fra cytogenetikk har et positivt avvik på 37 mnok. Klinikken hadde høyere lønnskostnader enn budsjettert og andre driftskostnader var også høyere enn budsjettert, hovedsakelig knyttet til kostnader i forbindelse med stamcelletransplantasjoner.
Hjerte-, lunge- og karklinikken	-44	Klinikken hadde høyere kostnader til lønn, innleie og varekostnader enn budsjettert. Høyere varekostnader enn budsjettert skyldes endringer i pasientsammensetningen. Klinikken har også hatt en økning i årsverk og lønnskostnader høsten 2018 etter overtagelse av aktivitet fra Feiring.
Akuttklinikken	-20	Akuttklinikken negative resultat skyldes i hovedsak merforbruk knyttet til innleie fra vikarbyrå, samt noe høyere lønnskostnader enn budsjettert.
Prehospital klinikk	-7	Økt oppdragsmengde gav økte variable lønnskostnader. Kostnadene knyttet til Pasientreiser ble noe lavere enn budsjettert, blant annet som følge av lavere priser enn forventet.
Klinikk for laboratoriemedisin	7	Større aktivitet og høyere inntekter enn budsjettert. Høy aktivitet gav høyere varekostnader enn budsjettert. Lønnskostnadene er i balanse.
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	-1	Både høyere inntekter og kostnader enn budsjettert. Samlet resultat om lag som budsjettert.
Oslo sykehusservice	-1	Både høyere inntekter og kostnader enn budsjettert. Høyere energikostnader enn budsjettert. Samlet resultat om lag som budsjettert.
Stab	93	55,8 mnok av avviket gjelder IKT-området mens øvrig stab står for om lag 37 mnok.
Fellesposter / konsern mv	380	I avviket inngår nytt gjestepasientoppgjør innenfor laboratorieområdet, midler fra Inven2, budsjettert reserve, avvik nedskrivninger/avskrivninger, oppgjør sykehotell tidligere år, avregninger innenfor ISF mv.
Samlet avvik	189	

3.2 Gjennomføring av tiltak

KLINIKK (tall i 1000 kr)	Plan for tiltak i 2018	Effekt tiltak per DES	Gjennomførings- % tiltak
PHA	46 656	21 913	47 %
MED	18 116	11 641	64 %
HHA	28 550	12 650	44 %
NVR	13 200	8 583	65 %
OPK	6 203	2 895	47 %
BAR	27 510	18 790	68 %
KVI	4 200	3 620	86 %
KIT	12 130	3 719	31 %
KRE	18 457	16 903	92 %
HLK	20 450	16 426	80 %
AKU	25 194	8 043	32 %
PRE	7 750	3 944	51 %
KLM	40 295	23 491	58 %
KRN	11 929	10 412	87 %
OSS	52 539	48 539	92 %
SUM	333 179	211 569	64 %

3.3 Investeringer

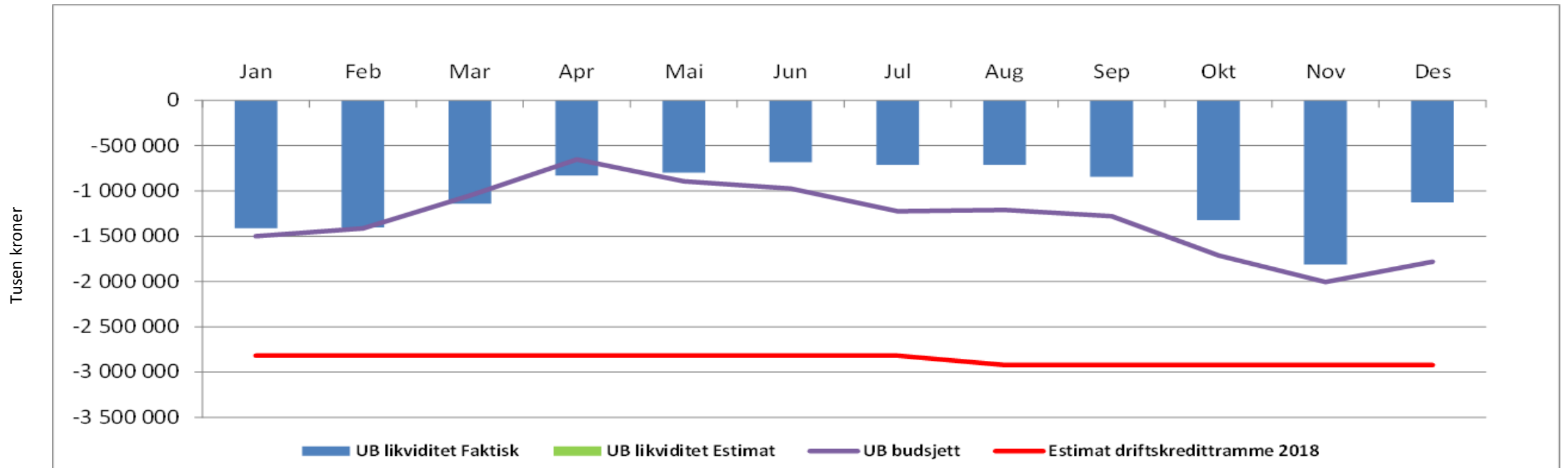
		Planlagt gjennomføring i 2018 ¹⁾	Bokførte investeringer i 2018	Avvik
<i>(Beløp i millioner kroner)</i>				
Investeringer	MTU	493	552	59
	Bygg	759	439	-320
	Annet	58	39	-19
	<i>Sum investeringer i bygg og utstyr</i>	<i>1 310</i>	<i>1 030</i>	<i>-280</i>
	Egenkapital pensjon	55	56	1
	IKT ²⁾	71	38	-33
	SUM	1 435	1 124	-312
Finansiering	Ordinær likviditet	326	326	0
	Driftsresultat	377	186	-191
	Fordring på HSØ RHF	7	0	-7
	Lån	317	184	-133
	Øremerkede tilskudd	6	15	9
	Finansiell leie	371	376	6
	Annen finansiering	31	36	5
	SUM	1 435	1 124	-312

1) I styremøtet 15. desember 2017 vedtok styret et investeringsbudsjett for 2018 på 1 221 millioner kroner, jamfør styresak 73/2017. I styresak 8/2018 ble styret informert om hva som ble planlagt gjennomført i 2018. Forskutterte investeringer på 57 millioner kroner kan ikke benyttes på nytt og reduserer planlagt gjennomføring i 2018. Ubenyttet finansieringsramme i 2017 var 504 millioner kroner og dette ble planlagt gjennomført i 2018. Av investeringsrammen for 2018 forventes 232 millioner kroner å bli gjennomført etter årets slutt. Dette innebærer at det i 2018 ble anslått gjennomført investeringer for 1 435 millioner kroner.

2) Investeringer i IKT regnskapsføres i Sykehuspartners regnskap. Anskaffelsene finansieres ved utbetaling av lån fra Oslo universitetssykehus til Sykehuspartner.

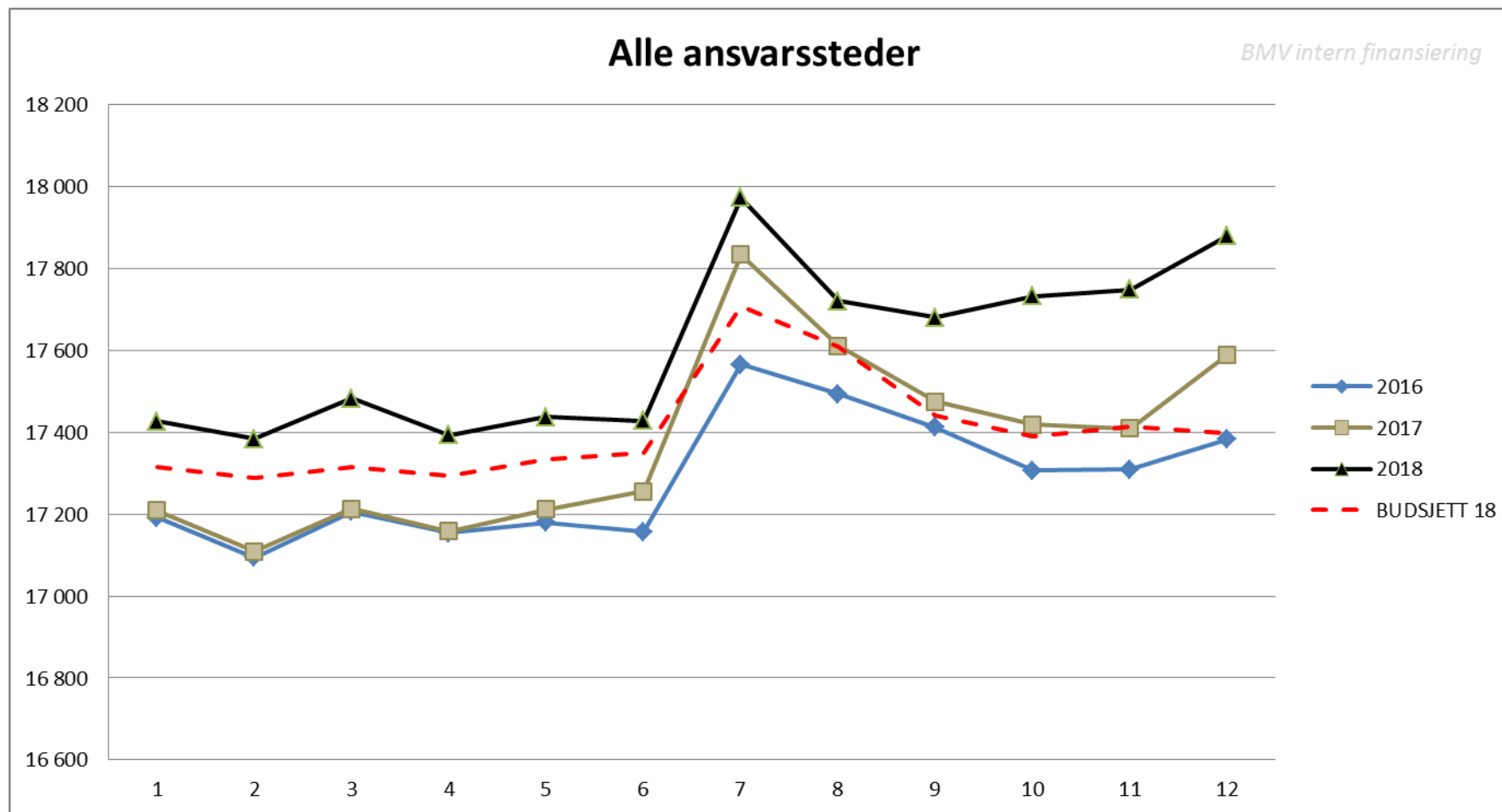
3.3 Likviditet

Utvikling likviditet
(utgående saldo ved periodeslutt)



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

4.1 Bemanningsutvikling (intern finansiering)



4.2 Bemanningsindikatorer

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF	Denne måned			Hittil i 2018				2018 mot 2017			
	DESEMBER 2018	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr DESEMBER	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ DESEMBER 2018 mot DESEMBER 2017	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Brutto månedsverk, herav:	19 389	18 931	458	19 108	18 944	164	0,9 %	272	1,4 %	222	1,2 %
- internt finansierte	17 879	17 397	482	17 607	17 405	203	1,2 %	291	1,7 %	233	1,3 %
- eksternt finansierte	1 509	1 534	-24	1 500	1 539	-39	-2,5 %	-19	-1,3 %	-10	-0,7 %
- månedslønnede	17 994	17 789	205	17 845	17 809	37	0,2 %	266	1,5 %	219	1,2 %
- variabellønnede	1 394	1 142	253	1 262	1 135	127	11,2 %	6	0,4 %	4	0,3 %
- fast ansatte	14 856			14 748				283	1,9 %	315	2,2 %
- midlertidig ansatte	4 532			4 358				-11	-0,2 %	-93	-2,1 %

Fra ProClarity. De grå feltene representerer ulike måter å bryte ned det overordnede tallet for brutto månedsverk.

4.2 Detalj internt finansierte

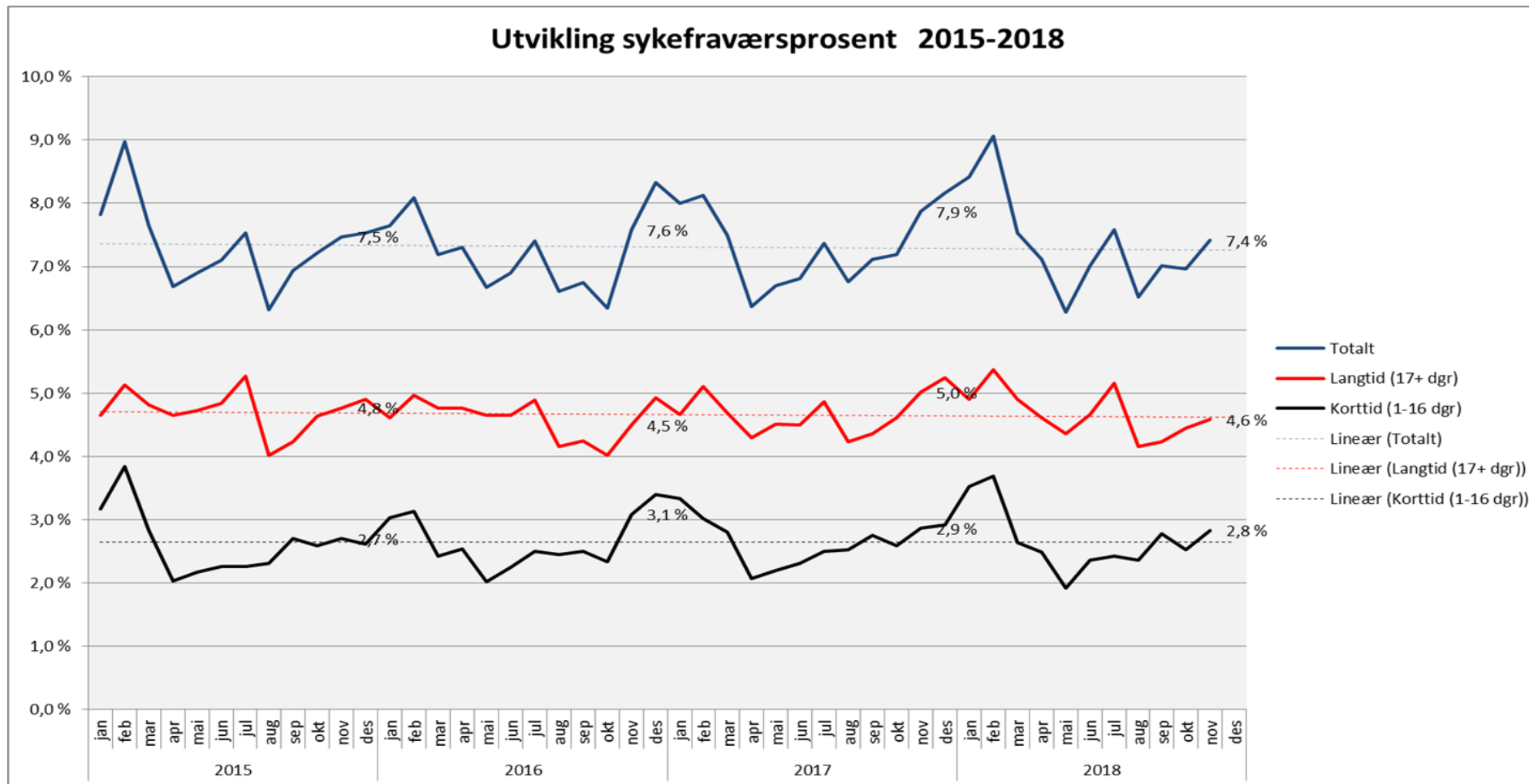
INTERNT FINANSIERTE	Denne måned			Hittil i 2018				2018 mot 2017			
	DESEMBER 2018	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr DESEMBER	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ DESEMBER 2018 mot DESEMBER 2017	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Psykisk helse og rus	2 293	2 266	27	2 272	2 289	-18	-0,8 %	22	1,0 %	41	1,8 %
Somatiske kliniske klinikker	8 637	8 298	339	8 496	8 293	203	2,4 %	165	1,9 %	123	1,5 %
Medisinske støttefunksjoner	4 850	4 757	92	4 760	4 750	10	0,2 %	106	2,2 %	77	1,6 %
Stab og OSS	2 098	2 076	23	2 076	2 072	4	0,2 %	-0	0,0 %	-12	-0,6 %
OUS	17 878	17 397	482	17 607	17 405	203	0	291	0	233	0

INTERNT FINANSIERTE	Denne måned			Hittil i 2018				2018 mot 2017			
	DESEMBER 2018	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr DESEMBER	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ DESEMBER 2018 mot DESEMBER 2017	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
AKU	1 850	1 807	43	1 819	1 808	11	0,6 %	39	2,1 %	30	1,7 %
PRE	832	814	18	808	802	6	0,7 %	36	4,5 %	26	3,3 %
PHA	2 293	2 266	27	2 272	2 289	-18	-0,8 %	22	1,0 %	41	1,8 %
MED	1 327	1 267	60	1 299	1 272	27	2,1 %	14	1,1 %	4	0,3 %
HLK	887	858	29	871	848	23	2,7 %	16	1,8 %	20	2,4 %
KIT	1 022	993	29	1 015	985	30	3,1 %	7	0,6 %	16	1,6 %
KLM	1 356	1 345	11	1 337	1 346	-9	-0,7 %	10	0,8 %	-1	-0,1 %
KRE	1 396	1 370	26	1 374	1 368	6	0,4 %	36	2,6 %	21	1,6 %
KRN	811	792	20	796	794	2	0,3 %	21	2,7 %	21	2,7 %
KVI	670	650	20	672	659	12	1,9 %	1	0,1 %	3	0,5 %
NVR	932	862	70	916	859	57	6,6 %	11	1,2 %	22	2,5 %
OPK	619	599	20	608	599	9	1,5 %	9	1,4 %	-2	-0,3 %
HHA	796	762	34	779	759	20	2,7 %	24	3,1 %	25	3,3 %
BAR	988	938	50	963	944	19	2,0 %	48	5,1 %	13	1,4 %
OSS	1 885	1 859	26	1 873	1 855	17	0,9 %	-1	-0,1 %	-7	-0,4 %
DST	213	217	-4	203	217	-14	-6,4 %	1	0,5 %	-5	-2,4 %
OUS	17 879	17 397	482	17 607	17 405	203	1,2 %	291	1,7 %	233	1,3 %

4.2 Månedssverk fordelt på stillingskategorier

Alle ansvarssteder											
Brutto månedssverk ekskl eksternt finansiert	Forrige periode	Denne periode	Hittil 2017	Hittil 2018	2018 mot 2017				Stillingskategoriernes gjennomsnittlige andel		
	NOV 2017	DES 2018	Pr. DES 2017	Pr. DES 2018	Δ DES 2018 mot DES 2017	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring	Andel 2017	Andel 2018	Relativ endring
(1) Administrasjon/Ledelse	2 893	2 913	2 868	2 895	17	0,6 %	27	0,9 %	16,5 %	16,4 %	-0,4 %
(2) Pasientrettede stillinger	1 486	1 504	1 493	1 510	5	0,4 %	17	1,1 %	8,6 %	8,6 %	-0,2 %
(3) Leger	2 594	2 613	2 477	2 556	93	3,7 %	79	3,2 %	14,3 %	14,5 %	1,8 %
(3a) Overleger	1 618	1 627	1 526	1 586	72	4,7 %	59	3,9 %	8,8 %	9,0 %	2,5 %
(3b) LIS-leger	925	933	899	920	22	2,4 %	21	2,3 %	5,2 %	5,2 %	0,9 %
(3c) Turnusleger	-	-	-	-	-	0,0 %	-	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
(4) Psykologer	308	310	287	304	15	5,0 %	18	6,1 %	1,7 %	1,7 %	4,7 %
(5) Sykepleier	6 081	6 133	5 928	6 013	128	2,1 %	86	1,5 %	34,1 %	34,2 %	0,1 %
(6) Helsefagarbeider/hjelpepleier	493	504	511	499	-18	-3,5 %	-12	-2,3 %	2,9 %	2,8 %	-3,6 %
(7) Diagnostisk personell	1 514	1 520	1 472	1 491	39	2,7 %	19	1,3 %	8,5 %	8,5 %	-0,1 %
(8) Apotekstillinger	2	2	2	2	-	0,0 %	0	14,1 %	0,0 %	0,0 %	12,6 %
(9) Drifts/teknisk personell	1 434	1 433	1 449	1 429	-2	-0,1 %	-19	-1,3 %	8,3 %	8,1 %	-2,6 %
(10) Ambulansepersonell	568	577	538	560	23	4,1 %	22	4,2 %	3,1 %	3,2 %	2,8 %
(11) Forskning	374	369	350	347	-9	-2,3 %	-3	-0,8 %	2,0 %	2,0 %	-2,1 %
(99) Ukjente	-	-	1	0	-1	-100,0 %	-1	-94,0 %	0,0 %	0,0 %	-94,0 %
Alle stillingsgrupper	17 748	17 879	17 374	17 607	290	1,6 %	233	1,3 %	100,0 %	100 %	0,0 %

4.3 Sykefravær OUS



4.4 Sykefravær per klinikk

Sykefraværslengde per november 2018							
Hittil	Korttid (1-16 dgr)			Langtid (17+ dgr)			sykefravær i %
	1-3 dager	4-16 dager	Korttid	17-56 dager	> 56 dager	Langtid	
AKU	1,4	1,5	2,9	1,4	3,3	4,6	7,5
PRE	1,2	1,2	2,4	1,5	3,2	4,7	7,0
PHA	1,5	1,4	2,9	1,4	3,7	5,2	8,1
MED	1,4	1,2	2,6	1,3	3,2	4,5	7,2
HLK	1,3	1,2	2,5	1,5	3,3	4,8	7,3
KIT	1,4	1,2	2,5	1,4	2,8	4,3	6,8
KLM	1,5	1,2	2,7	1,3	3,4	4,7	7,4
KRE	1,3	1,1	2,4	1,2	2,7	3,9	6,3
KRN	1,8	1,3	3,1	1,5	2,8	4,3	7,4
KVI	1,0	1,3	2,3	1,4	4,3	5,7	8,0
NVR	1,3	1,2	2,5	1,1	3,2	4,3	6,8
OPK	1,3	1,1	2,4	1,1	2,1	3,2	5,7
HHA	1,6	1,4	3,1	1,5	3,3	4,8	7,9
BAR	1,2	1,4	2,6	1,5	3,7	5,1	7,7
OSS	1,4	1,8	3,2	1,6	3,8	5,4	8,6
DST	0,5	0,6	1,1	0,8	1,6	2,4	3,5
OUS	1,4	1,3	2,7	1,4	3,3	4,7	7,3

5.1 Internrevisjon - statusvurdering

Revisjons område	Revisjon	Revisjonsenhet	Funn	Status	Ledermøte behandling
Pasientbehandling	Henvising og ventelister	HHA – kjeve og ansiktskirurgi	6 avvik	Ingen tiltak Frist utgått	Nei
	Henvising og ventelister	PHA - Personlighetspsykiatri	3 avvik 3 bifunn	Tiltak under utføring	Nei
	Pasientsikkerhets-programmet Fall – Tiltakspakke	KVI – Gynekologisk s.post	Ikke innført	Rapporter oversendt og sakene registret i Achilles	Nei
		MED – Infeksjonsmed s.post	Ikke innført		
		NEV – nevrologisk sengepost	Ikke innført		
OPK – Ortopedisk sengepost		Ikke innført			
Legemidler; Bruk av psykofarmaka	PHA: Søndre Oslo DPS Avd. for rus og avhengighet Avd. B og U psykiatrisk Nydalen DPS Akuttavdelingen		Innført		
		5 avvik	Tiltak planlegges	Nei	
		3 avvik	Tiltak under utføring		
		4 avvik			
		5 avvik			
Virksomhet styring	HMS og pasient-sikkerhet	BAR- Barnepost 1 RH	3 avvik	Tiltak under utføring	Nei
		NEV– Nevrokirurgisk s US	1 bifunn		
		KLM-Hormonlaboratoriet	1 bifunn		
Personvern Informasjon sikkerhet	Lagring, arkivering og sletting av helse- og personopplysninger	Sykehusomfattende	Flere funn	Tiltak under utføring	Ja SAK 315/2018
	PIP i forskning og kvalitetssikring	KRE-Kreftregisteret	Revisjon ikke avsluttet		

I samme periode er det gjennomført 29 revisjoner i klinikkene (N 2 revisjoner)

5.1 Konsernrevisjon - Oppfølging av tidligere internrevisjoner

Interne revisjoner

Revisjons område	Revisjon	Revisjons enhet	Funn	Status	Ledermøte behandling
Virksomhet styring	Arbeidsmiljø	AKU MED	1 bifunn 3 avvik	Utført /lukket Tiltak under utføring	Nei
	Forebygging av vold og trusler mot ansatte	NEV	3 avvik 1 bifunn	Tiltak under utføring	
Personvern Informasjons sikkerhet	PIP i forskning og kvalitetssikring	MED- STORK Groruddalen	12 avvik	Overført UiO Ikke videre oppfølging av revisjonen	Ja
	PIP i forskning og kvalitetssikring	MED- NORKOG forskningsbiobank	8 avvik	Ikke videre oppfølging av revisjonen	Ja

Konsernrevisjonen HSØ

Revisjons område	Revisjon	Foretak	Funn	Status	Styremøte behandling
Virksomhets styring	Tiltaksarbeid etter tidligere revisjoner utført av konsernrevisjonen	Oslo universitets sykehus	Flere anbefalinger, blant annet mangler ved oppfølging av nasjonal revisjon om medisinsk kodepraksis i 2011	Handlingsplan er utført. Tiltakene er tilfredsstillende gjennomført. OUS vil i samarbeidsmøter med konsernrevisjonen følge opp videre. Ikke videre oppfølging til Styret	Ja SAK 7/2017

5.2 Eksterne tilsyn

Eksterne tilsyn 3. tertial 2018 Tilsynsmyndighet	Antall tilsyn i tertialet		Avvik i tertialet med bakgrunn i internkontrollkrav**										Kommentar
	Antall tilsyn i tertialet	Antall avvik i tertial	Antall ikke lukket avvik		Mål, organisering, ansvar, myndighet	Arbeidstakeres kunnskap etc.	Brukererfaringer mm.	Fare for svikt/lovbrudd, risikovurdering/-styring	Avvik, avdekke, rette opp, forebygge	Nødv. rutiner, dokumenter etc.	Intern revisjon, gjennomgang av system	Bygg/anlegg/utstyr	
			I dette tertialet	Tidligere tertial/år*									
Statens legemiddelverk	1	14		2						14			Tilsyn: NVR/NKI: GCP tilsyn - avvikene til OUS og Sponsor. Tiltak er beskrevet. Oppfølging av KLM sine 2 gjenværende avvik innen 1/2-19.
Mattilsynet	3												2 uanmeldte tilsyn i desember - rapport mottatt.
Arbeidstilsynet	4	16	16		3	4	1	8					Tilsyn 1: Ambulansestasjoner, 11 pålegg. Frist 31/5-19. Tilsyn 2: etter meldte arbeidsulykker, 4 pålegg (OSS og PRE). Tilsyn 3: arbeidsulykke renhold 1 pålegg. Postalt tilsyn OK: Godkjenning av renholdsvirksomhet.
Fylkesmannen miljøavd.	1	1						1					1 avvik og 2 bifunn. Lukket
Kommunelege/ bydelsoverlege				2									Avvik Nydalen skole - 2 avvik. Utvide leieareal - påbegynt utredning, avklart 2020. Avvik Sogn er lukket i høst.
Kommunalt brannvesen	1	1										1	Tilsyn på Geilomo, 1 avvik som er lukket av eier av bygget. OUS hadde ikke avvik.
Riksrevisjonen	1			4									Tema: forebygging av angrep mot IKT-systemer. Avventer rapport. "Gamle avvik" - 2 saker fra RR her gjenstår 4 tiltak (2 EPJ og 2 MTV), er regionale prosjekt.
Kommunal vann- og avløpsetat				2									Tilbakestrømningsventiler på vanninntak i OUS (alle lok). Følger langtidsplan ut 2019.
Nasjonal kompetansetjeneste for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten (KAS)	1												Ingen avvik, men 9 råd om videre arbeid - dette arbeides det med i OUS.
Politi/Kripos	1												Kontroll av DNA- register (KLM). Ikke mottatt rapport.
Antall	19	32	16	11	3	4	1	9		14		1	

Definisjoner årsverksindikatorer

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

Styresak 2/2019

Vedlegg 3

- Periodisert budsjett 2019, drift og kontantstrøm

Periodisert kontantstrømbudsjett 2019

Periodisert kontantstrømbudsjett 2019 (millioner kroner)													
OPERASJONELLE AKTIVITETER:	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember	Totalt
Årsresultat	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	200
Ordinære avskrivninger	82	79	79	79	79	80	81	81	81	81	81	82	964
Inntektsføring av investeringstilskudd	-6	-6	-6	-6	-6	-6	-6	-6	-6	-6	-6	-6	-69
Endring eksterne omløpsmidler	99	-131	-133	-209	73	-45	189	-54	106	15	112	87	109
Endring eksternt kortsiktig gjeld	0	-3	101	465	-257	-57	-143	-237	160	303	-380	327	277
Basisfordring	-46	-46	-46	-46	-46	-46	-46	-46	-46	-46	-46	-46	-557
Forskjell mellom inntektsført og utbetalt ISF	-33	1	-34	7	-18	-18	89	33	-24	-23	-30	5	-46
Endring interne omløpsmidler	85	-5	83	-5	-40	25	-5	-5	-137	129	-5	-140	-24
Endring intern kortsiktig gjeld	-76	43	-42	3	3	-13	3	3	-1	3	4	67	0
= Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter	120	-52	19	304	-196	-63	178	-214	149	472	-254	392	854
Forskjell mellom kostnadsført og betalt pensjonspremie	-104	146	125	-13	140	104	-215	35	-114	-660	0	-119	-674
= Endring i driftslikviditet	16	94	144	292	-56	41	-37	-179	35	-187	-253	272	181
INVESTERINGSAKTIVITETER:	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember	Totalt
Tomter, bygninger og annen fast eiendom	-74	-78	-71	-62	-59	-47	-26	-55	-67	-73	-76	-74	-761
Medisinskteknisk utstyr, inventar, transportmidler	-35	-15	-34	-23	-30	-33	-59	-34	-44	-54	-63	-147	-570
Innbetalinger ved salg av andre finansielle eiendeler	-2	-1	-2	-2	-2	-4	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-26
Utbetaling ved kjøp av andre finansielle eiendeler	0	0	0	0	0	0	-20	0	0	-45	0	0	-65
= Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	-111	-94	-108	-88	-91	-84	-107	-90	-113	-174	-141	-222	-1 423
FINANSIERINGSAKTIVITETER:	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember	Totalt
Investeringsslån (HOD)	27	21	17	12	12	10	10	8	15	15	15	13	174
Finansiell leiekontrakt	14	-6	12	-1	6	9	44	12	22	33	41	124	311
Langsiktige lån IKT (intern)	2	-12	2	2	-14	2	2	-14	2	2	-15	2	-39
Avdragsbetaling (intern)	0	0	-6	0	0	-55	0	0	-6	0	0	-55	-121
Avdragsfinansiering (intern)	0	0	6	0	0	55	0	0	6	0	0	55	121
Endring øvrige langsiktige forpliktelser	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	19
= Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	45	5	32	15	6	22	57	8	41	51	43	154	479
= Total endring likviditet	-51	4	69	219	-141	-21	-87	-262	-38	-310	-351	205	-763
= Utgående likviditetsbeholdning	-1 179	-1 175	-1 106	-887	-1 028	-1 049	-1 136	-1 398	-1 436	-1 745	-2 096	-1 891	-1 891
Driftskredittramme	2 921	2 921	2 921	2 921	2 921	2 921	2 921	2 921	2 921	2 921	2 921	3 595	3 595
Likviditetsreserve	1 742	1 746	1 815	2 034	1 893	1 872	1 785	1 523	1 485	1 176	825	1 703	1 703

Periodisert driftsbudsjett 2019

Periodisert resultatbudsjett 2019 (millioner kroner)													
Art ØBAK	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember	Totalt
Basisramme	1 003	1 019	987	1 108	1 055	727	885	970	1 004	992	998	1 075	11 823
Kvalitetsbasert finansiering	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	84
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	363	337	364	331	352	353	268	311	356	355	360	321	4 070
ISF-refusjon somatisk poliklinisk aktivitet	80	74	80	73	77	77	59	68	78	78	79	70	892
ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	9	7	9	7	7	7	3	6	9	9	9	6	87
ISF refusjon pasientadm. legemiddel (H-reseptor)	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	117
Utskrivningsklare pasienter	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	25
Gjestepasienter	68	63	68	60	66	66	43	57	67	67	68	57	750
Salg av konserninterne helsetjenester (gjestepas.)	237	222	238	214	231	232	172	203	233	233	238	211	2 662
Polikliniske inntekter	48	47	50	46	52	48	41	40	48	51	49	45	566
Andre øremerkede tilskudd	139	140	138	140	140	50	136	139	139	139	139	145	1 584
Andre driftsinntekter	119	119	126	120	123	127	105	118	128	129	132	123	1 469
= Totalt Driftsinntekter	2 085	2 045	2 079	2 117	2 123	1 705	1 730	1 931	2 080	2 072	2 090	2 073	24 130
Kjøp av off helsetjenester	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	47
Kjøp av private helsetjenester	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	395
Varekostnader knyttet til aktiviteten i FG	236	226	240	223	235	237	189	214	237	239	242	219	2 737
Innleid arbeidskraft - del av kto 458	13	13	13	13	13	13	17	15	13	13	13	14	164
Kjøp av konserninterne helsetjenester (gjestepas.)	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	84
Lønn til fast ansatte	1 034	1 009	1 020	1 080	1 070	877	740	908	1 027	1 016	1 025	1 022	11 826
Overtid og ekstrahjelp	100	100	102	101	103	64	99	100	102	103	103	102	1 178
Pensjon	165	166	166	165	165	165	165	165	166	165	165	166	1 986
Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft	-62	-61	-61	-60	-59	-59	-57	-58	-60	-60	-60	-61	-718
Annen lønn	181	179	180	187	187	8	189	188	185	184	184	188	2 040
Avskrivninger	82	79	79	79	79	80	81	81	81	81	81	82	964
Andre driftskostnader	277	277	281	271	271	263	251	259	270	271	278	281	3 251
= Totalt Driftskostnader	2 070	2 030	2 064	2 102	2 108	1 692	1 715	1 916	2 065	2 057	2 075	2 057	23 954
Finansinntekter	8	7	8	7	7	9	7	7	8	8	8	7	91
Finanskostnader	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	66
= Totalt Netto finansposter	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2	1	24
Årsresultat	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	200

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 15. februar 2019

Saksbehandler: Direktør fag, pasientsikkerhet og samhandling

Vedlegg: 1. Utkast til Årlig melding for 2018
2. Brukerutvalgets årsrapport 2018
3. Ungdomsrådets årsrapport 2018

SAK 3/2019 ÅRLIG MELDING 2018 OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Etter § 14 i vedtektene til Oslo universitetssykehus HF skal styret i foretaket hvert år sende en melding til Helse Sør-Øst RHF. Meldingen settes opp i en mal utarbeidet av Helse Sør-Øst RHF og består av tre deler:

- Innledning (Del I)
- Rapporteringsdel for oppdrag og bestilling 2018 (Del II)
- Styrets plandokument (Del III).

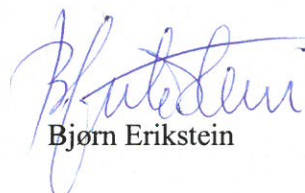
Til Årlig melding vedlegges brukerutvalgets og ungdomsrådets årsrapport.

Rapporteringsdelen for 2018 (Del II) ble, slik Helse Sør-Øst RHF har bedt om, sendt det regionale foretaket 23. januar 2019. Fristen for hele årlig melding er 1. mars 2019. Det foreslås at administrerende direktør gis fullmakt til å justere meldingen med oppdatert informasjon frem mot oversendelsesfristen.

Forslag til vedtak:

1. *Styret slutter seg til utkast til Årlig melding for 2018 med de innspill som er gitt i møtet.*
2. *Styret gir administrerende direktør fullmakt til å justere Årlig melding med endelige driftsresultater for 2018 og de innspill som er fremkommet i møtet.*

Oslo, 8. februar 2019



Bjørn Erikstein



OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF

ÅRLIG MELDING 2018

til Helse Sør-Øst RHF

Oslo, 31. januar 2019

Innhold

DEL I: INNLEDNING OG SAMMENDRAG	4
1. INNLEDNING	4
1.1. Oslo universitetssykehus HF's oppgaver og organisering	4
1.2. Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag	5
1.3. Mål for Oslo universitetssykehus HF i 2018	5
1.4. Virksomhetsstyring - styrets arbeid, herunder intern styring og kontroll	5
1.5. Medvirkning fra brukere og ansatte	7
2. SAMMENDRAG	8
2.1. Positive resultater og uløste utfordringer	8
2.2. Evaluering av egen virksomhet og organisering	9
DEL II: RAPPORTERINGER	10
3. RAPPORTERING FOR STYRINGSBUDSKAP 2018	10
3.0. Innledning	10
3.0.1 Helseforetakenes utviklingsplaner	10
3.1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	10
3.1.1 Ventetid og fristbrudd	10
3.1.2 Kreftbehandling	12
3.1.3 Samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester	14
3.1.4 Helseforetakenes kjøp av helsetjenester fra private leverandører	14
3.1.5 Avtalespesialister	15
3.2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	16
3.2.1 Høyere vekst	16
3.2.2 Tvang	18
3.2.3 Pakkeforløp Psykisk helse og rus	18
3.2.4 Avvisning av pasienter ved distriktspsykiatriske sentre	21
3.2.5 Utskrivningsklare pasienter	22
3.2.6 Avbrudd i døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling	22
3.2.7 Tilbud til barn og unge	23
3.2.8 Tilbud til innsatte i fengsel	23
3.3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	25
3.3.1 Pasientsikkerhetsprogrammet	25
3.3.2 Infeksjoner og resistens	25
3.3.3 Uønskede hendelser	28
3.3.4 Kvalitetsindikatorer	29
3.3.5 Helse- og kvalitetsregistre	29
3.3.6 Legemiddelbruk, -forsyning og - håndtering	29
3.3.7 Korridorpasienter	30
3.3.8 Timeavtale	30
3.3.9 Kvalitets- og fagutvikling	30
3.3.10 Forskning og innovasjon	34
3.3.11 Omlegging av «Raskere tilbake»-ordningen	34
3.3.13 Brukermedvirkning	36
3.4. Bemanning, kompetanse, ledelse og organisering	39
3.4.1 ForBedring	39

3.4.2	Sykefravær	39
3.4.3	Kompetanseutvikling	40
3.4.4	Legers spesialistutdanning	41
3.4.5	Spesialsykepleiere	41
3.4.6	Læringer	42
3.4.7	Vaksine	42
3.5.	Nasjonal samordning	44
3.5.1	Oppgjørskontroll og samkjøringsprosjektet	44
3.6.	E-helse - Modernisering og digitalisering	44
3.6.1	Informasjonssikkerhet og personvern	44
3.6.2	Gjennomføring av IKT-prosjekter	45
3.6.3	Innføring av regionale løsninger	45
3.7.	Økonomiske krav og rammer og krav til aktivitet	48
3.7.1	Drift og investering	48
3.7.2	Resultat	48
3.7.3	Likviditet og investeringer	49
3.7.4	Overføring av likviditet – driftskreditt	49
3.7.5	Økonomisk handlingsrom	50
3.7.6	Investerings- og utbyggingsprosjekter	50
3.7.7	Krav til aktivitet	51
3.8.	Øvrige krav	52
3.8.1	Beredskap og sikkerhet	52
3.8.2	Nasjonalt medisinsk utrykningsteam for høyrisikosmitte	52
3.8.3	Redningshelikoptertjeneste	53
3.8.4	Oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelser	53
3.8.5	NAKMI	54
3.8.6	Arbeidslivskriminalitet	54
DEL III:	STYRETS PLANDOKUMENT	55
5.	UTVIKLINGSTRENDER OG RAMMEBETINGELSER	55
6.	STRATEGIER OG PLANER FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF	55
Del IV:	VEDLEGG	57
	Årsrapport Brukerrådet, Årsrapport Ungdomsrådet	57

DEL I: INNLEDNING OG SAMMENDRAG

1.1. Oslo universitetssykehus HFs oppgaver og organisering

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

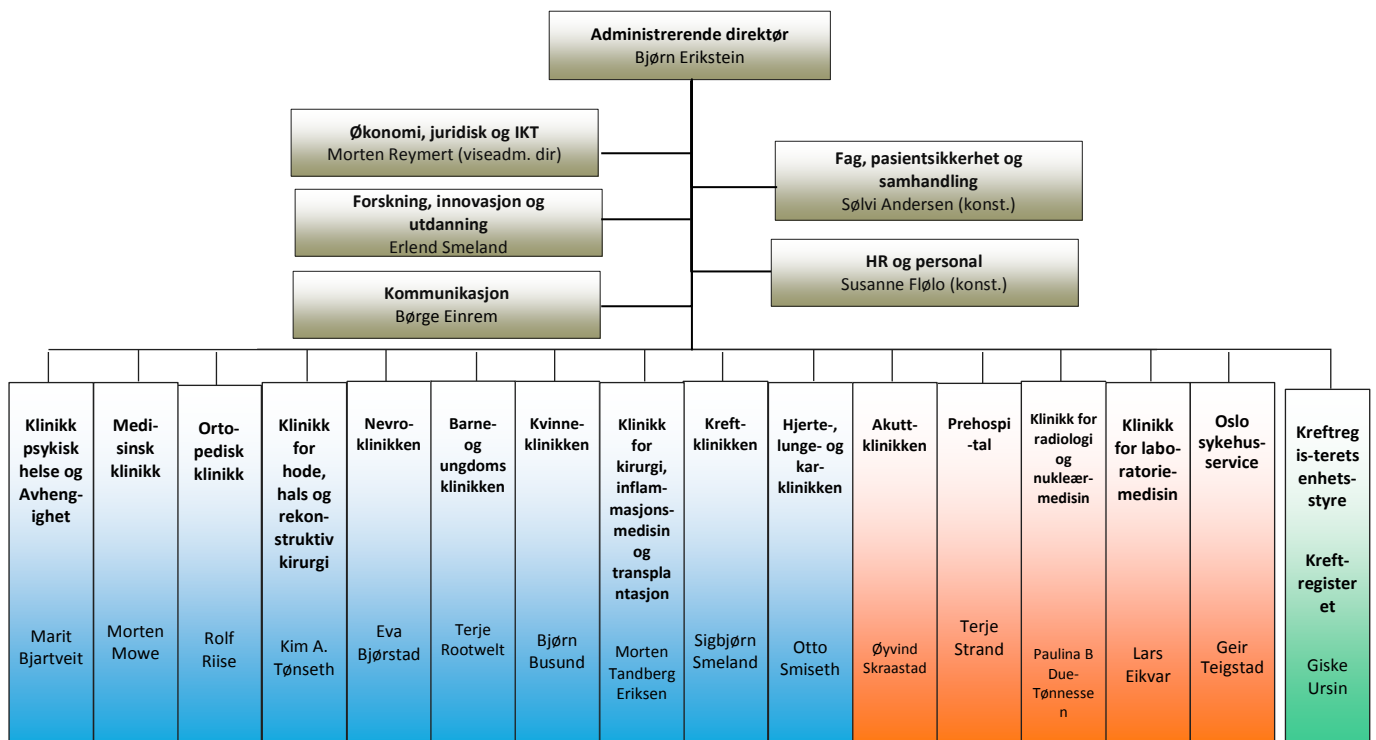
Alle regionsfunksjoner i Helse Sør-Øst er samlet ved Oslo universitetssykehus med unntak av revmakirurgi og deler av revmatologi. Disse er plassert ved Diakonhjemmet sykehus. Områdefunksjoner innen øre-, nese- og halssykdommer er fordelt mellom Lovisenberg diakonale sykehus og Oslo universitetssykehus.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

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

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

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

Organisasjonskart per desember 2018 - Oslo universitetssykehus HF



1.2. Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

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

Innenfor lovpålagte oppgaver og regional strategi 2009-2020, har Oslo universitetssykehus vedtatt en strategi for perioden 2013-2018. Visjonen er "Sammen med pasientene utvikler vi morgendagens behandling". Arbeidet med strategi for perioden 2019-2022 er i gang.

1.3. Mål for Oslo universitetssykehus HF i 2018

Mål for Oslo universitetssykehus i 2018 følger blant annet av eiers Oppdrag og bestilling for 2018, andre vedtak i foretaksmøtene og helseforetakets egne strategi- og handlingsplaner. I oppfølgingen av dette har Oslo universitetssykehus blant annet arbeidet for at helseforetaksgruppen skal oppnå mål i Helse Sør-Øst sin Plan for strategisk utvikling 2013-2020. Eiers Oppdrag og bestilling for 2018 med tilhørende tildelinger rapporteres i Årlig melding.

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

Styrets arbeid

Styret vedtar strategi, planer og mål for virksomheten, herunder oppfølging av tilsyn og revisjoner og krav og bestillinger fra eier m.m. Styret holder seg orientert om foretakets virksomhet og gjør vedtak om eventuelle tiltak og korrigeringer for å styre mot de

oppsatte planer og mål. Styremøtene har faste aktivitets- og økonomirapporteringer og orienteringer fra virksomheten. Hvert tertial utvides rapporteringen og det fremlegges risikovurderinger på sentrale områder som også rapporteres til Helse Sør-Øst RHF. Styret følger utvalgte områder og saker over tid og får fremlagt status oppfølging av styrets vedtak hvert halvår.

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

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

Intern styring og kontroll

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

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

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

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

Foretaket får brukertilbakemeldinger via SMS-løsning. Brukertilbakemeldinger vil fremover danne utgangspunkt for ytterligere forbedringer av system og tjenesteleveranser. Alvorlige pasienthendelser som har medført brudd på helselovgevingen legges frem i ledermøtet og/eller i Sentralt kvalitetsutvalgsmøte for organisatorisk læring og utvikling av tjenestene.

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

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

Tilsyn

Eksterne tilsyn kan bidra til å avdekke mangler eller feil i sykehusets virksomhetutøvelse, ledelses- og styringssystem. I 2018 har det vært gjennomført 63 tilsyn. Tilsynskoordinator følger opp alle tilsynsbesøk og sikrer samarbeid om gjennomføring samt tydelig rollefordeling for videre oppfølging av avvik, pålegg og handlingsplaner. Styret holdes orientert om tilsynsaktiviteter, funn og handlingsplaner i ledelsens gjennomgang etter tertialavslutningene.

Interne revisjoner

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

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

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

Risikostyring og vurdering av overordnet risikobilde

Risikovurderinger gjennomføres på avdelings-, klinikk- og foretaksnivå, inkludert handlingsplaner for risikoreducerende tiltak. Oslo universitetssykehus har en tematisk inndeling av risiko i fire strategiske områder. Risikovurderingene rapporteres tertialvis til styret og Helse Sør-Øst RHF.

1.5. Medvirkning fra brukere og ansatte

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

Tillitsvalgte og vernetjenesten

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

2.1. Positive resultater og uløste utfordringer

Hittil i år er reduksjonen i ventetid innenfor Klinikk for psykisk helse og avhengighet større enn reduksjonen innenfor somatikken. Sammenlignet med samme tidspunkt i 2017 er ventetiden i hele Oslo universitetssykehus redusert med en dag, mens ventetid til avvikling innenfor psykisk helse og avhengighet er redusert med to dager. For pasienter som venter på utredning eller behandling er ventetiden hittil i år 49 dager i hele foretaket. I Klinikk psykisk helse og avhengighet er ventetiden 29 dager.

Andel fristbrudd Oslo universitetssykehus er i 2018 redusert med om lag 3 prosent.

Andel pasientavtaler som ikke ble avholdt innen planlagt tid er redusert fra 6,9 prosent ved inngangen av 2017 til 5,1 prosent ved utgangen av 2018.

Rettsmedisinske oppdrag ferdigstilles med få unntak innen de tidsfrister som er avtalt med oppdragsgivere for de ulike saks kategorier.

En særlig utfordring for Oslo universitetssykehus er krav til datadeling i forskning. For å sikre at helseforetaket er forberedt på etterlevelse av den nye personvernforordningen innen forskning, gjennomgås alle prosedyrer og retningslinjer, inklusive datadeling. Det er en rekke uavklarte forhold knyttet til tolkning av håndtering av aidentifiserte data i den nye personvernforordningen, som kan vanskeliggjøre forskningssamarbeid på tvers av landegrensene og fremtidig publisering. Det er derfor behov for en felles nasjonal forståelse av det nye lovverket. Dette er et arbeid Oslo universitetssykehus har tatt initiativ til.

Oslo universitetssykehus utvider og videreutvikler hjemmesykehus som en del av tilbudet. Avansert hjemmesykehus for barn startet opp for ti år siden og utvider med flere pasientgrupper og døgndrift. Hjemmesykehus breddes nå til flere fagområder, som lungemedisin, blodsykdommer, kreftbehandling, Intervensjonscenteret, farmakologi og indremedisinsk. Det etableres nå et sykehusovergripende prosjekt, som vil jobbe både med konseptet hjemmesykehus, der helseforetaket har hovedansvar og eier hele behandlingsforløpet, og konseptet hjemmebaserte sykehustjenester, der kommunen har hovedansvar og helseforetaket har en mindre rolle i behandlingen.

Oslo universitetssykehus har etablert et omfattende prosjekt knyttet til reformen Ny spesialisering av leger del 2 og 3. Det gjenstår mye arbeid for å implementere nye ordninger, både med hensyn til innhold, kompetansebyggende tiltak, struktur og organisering. Det er en stor utfordring å få dette til uten ekstra bevilgninger og det vil derfor ta tid før ordningen er implementert på en god måte. Oslo universitetssykehus skal også ta imot mange leger fra andre helseforetak for oppnåelse av læringsmål de ikke kan oppnå i eget helseforetak. Dette vil for noen spesialiteter skape ekstra utfordringer grunnet manglende stillinger og bidra til flaskehals i utdanningsløpene.

Oslo universitetssykehus lanserte våren 2018 Nyansattprogrammet som er obligatorisk og gir en introduksjon til foretaket. Sikkerhet og kvalitet er gjennomgående tema i programmet. Områdene smittevern, taushetsplikt, brannvern, personvern og HMS, samt

kurs i kliniske systemer, dekkes av e-læringskurs og klasseromsundervisning. Nyansattdagen er gitt nytt innhold og er en del av denne obligatoriske opplæringen.

Det er fortsatt områder ved foretaket med særskilte rekrutteringsutfordringer som står uløst og som fører til driftsavvik og strykninger i elektiv virksomhet. Et forsterket samarbeid med utdanningsinstitusjonene og videreføring av utdanningsstillinger, hvor fordeling av utdanningsstilling baseres på opptak og gjennomføringsgrad av de ulike videreutdanningene, er tiltak for å bedre situasjonen på sikt. I tillegg er intern personalformidling etablert for flere yrkesgrupper og skalert opp.

2.2. Evaluering av egen virksomhet og organisering

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

Oslo universitetssykehus er blant annet avhengig av Sykehuspartner HF for å få gjennomført organisasjonsendringer i støttesystemene.

Innkjøp skal foretas gjennom Sykehusinnkjøp HF.

I 2018 anbefalte styret i Oslo universitetssykehus konseptrapport for videreutvikling av Aker og Gaustad. Det er utlyst konkurranse om prosjekteringstjenester i forbindelse med bygging av protonsender sammen med nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet.

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

DEL II: RAPPORTERINGER

3.0.1 Helseforetakenes utviklingsplaner

- *Helseforetakets utviklingsplaner skal ferdigstilles i 2018.*

Et omfattende og sykehusovergripende arbeid med utviklingsplan for Oslo universitetssykehus HF 2035 ble i løpet av våren 2018 avsluttet. Januar 2018 ble høringsutkastet til utviklingsplanen sendt ut til ekstern og intern høring. I løpet av høringsperioden fikk OUS tilsendt til sammen 27 høringsuttalelser. Samtlige uttalelser kom fra instanser som fikk tilsendt høringsutkastet. På den interne hjemmesiden kom det inn én kommentar relatert til utviklingsplanen. 12 av de 27 høringsuttalelser kom fra eksterne høringsinstanser. Prosjektgruppen har i uke 15/16 bearbeidet høringsutkastet og etter beste evne forsøkt å innarbeide det meste av innspillene som kom fra eksterne og interne instanser.

Den 25. april 2018, ble Oslo universitetssykehus – Utviklingsplan 2035 presentert for og vedtatt av styret. Utviklingsplan ble oversendt Helse Sør-Øst 26. april 2018. Utviklingsplan for Oslo universitetssykehus 2035 «Oslo universitetssykehus HF - I dag, i morgen og i fra» finnes på vår hjemmeside: <https://oslo-universitetssykehus.no/om-oss/utviklingsplan-2035/oslo-universitetssykehus-utviklingsplan-2035-vedtatt-av-styre>

3.1.1 Ventetid og fristbrudd

- *Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2017*

Gjennomsnittlig ventetid til avvikling er redusert fra 60 dager i 2017 til 58 dager i 2018. Vi fortsetter arbeidet i 2019 med god kvalitetssikring av feilregistrerte langtidsventende, registrering av ventetid slutt i sann tid, samt avvikling av venteliste for pasienter som ikke møter eller avbestiller mer enn to ganger. Vi vil samarbeide videre med Velg behandlingssted om å finne et tilbud til pasienter med lavt prioriterte tilstander eller som blir rettighetsvurdert til å skulle vente lenge. Gjennomsnittlig ventetid for ventende er økt fra 50 dager i 2017 til 60 dager i desember 2018. Tiltak som vil føre til måloppnåelse er de samme som for neste punkt, og er beskrevet under.

- *Innen 2021 skal gjennomsnittlig, samlet ventetid for alle tjenesteområder være under 50 dager. For 2018 skal gjennomsnittlig ventetid være under 57 dager innen somatikk og under 40 dager innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rus-behandling. Ventetid måles som årlig gjennomsnitt.*

I 2018 var gjennomsnittlig ventetid for alle avviklede pasienter 59 dager. Innen psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling var gjennomsnittlig ventetid til avvikling i 2018 44 dager.

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

- Henvisninger skal som hovedregel vurderes daglig og vurderingstiden skal ikke ta mer enn fem dager av vurderingsperioden. Ikke vurderte henvisninger med mottattdato mer enn tre dager tilbake skal følges opp til vurdering.
- Pasienter skal tildeles fast tid for oppmøte innen 10 virkedager fra henvisningen er mottatt.
- Ventetid slutt skal være registrert på videre henviste som allerede har fått innfridd sin rettighet ved annet HF
- Ventetid slutt skal være registret i sann tid når ny henviste har fått innfridd sin rettighet.
- Ny henviste, pasientutsatte, skal følges opp med ny tid, eventuelt skal henvisningen lukkes.
- Ingen pasienter skal rettighets vurderes på nytt for samme tilstand.
- Tentativ dato skal være styrende for inntak av ny henviste og planlagt tid være fastsatt i god tid før frist start helsehjelp. Tentativ måned skal ikke benyttes i forbindelse med rettighetsvurdering.
- Ingen skal vente mer enn ett år. Vi viderefører samarbeidet med velg behandlingssted om pasienter/pasientgrupper som har lav prioritert og som kan motta helsehjelp et annet sted.
- Registrering av diagnosegrupper i DIPS for å lette prioritering på venteliste, sikre at pasienten kommer til riktig spesialist, øke kunnskap om hvilke pasientgrupper som venter lengst, samt identifisere årsak til ventetid utover planlagt tid.
- Gjennomgang av de tabeller i NPR- tilbakemeldingen hvor NPR har identifisert avvik som påvirker ventetiden.

- | |
|----------------------------|
| • <i>Ingen fristbrudd.</i> |
|----------------------------|

Hovedårsaken til fristbrudd er feilregistreringer og mangelfull kvalitetssikring i DIPS. Dette er en av våre uløste utfordringer, og vi vil videre følge tett opp de klinikkene som ikke har innarbeidet tilfredsstillende rutiner for å hindre feilrapportering til NPR.

Fra LIS har vi følgende tall:

Fristbrudd 2017		Fristbrudd 2018	
Antall	867	Antall	753
Andel	1,1%	Andel	1,0%
Ventetid etter fristbrudd	27 dager	Ventetid etter fristbrudd	18 dager

De endelige tallene fra NPR for 2018, kommer i februar.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • <i>Median tid til tjenestestart skal reduseres sammenliknet med 2017. (Tiden mellom tidspunktet henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten og tjenestestartdato (dato for når prosedyre er utført) for spesifikke sykdomsgrupper. Målet gjelder for sykdomsgrupper der tid til tjenestestart er tilgjengelig som nasjonale tall fra NPR.)</i> |
|---|

Avdeling for aktivitet og analyse er i dialog med NPR om hvordan median tid til tjenestestart skal vises.

- *En større andel av pasientavtalene skal overholdes sammenliknet med 2017 (passert planlagt tid). Innen 2021 skal minst 95 prosent av avtalene overholdes.*

I Oslo universitetssykehus HF er overholdes per august 94,9 prosent av avtalene dvs. det er kun 5,1 prosent med passert planlagt tid. Det er laget en plan for 2019 for videre målstyring og arbeidsprosess for å overholde tidspunkt som er medisinsk faglig vurdert (tentativ dato).

- *Andelen fristbrudd i Helse Sør-Øst som helhet var 1,5 prosent i 2017. Tilsvarende tall i 2016 var 1,2 prosent. Det forutsettes at de helseforetak som fortsatt har fristbrudd innretter driften slik at målet om null fristbrudd nås.*

Olafiaklinikken mottar pasienter til forebyggende HIV-behandling (PrEP – PreEksposisjonsProfylakse). Prosjektet ble initiert av Helsedirektoratet i 2016, men antall pasienter viser seg å være langt større enn først antatt.

Dette har utløst et kapasitetsproblem for Olafiaklinikken når det gjelder avvikling innen frist *start helsehjelp*. OUS vil diskutere om denne type forebyggende helsetjeneste skal rettighetsvurderes, eller om man ved vurdering av henvisningen kan fristfastsette tentativ dato (planlagt tid for innkalling). I løpet av 2018 har det vært 42 fristbrudd på Olafiaklinikken grunnet denne pasientgruppen (Prep).

3.1.2 Kreftbehandling

- *Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 pst. Variasjonen i måloppnåelse for pakkeforløp kreft på helseforetaksnivå skal reduseres.*

Noe over halvparten av pakkeforløpene med normerte tider (14 av 26) vil i OUS i 2018 ha tilfredsstillende andel som er innenfor normert tid fra start forløp til start behandling (med forbehold om at desember-tall mangler). Følgende forløp har en ikke tilfredsstillende andel innenfor normert tid og har hatt en negativ utvikling fra 2017 til 2018: Brystkreft, hode/hals-kreft, eggstokkreft, livmorhalskreft og lungekreft.

I tillegg vil ligger følgende forløp på et stabilt, men ikke tilfredsstillende nivå med andel innenfor normert tid: prostatakreft, nyrekreft og livmorkreft.

Også tre av pakkeforløpene med relativt små volum ligger på en andel innenfor normert tid som ikke er fullt tilfredsstillende: Kreft i bukspyttkjertel, i skjoldbruskkjertel og primær leverkreft.

- *Helseforetakene som gir behandlingstilbud til kreftpasienter må følge opp resultatene for pakkeforløp og forløpstid for kreftpasienter og bruke disse i sitt forbedringsarbeid slik at målet nås i 2018, jf. Oppdrag og bestilling 2018.*

Oslo universitetssykehus arbeider systematisk med knytte forbedringsarbeid opp mot pasientforløp for kreft. Det skjer både ved å tilrettelegge generelle for forbedring på

systemnivå og ved identifisering og oppfølging av konkrete problemområder. Mer konkret vil tilrettelegging på systemnivå si:

- Egne koordinerende organer for kreftområdet
 - o Et internt driftsstyre for kreftområdet er opprettet (med arbeidsutvalg) med oppfølging og forbedring av pasientforløp for kreft som en hovedoppgave.
 - o Forløpsledelse for hvert pakkeforløpsområde med deltakelse de klinikker/avdelinger som er sentrale i hvert forløp. Hovedformål oppfølging av kvalitet, tider og forbedring
 - o Forløpskoordinatorfunksjonen, erfaringer evaluert i 2018 bl.a. med sikte på forbedringer i forhold til å ivareta kvalitet i operativ koordinering
- Oppfølging og samspill mellom nivåene. Fra 2018 innført et årlig oppfølgingsmøte mellom AU for Driftsstyret for kreft og forløpsledelsene. Oppsummeres i tiltaksplan
- Oppfølging mellom regionsykehus og andre HSØ sykehus om felles pasientforløp med sikte på å få felles forståelse av problemer og løsninger. I 2018 gjennomført ett generelt møte og ett spesifikt om lungeforløpet.
- Bedre kvalitet på rapportering med vekt på å identifisere problemområder
 - o Månedssrapport sendes ut til alle forløpsledere og linjeledere inkludert klinikkledere.
 - o Regelmessig rapportering i OUS ledermøtet.
- Etablering av dokumenterte standardiserte pasientforløp i OUS i elektronisk kvalitetshåndbok og integrert med forbedringsarbeid. Plan er lagt for å få på plass dokumentasjon av forløpene i løpet av 2019.

Mer konkret arbeid med forbedring på identifiserte problemområder:

- Særskilt oppfølging av forløp med lav måloppnåelse gjennomført høsten 2018- oppfølging av forløpsledere og koordinator gjennom AU for driftsstyret for kreft.
 - o Hode/hals kreft
 - o Brystkreft
 - o Prostatakreft
 - o Gynekologisk kreft
 - o Testikkelkreft
 - o Lungekreft
 - o Nyrekreft
- Fysisk samling av virksomhet innenfor samme område (eks brystkirurgi, lungeonkologi og prostataonkologi)
- Analyse og forbedring når det gjelder optimalisering av tilgjengelig kapasitet innen diagnostikk (radiologi, nukleærmedisin og patologi)
- Forbedrede rutiner i håndtering av første fase i forløpet (stikkord: håndtering av henvisninger, planlegging av undersøkelser og poliklinikk)
- Evaluere sammensetning av forløpsledelsene i enkelte forløp
- Konkret ber vi om justering av forløpstid for hode-hals-kreft der stråling er første behandling i tråd med internasjonale standarder (brev sendt H-dir)
- Gjennomføring av nasjonale fagmøter innen flere områder
- Forbedring av tilgang til operasjonsstuekapasitet generelt og spesielt ved ferieavvikling
- HF-HF kommunikasjon for raskere henvisninger mellom sykehus i HSØ – Kreftområdet prioriteres – planlagt innført fra mars 2019

- *Oslo universitetssykehus gjennomfører 3-strøms MDT-møter for pakkeforløp kreft, fortrinnsvis gynekologisk kreft, lungekreft, urologisk kreft, GI-kreft og brystkreft med avansert behandling samt andre kreftgrupper der dette er egnet. Alle helseforetak og sykehus deltar på 3-strøms MDT-møter for pasientgrupper de utreder og behandler.*

Tre-strøms videobaserte MDT-møter er innført innen gyn.kreft, lungekreft og CNS-kreft. Det forberedes innen urologisk kreft og enkelte GI-forløp, men anses ikke å være aktuelt innen brystkreft. På noen områder der behandling stort sett bare foregår i regionsykehusene diskuteres nasjonale videobaserte møter i forhold til enkelte pasienter. For å legge til rette for denne utviklingen har det vært nødvendig å øke kapasiteten på tilgjengelige rom med dette utstyret i OUS. Det er gjort i løpet av 2018 (ett rom på Ullevål og ett på Radiumhospitalet). Implementeringen i 2018 har vært noe hemmet også av manglende utstyrskapasitet og – tilgjengelighet ved enkelte andre sykehus/foretak.

3.1.3 Samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester

- *Oslo universitetssykehus HF skal arbeide for bedre samordning mellom helseforetak, private leverandører og avtalespesialister for å sikre riktig kapasitet og god kapasitetsutnyttelse.*

Oslo universitetssykehus har i løpet av 2018 hatt regelmessig møte med sykehusene i hovedstadsområde for å diskutere kapasitetsutfordringer og mulighetsrommet for bedret samarbeid og samordning av helsetjenesten. Konkret ble det avsluttet arbeid i forbindelse med «En dør inn» som skal bidra til forbedret behandling av bedret kapasitetsutnyttelse for behandling av pasienter med mistanke om hjerneslag i Oslo sykehusområde. Fra våren skal samtlige pasienter fra Oslo sykehusområde med mistanke om hjerneslag få sin akuttbehandling ved Ullevål sykehus. Behandlingen skal ilt 2019 inkludere mekanisk trombektomi på samme sted.

Som en forlengelse av «Kapasitetsprosjektet» fra Helse Sør-Øst RHF i 2016 ble det i sluttet av 2018 etablert et prosjekt som i løpet av 2019 skal legge til rette for endret oppgavefordeling mellom sykehusene i Oslo sykehusområde. Prosjektet skal se på endret oppgavefordeling innenfor:

- Medikamentell kreftbehandling
- Dialysebehandling
- Primære og sekundære hud-, bløtdels- og beninfeksjoner i ekstremitetene
- Behandling av hjerneslag
- m. fl.

I forbindelse med endret avtaleverket mellom Helse Sør- Øst RHF og Landsforening for Hjerte og Lunge (LHL) ble deler av LHL sitt tilbud overført til Hjerte-, Lunge-, Karklinikken ved Oslo universitetssykehus.

3.1.4 Helseforetakenes kjøp av helsetjenester fra private leverandører

- *For å sikre at Helse Sør-Øst RHF får en samlet oversikt over anskaffelser gjort av helseforetakene, skal slike anskaffelser rapporteres løpende til det regionale helseforetaket. Denne løpende rapporteringen skal samordnes med annen eksisterende*

rapportering. Det skal tas inn en overordnet rapportering om gjennomføringen i årlig melding 2018.

OUS sin innkjøpsavdeling rapporterer på 4 avtaler til Brystdiagnostisk senter. Godkjenning fra HSØ- RHF ble gitt ved oppstart av disse avtalene. Følgende tre avtaler vil forlenges til 2020 av Sykehusinnkjøp:

- Mammografikontroller > 5 år etter gjennomført primærbehandling
- Brystdiagnostiske tjenester - Klinisk problem bryst
- Mammografikontroller 5-10 år etter gjennomført primærbehandling

Avtalen knyttet til brystdiagnostiske tjenester er allerede forlenget.

- Brystdiagnostiske tjenester med MR mamma

3.1.5 Avtalespesialister

- *Helseforetaket skal innen utgangen av 2018 ha inngått samarbeidsavtaler med avtalespesialistene i sykehusområdet/opptaksområdet.*

Oslo universitetssykehus ved Klinikk Psykisk helse og avhengighet har i samarbeid med Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus utarbeidet et felles forslag til overordnet samarbeidsavtale mellom avtalespesialistene og de enkelte helseforetak. Brev vedlagt samarbeidsavtalen ble sendt ut til avtalespesialistene i OUS sine clustere 30. november i år.

Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon (KIT) har avtalespesialister innen to fagområder, hud og urologi. Klinikken ser behov for å kunne utnytte avtalespesialistene bedre som en del av spesialisthelsetjenesten, men det har vært utfordrende å få til forpliktende samarbeidsavtaler som bidrar til god pasientflyt. Innen urologi har det vært direkte kontakt med HSØ for avklaring og klinikken er nå i dialog med de fire aktuelle spesialistene. Utkast til avtaler foreligger. Innen hud foreligger det ingen samarbeidsavtaler. Standardavtaler uten forpliktende innhold gir ingen gevinst. Det holdes regelmessige møter mellom Seksjon for hudsykdommer ved OUS og avtalespesialistene i regionen. På det første møte i 2019 skal representanter fra Helse S-Ø delta, og muligheter for samarbeidsavtaler drøftes. Tydeligere krav til samarbeid ved utlysning av nye hjemler vil kunne gjøre arbeidet med avtalene enklere i framtiden.

Barneklubben (BAR) har ved to avdelinger inngått samarbeidsavtaler:

Barneavdeling for allergi og lungesykdommer. Avdelingen har en avtale med Moloklinikken om at de skal ta imot nyhenviste pasienter for avdelingen ved kapasitetsproblemer, men avdelingen har så langt ikke formalisert dette i form av en skriftlig avtale. Formalisering er imidlertid på gang.

Avdeling for barnemedisin Ullevål. De har pr. i dag to avtalespesialister de henviser pasienter til innenfor fagfeltet gastromedisin. Avdelingen planlegger å benytte avtalespesialister innenfor endokrinologi, trolig fra starten av 2019 med samme type kontrakt.

Barneavdeling for allergi og lungesykdommer har hatt kontakt med 4 avtalespesialister og skrevet avtale med to. Sykehuset har jevnlig kontakt med de to siste vedrørende pasientbehandling og faglig kompetanseutvikling og håper på noe sikt å få til en avtale..

Medisinsk klinikk har samarbeidsavtaler innen gastromedisin, nyremedisin og lungemedisin.

3.2.1 Høyere vekst

- *Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivinger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske opphold) (Årsverk er tatt ut som måleparameter. Årsverkstall fra SSB gir ikke en fullstendig oversikt over årsverk etter sektor på grunn av reglene for innrapportering av fellespersonell.).*

Ved Oslo universitetssykehus HF er det aktivitet i Klinikk psykisk helse og avhengighet men også i Barne- og ungdomsklinikken som kategoriseres innenfor psykisk helsevern. Ved måling av ressursbruk, aktivitet og ventetid til avvikling inkluderes relevant virksomhet i begge disse klinikkene, i tillegg til virksomhetens andel av ressursbruk i Oslo sykehusservice og felleskostnader på sykehusnivå.

Intern budsjettfordeling og måltall 2018 er innenfor prioriteringsregelen (ventetid, aktivitet og ressursbruk). Ved gjennomføring av virksomheten i 2018 har det vært utfordringer knyttet til prioriteringsregelen særlig på enkelte områder. Disse er beskrevet under de ulike delpunktene knyttet til vurdering av resultat 2018mht prioriteringsregelen i teksten under.

- Voksenpsykiatri:
Antall polikliniske konsultasjonen innenfor *voksenpsykiatrien* er lavere enn budsjettet for 2018. Det har vært en økning i antall konsultasjoner fra 2017 som er om lag på samme nivå som for somatikken. Ventetiden er redusert mer enn for somatikken. Kostnadene er økt, men ikke fullt så mye som innenfor somatikken.
- Barne- og ungdomspsykiatri:
Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er antall polikliniske konsultasjoner høyere enn budsjettet i 2018 og økt fra 2017. Veksten i konsultasjoner har særlig vært innenfor Avdeling for barn og unges psykiske helse i sykehus, det vil si innenfor Barne- og ungdomsklinikken. Samlet vekst fra 2017 er noe lavere enn veksten innenfor somatikken. Dette skyldes delvis at det i perioder vært vanskelig å rekruttere kvalifisert fagpersonell Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling.

Ventetid til avvikling er redusert fra 2017 til 2018. Ventetiden er imidlertid fortsatt for lang og det skal prioriteres tiltak for å redusere denne i 2019. Kostnadene er økt mer enn innenfor somatikken.

I budsjett 2017 / 2018 ble det avsatt midler til å etablere FRONT-team

(akuttpsykiatrisk team til hjemmesykehus for ungdom). Dette ble etablert 1.9.2017 og har helårseffekt i 2018. Dette er et tilbud for befolkningen i hele Oslo sykehusområde. Tilbudet har redusert det akuttpsykiatriske trykket i hele Oslo, og vurderes å være en riktig utvikling. Tilbudet har nok bidratt til å redusere antall polikliniske konsultasjoner.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling:

Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er antall polikliniske konsultasjoner høyere enn budsjettet for 2018 og det har vært en stor vekst i antall rapporterte konsultasjoner fra 2017. De siste månedene har det vært en stor økning i ventetid til avvikling. Kostnadene er økt mer enn innenfor somatikken.

- *I årlig melding 2018 fra helseforetak som gir tilbud innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal tiltakene beskrives og oppfølgingen av disse omtales sammen med oversikt over måloppnåelse. Utviklingen for henholdsvis barn og unge, voksne og gravide rusmisbrukere som gis behandling i henholdsvis psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal fremgå tydelig i omtalen.*
- *Prioriteringsmålet om at det på regionalt nivå skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn for somatikk ble videreført i 2017. Distriktpsykiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og «private institusjoner med oppdragsdokument») og aktivitet (polikliniske konsultasjoner). I 2017 ble kravet om høyere vekst i kostnader innfridd i Helse Sør-Øst for TSB, men ikke for psykisk helsevern for voksne og for barn og unge. Målet om prosentvis større reduksjon i ventetider innen psykisk helsevern og TSB enn i somatikken er ikke nådd på noen områder. Kravet knyttet til økning i årsverk ble innfridd for TSB, men ikke innen psykisk helsevern for voksne og for barn og unge. Prioriteringsmålet har ført til en dreining i sykehusenes oppmerksomhet og aktivitet mot psykisk helsevern og TSB, men det er fortsatt rom for forbedringer. Det legges til grunn at målet blir nådd for 2018 i de helseforetakene i Helse Sør-Øst som gir tilbud til disse pasientgruppene.*

Gjennomsnittlig ventetid til avvikling i OUS og reduksjon av ventetid i Klinikk psykisk helse og avhengighet.

Hittil i år er reduksjonen i ventetid innenfor Klinikk for psykisk helse og avhengighet større enn reduksjonen innenfor somatikken. Sammenlignet med samme tidspunkt i 2017 er ventetiden i hele OUS redusert med en dag, mens ventetid til avvikling innenfor psykisk helse og avhengighet er redusert med to dager. For pasienter som venter på utredning /behandling er ventetiden hittil i år 49 dager i hele OUS. I Klinikk psykisk helse og avhengighet er ventetiden 29 dager.

I løpet av 2018 har klinikken iverksatt tiltak for å bedre henvisningsprosessen, kvalitetssikre registrerte ventelistedata i DIPS, samt øke andel som blir direktebooket. Klinikken har gjennomført opplæring i registrering av forløpstider for pakkeforløp, samtidig som det arbeides med planer for tilgjengelighet og god kapasitetsutnyttelse. Det er størst utfordring å redusere ventetid for barn og unge, samt for vårt nye etablerte

tilbud innen akuttpsykiatri *ungdom (FRONT)*. Klinikken fortsetter i 2019 med tiltak som kan bedre ventetiden for pasienter som får et tilbud i disse avdelingene. Målet er at gjennomsnittlig ventetid til avvikling innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være lavere enn 40 dager.

Fagområde	Tom nov 2017	Tom nov 2018
Psykisk helsevern barn og unge	52 dager	60 dager
Psykisk helsevern voksne	40 dager	41 dager
Rus	27 dager	31 dager

Data hentet fra DIPS

3.2.2 Tvang

- *Færre tvangsinnleggelses i psykisk helsevern enn i 2017.*
- *Færre pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) enn i 2017.*

Klinikken hadde 405 innleggelses etter §§3-3, Tvnget psykisk helsevern med døgnopphold tom november 2017. I 2018 var tilsvarende tall 359. Dette inkluderer regionale pasienter og pasienter i døgnplasser som sykehuset drifter for Lovisenberg, Diakonhjemmet og Akershus universitetssykehus.

Når det gjelder lokale funksjoner hadde klinikken 327 innleggelses etter §§3-3 t.o.m. november 2017, og 306 t.o.m. november 2018.

Tom november 2017 hadde klinikken 158 pasienter med vedtak om tvangsmiddelbruk. Tilsvarende tall tom november 2018 var 146. Det er en liten reduksjon i antall pasienter med slike vedtak. Den enkelte pasient fikk imidlertid langt færre vedtak om bruk av tvangsmidler i 2018 enn i 2017. I gjennomsnitt fikk de pasienter som var innlagt under tvungent psykisk helsevern (TPH) tom november 2017 11,7 vedtak om bruk av tvangsmidler, mens det tom november 2018 var i gjennomsnitt 8,0 vedtak pr pasient, Klinikken følger utviklingen månedlig og har høy oppmerksomhet i undervisningen av alle profesjonsgrupper på riktig bruk av tvangsinnleggelses og bruk av tvangsmidler. I klinikkens kontrollkomitéer og i klinikkens pasientsikkerhetsutvalg pågår det en løpende diskusjon om både tvangsinnleggelses og samtykkekompetanse, samt bruk av tvangsmidler. Klinikken brukerråd har høy oppmerksomhet rettet mot bruk av tvangsmidler. Det er utarbeidet en retningslinje på klinikknivå som beskriver hvordan spesialisthelsetjenesten skal gjennomgå med den enkelte pasient de hendelser som førte til bruk av tvangsmiddel, for så å tematisere rett etter hendelsen hvordan situasjonen ble løst og om den kunne vært løst på annen måte.

3.2.3 Pakkeforløp Psykisk helse og rus

- *Oslo universitetssykehus HF skal implementere pakkeforløpene for psykisk helse og rus.*
- *Helseforetakene skal implementere pakkeforløpene for psykisk helse og rus. Det vises til Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018-2020. Forberedende aktiviteter gjøres høsten 2018 slik at det fra 1. januar 2019 er mulig å motta henvisninger til, og behandle pasienter i pakkeforløp for psykisk helse og rus. Dette inkluderer blant annet: / Sørge for at praksis i spesialisthelsetjenesten blir endret i tråd med anbefalingene i pakkeforløpene. / Etablere forløpskoordinatorer i spesialisthelsetjenesten. / Sørge for innføring av nødvendig funksjonalitet i EPJ-*

systemene for mottak av henvisninger til pakkeforløp, registrering av koder og arbeidsflyt for håndtering av pakkeforløpene. / Sørge for at rapportering av forløpsinformasjon til Norsk pasientregister (NPR) gjøres etter gjeldende krav.

Organisering

Klinikk psykisk helse og avhengighet har prosjektorganisert arbeidet. Prosjektgruppen har planlagt, samkjørt og sikret fremdrift, og har bestått av to avdelingsledere, to seksjonsledere, fem representanter fra fagstaben, en fastlege og en ressursperson fra direktørens stab. Prosjektleder var avdelingsleder og det var dermed sikret forankring til klinikkleder og avdelingsledergruppen. Diskusjoner og beslutninger knyttet til pakkeforløp ble tatt opp på ledermøtene i klinikken annenhver uke.

Det har vært satt ned arbeidsgrupper for de ulike fagområdene. Eksempler på arbeidet i en av gruppene har vært å se på rutiner for forløpskoordinering og mal for basis kartlegging.

Opplæring

Det er utarbeidet en opplæringsplan som har tatt utgangspunkt i;

- Overordnet forståelse (E-læring)
- Praktisk opplæring i koding av pakkeforløp i DIPS Arena (E-læring og klasseromsundervisning).
- Dybdekunnskap (presentasjoner)

Målgruppene for opplæringen har vært differensiert. Arbeidet med opplæringsaktiviteter vil fortsette i 2019.

Kommunikasjon

Det er utarbeidet en interessentanalyse og kommunikasjonsstrategi for å sikre jevnlig og oppdatert informasjon internt og eksternt. På bakgrunn av dette er det så langt blant annet:

- Opprettet en egen pakkeforløpsside på klinikkens intranett
- Inkludert informasjon om pakkeforløp for psykisk helse og rus på OUS sin internettside om pakkeforløp samt på klinikkens internettforside
- Utarbeidet presentasjoner som gir en overordnet innføring i pakkeforløp. Presentasjonene er ment til bruk i opplæring/informasjon på alle nivå i klinikken, og er sendt på mail til lederne samt publisert på intranettsiden - tilgjengelig for alle.
- Avholdt lederseminar for alle ledere i klinikken med tema pakkeforløp
- Sendt ut informasjonsmail til alle ansatte fra klinikkleder
- Inkludert oppdatert informasjon om pakkeforløp i hilsen fra klinikkleder i klinikkens elektroniske nyhetsbrev som sendes ut til alle ansatte hver andre måned

Maler/fraser i DIPS

En arbeidsgruppe i klinikken med representanter fra alle fagområder har høsten 2018 revidert maler/fraser i DIPS. Gruppen har samtidig sikret at malene ivaretar kravene fra pakkeforløpene. Dette arbeidet fortsetter i 2019.

eHåndbok

- Flyttdiagram: det er utarbeidet ett dokument for hvert pakkeforløp i form av et flyttdiagram. Flytskjemaene er klikkbare, slik at det skal være enkelt å finne informasjon om innholdet i hvert punkt i det enkelte forløp.
- Somatisk helse og levevaner: i pakkeforløpene for psykisk helse og rus er det innført nasjonale anbefalinger for oppfølging av somatisk helse og levevaner. Det er utarbeidet et klikkbart dokument hvor det kliniske verktøyet «Hjertefrisk» er brukt som ramme og utvidet med fire risikoområder. Implementering vil skje i 2019.

Samhandlingsrutiner

Det er satt ned en gruppe som skal utarbeide samhandlingsrutiner mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten i pakkeforløpene med spesielt fokus på somatisk helse og levevaner. Gruppen består av representanter for sykehusene i Oslo-området, praksiskonsulenter og en bydelsoverlege i Oslo kommune.

Etablere forløpskoordinatorer i spesialisthelsetjenesten

Klinikk psykisk helse og avhengighet har utarbeidet et forslag til organisering og ansvarsdeling knyttet til forløpsledelse og forløpskoordinering

Klinikken har fått en finansiell tildeling til formålet og er nå i en prosess med å vurdere og beslutte hvordan midlene skal benyttes. Klinikken vil pr 1.1.2019 etablere funksjonen forløpskoordinator slik oppdraget forutsetter, hvilken modell som velges er ikke besluttet.

Sørge for innføring av nødvendig funksjonalitet i EPI-systemene for mottak av henvisninger til pakkeforløp, registrering av koder og arbeidsflyt for håndtering av pakkeforløpene.

OUS har besluttet å benytte DIPS Arena til å registrere pakkeforløpshendelser/koder.

Følgende aktiviteter er utført/planlagt utført innen utgangen av 2018;

- Opplæring av 12 instruktører ca. 30 superbrukere.
- Klasseromsopplæring til ca. 1000 ansatte (alle behandlere på døgn og poliklinikk, og alle kontorfaglige som jobber i DIPS)
- Utarbeide eget eHåndboksdokument for registrering i DIPS Arena og eget dokument for pasientadministrasjon for pasienter i pakkeforløp i DIPS Classic/DIPS Arena.
- Utarbeide egne rapporter i LIS for monitorering av forløpene.
- Utarbeide egne rapporter i NIMES for kvalitetssikring av kodingen.

Sørge for at rapportering av forløpsinformasjon til Norsk pasientregister (NPR) gjøres etter gjeldende krav

Aktivitet og Analyse sørger for rapportering til NPR og videreformidling av månedlige kontrolluttrekk fra NPR.

Plan for 2019

Det er igangsatt arbeid for å tydeliggjøre oppgaver og ansvar innenfor standardiserte pasientforløp herunder pakkeforløpene kreft, PHA og hjerneslag.

3.2.4 Avvisning av pasienter ved distriktpspsykiatriske sentre

- Oslo universitetssykehus HF skal arbeide aktivt for å redusere avvisningsrate ved distriktpspsykiatriske sentre innen psykisk helsevern.

Avvisningsraten for DPSene er presentert i tabell under. Tabellen viser også antall mottatte henvisninger samt antall aksepterte henvisninger for årene 2016, 2017 og 2018.

		2016	2017	2018
Nydalen DPS	Avvisningsrate	- 22 %	- 20 %	- 18 %
	Antall henvisninger	3 346	3 708	3 985
	Antall aksepterte henvisninger	2 626	2 957	3 277
Søndre Oslo DPS	Avvisningsrate	- 30 %	- 34 %	- 26 %
	Antall henvisninger	2 353	2 616	2 540
	Antall aksepterte henvisninger	1 649	1 719	1 719

Data er hentet fra DIPS

Det er, basert på tallene i tabellen, en nedgang i avvisningsrate for begge DPS i OUS i 2018. Fortsatt er avvisningsraten relativt høy på årsbasis. Utviklingen pr måned i 2018 viser imidlertid et annet bilde. For Søndre Oslo DPS har avvisningsraten gått fra 41 % i januar til 22 % i desember. For Nydalen DPS har raten gått fra 21 % til 18 %.

Det er enighet om at antall henvisninger bør kunne reduseres gjennom bedre samarbeid og veiledning. Både Nydalen og Søndre Oslo DPS tilbyr veiledningsmøter til fastlegekontorene, som noen av kontorene benytter seg av. Erfaringen er at møtene er nyttige og kan bidra til mer hensiktsmessig henvisningspraksis. Clusterordningen med privatpraktiserende avtalespesialister fungerer ikke. Det har til nå ikke latt seg gjøre å få til et avtalt samarbeid, for eksempel om koordinert innsøking og rettighetsvurdering.

Det er usikkert om Pakkeforløpene for psykisk helse og rus vil kunne bedre situasjonen. Forarbeidet som forventes utført av fastlege og øvrig kommunehelsetjeneste før henvisning sendes, er omfattende. Det er risiko for at en del pasienter ikke blir henvist fordi fastlegene av ulike grunner ikke får fulgt opp innholdskravene i henvisning.

Det er også bekymring i primærhelsetjenesten for at arbeid med somatisk helse og levevaner skal gå på bekostning av psykiatriske behandlingsressurser i psykisk helsevern slik at behandlingsskapiteten reduseres. Mangel på elektroniske dialogmeldinger mellom fastleger og spesialisthelsetjeneste begrenser foreløpig samarbeidet. Dialogmeldingene kommer på plass, i 2020.

Pakkeforløpene vil imidlertid kunne bidra til en mer likeartet praksis, både for utforming og vurdering av henvisninger. Pakkeforløpene vil kanskje også kunne føre til mer effektive (raskere) pasientforløp, og ved det frigjøre behandlingsskapitet.

3.2.5 Utskrivningsklare pasienter

- *Oslo universitetssykehus HF skal registrere utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samt inngå samarbeidsrutiner med kommunene for å forberede utskrivinger av disse pasientene, jf. innføring av betalingsplikt for kommunene fra 2019.*

Samarbeidsutvalget for hovedstadsområdet har utformet mandat til en arbeidsgruppe sammensatt av representanter fra de fire sektorsykehusene, Oslo kommune og aktuelle etater, samt tillitsvalgt og brukerrepresentant. Mandatet beskriver krav til utforming av rutine/prosedyre som skal sikre varsling av utskrivningsklare pasienter i psykisk helse og rus, jmf. Betalingsplikt for kommunene innføres fra 1/1 2019. Rutinen (PLO-elektronisk melderutine) har innlemmet prosesskravene som omfatter psykisk helse og rus og er for øvrig felles med melderutinen for somatikk. Gruppen har ferdigstilt sitt arbeid, og rutinen er godkjent i Samarbeidsutvalgets møte 28/11-18.

I tillegg til dette vil det bli igangsatt et arbeid for å utforme en felles underavtale for samhandling innen psykisk helse for barn og unge og for voksne, samt for rusavhengighet, som skal gjelde for hele hovedstadsområdet. Her vil også samarbeidskravene i pakkeforløpene legges inn:

- Økt brukermedvirkning og brukertilfredshet
- Sammenhengende og koordinerte pasientforløp
- Unngå unødig ventetid
- Likeverdige tilbud til pasienter og pårørende
- Somatisk helse og levevaner

Dette arbeidet skal være ferdigstilt før påske 2019.

3.2.6 Avbrudd i døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling

- *Registrere avslutningstype og sikre færrest mulig avbrudd i døgnbehandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.*

Muligheten for å registrere avbrudd i behandling, forsvant med innføringen av DIPS i Oslo universitetssykehus i 2014. Dette er et stort problem for klinikken og er et eksempel på at systemene vi arbeider med, ikke er tilpasset fagområdenes behov. OUS arbeider med å finne andre koder for å registrere avbrudd i klinikken og jobber med opplæring og implementering. Denne malen som vi jobber med, er tenkt å gi lik registrering for alle seksjonene i som arbeider med rus- og avhengighetsbehandling. Det er imidlertid langt igjen før klinikken er i mål med dette. For at det skal være mulig å registrere avbrudd i behandling korrekt og oversiktlig, må dette inkluderes i DIPS.

Klinikken tar utgangspunkt i kunnskapsgrunnlaget for drop-out forskning på rusfeltet. Det innebærer å ha en særlig bevissthet rundt allianse, kognitiv fungering, personlighetsproblemer og alder under 30 år.

Som et eksempel på nye tiltak fremheves Seksjon rus- og avhengighetsbehandling voksen som i perioden har jobbet med ulike prosjekt og program: «mens vi venter» er relatert til tiden før behandlingsstart og «trygg utskrivning» for å sikre overganger til annen behandling og forebygge tilbakefall og overdoser etter behandling. Erfaringer gjennomgås i avdelingens Pasientsikkerhetsråd for å sikre overføring av kunnskap til øvrige seksjoner.

Bruk av feedback verktøy er et viktig tiltak for å sterkere involvere pasienten i egen behandling. Det legger bedre til rette for styrket allianse og samvalg. Verktøyet Klient- Og Resultatstyrt praksis (KOR) er tatt i bruk ved flere kliniske seksjoner. Det må legges til rette for elektronisk bruk av feedback verktøy for å at dette skal få bedre effekt.

Andre stikkord knyttet til spørsmålet:

- Ute-team for aldersgruppen 18-26 år
- Arenafleksibelt arbeid
- Etablering av RusFact team med Oslo kommune
- Nevrobiologisk screening
- Milepælsmøter
- Avklare samarbeid med pårørende

3.2.7 Tilbud til barn og unge

- *Oslo universitetssykehus HF skal videreføre satsing på bedre helsetjenester til barn og unge i barnevernet, herunder bidra til regional utvikling av modeller for utredning av barn i barnevernet. Oslo universitetssykehus HF skal utvide det ambulante arbeidet inn mot barnevernet.*

Funksjonen barnevernansvarlig i psykisk helsevern for barn og unge er etablert i OUS. Formålet med ordningen er å sikre et mer systematisk samarbeid mellom psykisk helsevern for barn og unge og barneverninstitusjonene, og for å bidra til at barn og unge ved institusjonene får nødvendig psykisk helsehjelp. En arbeidsgruppe med representanter fra OUS og Barne- og familieetaten (BFE) arbeider med fokus på å utvikle et best mulig samarbeid for ivaretagelse av barn og unge i institusjonene. Barnevernansvarlig i BUP samt helseansvarlige i institusjonene vil være sentrale. Etter oppstartsmøte med aktuelle i spesialist - og i kommunehelsetjenesten skal det tas utgangspunkt i: «Prioriteringsveileder - psykisk helse for barn og unge» fra Helsedirektorat for å bli bedre kjent med hverandres organisering og komme nærmere et felles språk, som grunnlag for utvikling av samarbeidsavtaler og utvikling av mulige modeller.

3.2.8 Tilbud til innsatte i fengsel

- *Oslo universitetssykehus HF skal iverksette tiltak for å øke tilgjengeligheten til psykisk helsevern for innsatte i fengsler, herunder språklige og kulturelt tilrettelagte tilbud for samiske innsatte.*

1) Tiltak for å øke tilgjengeligheten til psykisk helsevern for innsatte i fengsler

Oslo universitetssykehus har ansvar for psykisk helsevern til innsatte i Sentralarresten i Oslo politidistrikt, Ungdomsenhet Øst i Eidsvoll fengsel, Oslo fengsel og Bredtveit kvinnefengsel. Tjenesten er organisert under Fengselspsykiatrisk poliklinikk (FPP) i Avdeling for nasjonale- og regionale funksjoner, Klinikk psykisk helse og avhengighet. FPP har åtte ansatte; enhetsleder, psykiater, tre psykologspesialister, to psykologer og én sekretær. Siden etableringen i 2006 har tjenesten systematisk bygget ut tilbudet og

har i dag høy tilgjengelighet for de innsatte, inkludert tilbud om psykiatrisk øyeblikkelighetstjeneste til fengslene og politiarresten.

I 2016 ble det startet opp et treårig prosjekt for behandling av seksuallovbruddsdømte, BASIS-prosjektet – Behandling av seksuallovbruddsdømte i Sør-Øst. Prosjektet er direktefinansiert av Helsedirektoratet, og er et samarbeidsprosjekt mellom Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER) Helse Sør-Øst og Fengselspsykiatrisk poliklinikk. Prosjektets formål er å øke kunnskap om seksuallovbruddsdømte og utvikle systematiske og individualterapeutiske tiltak/metoder for forebygging av tilbakefall. Prosjektet gjennomføres i samarbeid med kriminalomsorgen og er organisert med styringsgruppe, prosjektgruppe og et behandlingsteam som har to psykologer i full stilling og psykiater i 1/5 stilling.

2) Språklig og kulturelt tilrettelagt tilbud om psykisk helsevern for samiske innsatte

For å få mer kunnskap om samiske innsatte i fengsler i Helse Sør-Øst har Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri gjennomført en landsdekkende kartleggingsundersøkelse om antall samiske innsatte i norske fengsler, om problemstillinger knyttet til denne gruppen innsatte og om det er opprettet tilrettelagt tilbud for målgruppen. Endelig prosjektrapport vil foreligge i desember 2018.

3.3.1 Pasientsikkerhetsprogrammet

- *Oslo universitetssykehus HF skal styrke innsatsen i pasientsikkerhetsprogrammet og sikre at tiltakspakkene fra pasientsikkerhetsprogrammet, inkludert kartlegging av pasientskader og pasientsikkerhetskultur videreføres etter 2018.*
- *Rapportering: Andel relevante enheter i regionen hvor tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet er implementert. / Mål: 100 % / Datakilde: RHF's rapportering til pasientsikkerhetsprogrammet / Publiseringsfrekvens: Årlig*
- *Mål i 2018 at alle kliniske enheter implementerer «Grønne korset» og har tavlemøter hvor uønskede hendelser gjennomgås.*

Oslo universitetssykehus HF har i 2018 arbeidet aktivt med å styrke sykehusets interne innsats med å innføre pasientsikkerhetsprogrammets innsatspakker. Etter sommerferien har alle tiltakspakker enkeltvis blitt fremhevet gjennom separate kampanjeuker der det ble gitt utfyllende informasjon om innhold og implementering i lederlinjen og på intranettet. Innrapporteringene viser økende måloppnåelse, men sykehuset har ikke nådd målet om 100 % implementering av alle tiltakspakker i alle relevante enheter innen utgangen av 2018. Arbeidet videreføres i 2019.

Tiltak som målinger, prevalensundersøkelser, avviksoppfølginger og interne revisjoner er kontinuert for å sikre at kvaliteten av implementeringen er tilstrekkelig.

Sykehuset gjennomførte i november en stor pasientsikkerhetsuke der alle ansatte ble involvert i pasientsikkerhetsarbeid innen en rekke områder. Uka ble avsluttet med et stort pasientsikkerhetsseminar med besøk av helseminister Bent Høie.

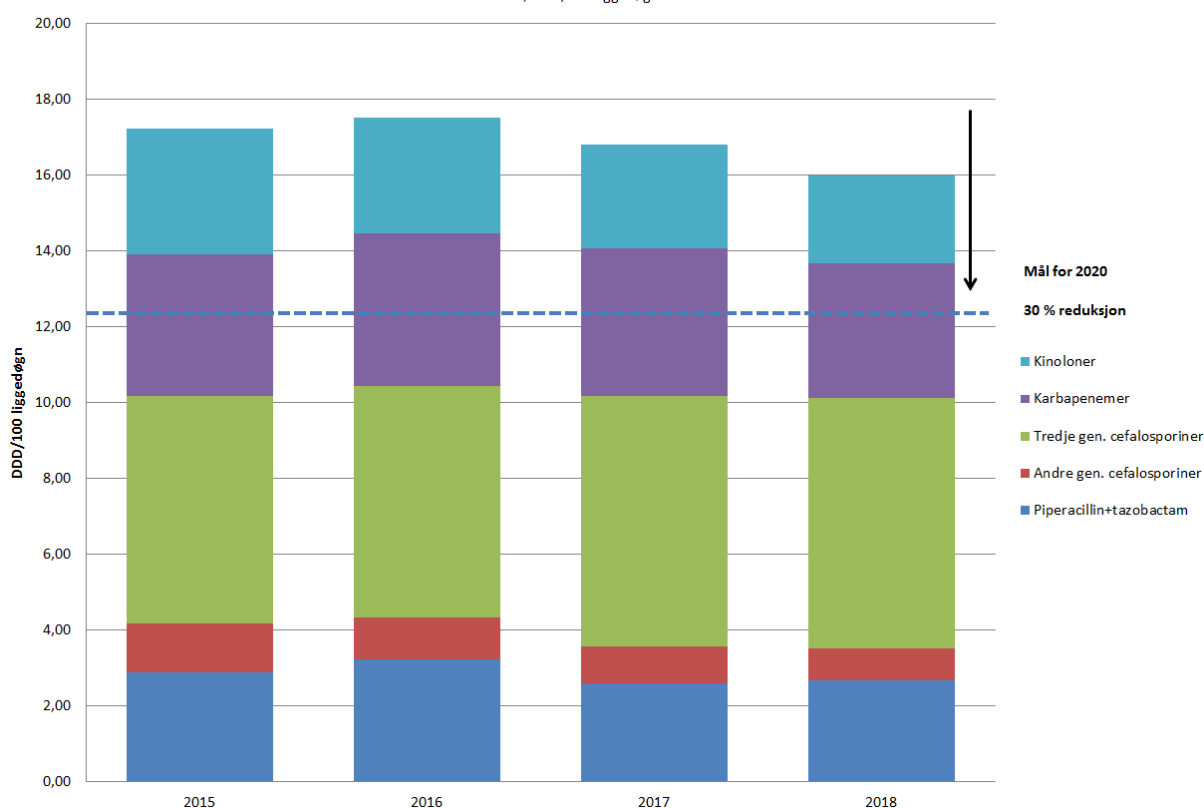
I tråd med oppdragsdokumentet har sykehuset på ulike måter arbeidet for å øke forståelsen for synergier og avhengigheter mellom HMS, pasientsikkerhet og kvalitet. Det er utledet tiltak som er konkrete og rettet mot klinisk arbeid. I tillegg er det gjort strukturelle tiltak. Utviklingsarbeidet følges opp med en intern revisjon med fokus på pasientsikkerhet og HMS.

3.3.2 Infeksjoner og resistens

- *30 pst. reduksjon i samlet forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2020 sammenliknet med 2012. (Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner).*
- *Bruken av bredspektret antibiotika i spesialisthelsetjenesten skal reduseres med 30 pst. i perioden 2012 til 2020. I Helse Sør-Øst som helhet er bruken så langt redusert med ca. 8 prosent. Det legges til grunn at helseforetakene arbeider videre med tiltak på dette området. Helseforetak som ikke allerede kan vise til betydelig bedre resultater enn gjennomsnittet må intensivere arbeidet slik at målet kan nås.*

Forbruk av utvalgte bredspektrede midler ved Oslo universitetssykehus HF

2015-2018, DDD/100 liggedøgn.



OUS reduserte i 2018 forbruket av de fem nevnte midlene noe. Målet er 30 % reduksjon innen 2020. Betydelig innsats og koordinering må til for å få dette til. Kinoloner er den eneste gruppen av disse fem antibiotika som har hatt en jevn nedgang.

- *Sykehusinfeksjoner er redusert til under tre prosent.*

Sykehusinfeksjoner

Målet er at sykehusinfeksjoner er redusert til under tre prosent ved Oslo universitetssykehus

OUS har de siste årene ligget på 6-7 % i sykehusinfeksjoner. Dette gjelder alle sykehusinfeksjoner. Når vi kun snakker om de sykehusinfeksjonene som rapporteres til Folkehelseinstituttet, dvs. blodbaneinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner, urinveisinfeksjoner og postoperative sårinfeksjoner, har vi hatt rundt 5 %.

I 2018 var den gjennomsnittlige prevalensen av alle helsetjenesteassosierte infeksjoner 5,9 %, og for de infeksjonene som skal rapporteres til Folkehelseinstituttet var den 4,2 %. Blant disse var det henholdsvis 0,7 % og 0,4 % som hadde oppstått på annet sykehus. De dominerende infeksjonene er postoperative sårinfeksjoner (1,8 %), blodbaneinfeksjoner (sepsis) (1,3 %), pneumonier (1,1 %), magetarminfeksjoner (0,5 %) og urinveisinfeksjoner (0,4 %). Andelen som fikk antibiotika var 24,2 %, mot 26,1 % i 2015-16.

Resistente bakterier tar stadig mer ressurser til smittevern. Behovet for isolering øker og mangel på isolater er et daglig problem. Eksempelvis ble det påvist ESBL hos 154 inneliggende pasienter i 2014, mot 404 i 2018. Antallet hendelser som krever smitteoppsporing har økt tilsvarende. Dette går på bekostning av annet smittevernarbeid. Det må derfor prioriteres hardt, og Avdeling for smittevern prioriterer derfor å jobbe med postoperative infeksjoner og blodbaneinfeksjoner.

- *Oslo universitetssykehus HF skal sikre utvikling av antibiotikastyringsprogram i sykehus, i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets handlingsplan mot antibiotikaresistens mot 2020.*

Antibiotikastyring - Status og resultatoppnåelse og nye tiltak for bedre måloppnåelse
Det jobbes med tiltak innenfor fire prioriterte områder:

1. Implementering av retningslinjer
2. De-eskalering etter lab-svar
3. Lengde på kurer
4. Kartlegge egne data.

Dette for å nå målet om signifikant reduksjon i antibiotikabruk. Klinikkenes svar ved andre tertial 2018 viser at klinikker og avdelinger har kommet noe lenger i implementering enn ved første tertial.

Oslo Universitetssykehus HF hadde i oktober 2018 en revisjon av antibiotikastyringsprogrammet. Revisjonen fant at sykehuset på revisjonstidspunktet hadde redusert bruken av fem utvalgte bredspektrede antibiotika med ca. 9 % sammenlignet med forbruket i 2012. Interne tall viser imidlertid at forbruket av disse midlene viser en svak oppgang i deler av 2. tertial. Vi tar forbehold om at tall per måneder/tertialet innebærer større usikkerhet enn tall per årsbasis.

Flere klinikker sier at de følger nasjonale retningslinjer, og viser til undervisning og daglige rutiner som bidrar til å sikre økt kunnskap og systematisk arbeid for å nå målet i 2020. Flere beskriver konkret hvordan de jobber med de fire prioriterte områdene. Stadig flere klinikker benytter daglig styringstavler som et nyttig virkemiddel. Virkemidler til kontinuerlig forbedring etterspørres på ledelsens pasientsikkerhetsvisitter og målet er at tavlemøter og bruk av «Grønne korset» benyttes i hele organisasjonen.

Forbedringsforslag fra klinikkene omhandler for eksempel ønske om eksperthjelp fra infeksjonsmedisiner og klinisk farmasøyt, andre beskriver nytten av tilsvarende ekspertise i egen klinikk. Det forventes at bedre styringsdata per avdeling vil bidra til å synliggjøre hvilke tiltak som bør settes inn.

Antibiotikateamet arbeider bl.a. for å få bedre og mer aktuelle styringsdata fra Klinisk datavarehus. Innføring av MetaVision pågår og dette vil få betydning for et mer eksakt datagrunnlag. Procalcitonin (PCT) er tatt i bruk ved flere poster som ny biomarkør til fremme kortere antibiotikakurer.

Antibiotikateamet hadde nytte av et ønsket tilsyn fra Nasjonal kompetansetjeneste for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten (KAS).

Prioriterte forbedringsområder 2019:

1. Ledelsen skal følge tettere opp i linjen
2. Antibiotikateamet skal reetableres
3. Systematisk revurdering og audit med feedback i flere enheter
4. Klinisk farmasøyt i enheter som prioriterer antibiotikastyring
5. Antibiotikakontakter i klinikk får enda tydeligere oppgaver
6. Undervisning om antibiotikabruk i alle enheter
7. Retningslinjen følges til alle «vanlige» pasienter
8. Presentasjon av rapporter og tilgjengeliggjøring av tall på alle nivåer.
9. Sykepleiere må inkluderes i det systematiske arbeidet med antibiotikastyring

Avdeling for mikrobiologi har styrket tilbudet innen hurtig infeksjonsdiagnostikk for raskere avklaring av diagnose og eventuell innsetting av målrettet antibiotikabehandling.

Videre skal det i 2019 settes i gang et forbedringsprosjekt som ser på logistikk for blodkulturer på OUS. Prosjektet skal bidra til raskere svarrapportering og bedret kvalitet på diagnostikk.

3.3.3 Uønskede hendelser

- *Andel pasientskader basert på de årlige GTT-undersøkelsene er redusert med 25 pst. innen utgangen av 2018, målt ut fra undersøkelsen for 2012.*
- *Helseforetakene skal følge regionale føringer for håndtering av uønskede hendelser. Helseforetakene skal følge regional retningslinje for publisering av uønskede hendelser.*

Meldekulturen har i 2018 fortsatt den positive trenden mot flere registreringer av uønskede hendelser og forbedringsforslag. De uønskede hendelser og risikoforhold som involverer pasienter er fordelt på følgende hovedtyper: Behandling og pleie (25 %), Legemidler (20 %), Pasientadministrasjon (15 %), Dokumentasjon/informasjon (10 %), Diagnostikk/utredning (10 %), Fall og uhell (7 %), Medisinsk utstyr (5 %) og Pasientadferd (2 %). Det er små variasjoner i fordelingen mellom sakstyper og alvorlighetsgrad over tid. 2 % av hendelsene har konsekvens betydelig skade / død, og 54 % har ingen konsekvens. Det gjøres et betydelig arbeid med håndtering av uønskede hendelser av ledere i klinikkene, i klinikkens pasientsikkerhetsråd og i Sentralt kvalitetsutvalg. Nytt i 2018 er en modul for mer strukturerte årsaksanalyser i forbedringssystemet. Oslo universitetssykehus har publisert 30 uønskede hendelser i 2018 på nett, og har deltatt i arbeidet Helse Sør-Østs nye retningslinje for publisering av uønskede hendelser. Det er gjort store endringer i sykehusets forbedringssystem som tilrettelegger for deling av erfaringer og forbedringstiltak på tvers av avdelinger og klinikker.

3.3.4 Kvalitetsindikatorer

- *Rapportering: 30 dagers overlevelse etter innleggelse i 2017 (uansett årsak til innleggelse) / Datakilde: Folkehelseinstituttet / Publiseringsfrekvens: Årlig*
- *Rapportering: 30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag i 2017 / Datakilde: Folkehelseinstituttet / Publiseringsfrekvens: Årlig*
- *Rapportering: 30 dagers overlevelse etter innleggelse for hoftebrudd i 2017 / Datakilde: Folkehelseinstituttet / Publiseringsfrekvens: Årlig*
- *Rapportering: 30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt i 2017 / Datakilde: Folkehelseinstituttet / Publiseringsfrekvens: Årlig*

Sist oppdaterte data fra Helsedirektoratet kom i slutten av november og inneholder tallmateriale til og med 1.tertial 2016. Oslo universitetssykehus vil ettersende resultater fra eventuelle lokale kvalitetsregistre i den endelige oversendelsen da disse ikke foreligger p.t.

3.3.5 Helse- og kvalitetsregistre

- *Rapportering: Andel episoder rapportert med korrekt behandlingssted til Norsk pasientregister / Mål: 100 % / Datakilde: Norsk pasientregister / Publiseringsfrekvens: Tertialvis*

<i>Episoder rapportert med korrekt behandlingssted</i>	
Totalt Oslo universitetssykehus	78 %
Somatikk	85 %
Psykisk helse og rus	39 %

Manglende rapportering av korrekt behandlingssted skyldes både manglende registrering av behandlingssted i pasientjournal og systemutfordringer ved interne omorganiseringer. Det jobbes med å rette opp feil som oppstår på grunn av endringer i organisasjonsstrukturen.

3.3.6 Legemiddelbruk, -forsyning og - håndtering

- *Det skal, i samarbeid med Sykehusapotekene, legges til rette for utvikling av lukket legemiddelsøyfe.*

Lukket legemiddelsøyfe er målbildet for legemiddelhandtering i hele Helse Sør-Øst. For å nå dette målbildet er det helt nødvendig med implementering av elektronisk kurve, og dette er nå i ferd med å breddes ut i hele OUS. Plan for ferdigstilling er medio 2019. OUS er i dialog med Sykehusapotekene Oslo (SAO) om nødvendige tiltak i forhold til teknologiske løsninger og utstyr som må på plass for å få stertet arbeidet mot lukket legemiddelsøyfe. Divisjon legemidler i Sykehusinnkjøp er også involvert i prosjektet for å sikre at nødvendige hensyn tas inn i avtalene som inngås for å kunne nå dette målbildet (endoser, merking etc.). Det er allerede laget en tentativ handlings-/milepælsplan for implementeringen av lukket legemiddelsøyfe i OUS

3.3.7 Korridorpasienter

Tall hentet fra Helsedirektoratet	2018
Andel korridorpasienter	0,6 %

Pr. desember 2018

Det har i 2018 vært fokus på å opprettholde den lave andelen korridorpasienter. Andelen har i løpet av de siste to årene vært lavt og ligger ved utgangen av august 2018 på 0,5 % for hele Oslo universitetssykehus. Dette er en ytterligere reduksjon sammenlignet med 2017. Press på senger varierer mellom klinikkene. Utjevning er vanskelig på grunn av bygg og lokalisasjoner. Klinikken jobber med preventive og utlignende tiltak, blant annet utnyttes ledige senger på tvers av fagtilhørighet.

3.3.8 Timeavtale

- Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning.

Andel pasienter som får timeavtale tildelt innen 10 virkedager fra mottak av henvisning var i oktober 2018 80 %. Årsaken til at ikke alle pasienter får tildelt fast tid innen 10 virkedager skyldes nødvendige avklaringer i MDT- møter og koordinering av behandlingstilbud og planlegging av innkalling med andre fagfeller. I tillegg har vi en utfordring med å definere timebok på enkelte poliklinikker så langt fram i tid at planlagt tid kan settes opp til aktuell ressurs. Vi arbeider videre i 2019 med tiltak som sikrer både tilgjengelighet og god kapasitetsutnyttelse.

3.3.9 Kvalitets- og fagutvikling

- Minst 20 pst. av pasienter med akutt hjerneinfarkt får intravenøs trombolysebehandling.

Indikator	2017			2018		Utvikling
	T1	T2	T3	T1	T2	
Trombolyse ved hjerneinfarkt	25,7 %	26,8 %	20,5 %	12,8 %	20,50 %	

Figur 1: Andel av pasienter med akutt hjerneinfarkt som for intravenøs trombolysebehandling; Kilde: Norsk Hjerneregister, sist oppdaterte tall

Oslo universitetssykehus når målet ved at minst 20 % av pasienter med akutt hjerneinfarkt får trombolysebehandling. Det arbeides kontinuerlig med å øke andelen og det arbeides videre med etableringen av hjerneslagbehandling «En dør inn»-modellen.

- Minst 50 pst. av pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet, får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse.

Indikator	2017			2018		Utvikling
	T1	T2	T3	T1	T2	
Trombolyse innen 40 min etter innleggelse	61,5 %	61,5 %	69,2 %	66,7 %	100 %	

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

Oslo universitetssykehus når målet ved at minst 50 % av pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysbehandlet, får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse. Sykehuset arbeider kontinuerlig for å øke andelen.

- *Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse skal være minst 30 pst.*

Indikator	2017			2018		Utvikling
	T1	T2	T3	T1	T2	
Andel hjemmedialyse	25 %	28 %	32 %	28 %	28 %	

Figur 3: Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse; Kilde: HelseNorge.no, sist oppdaterte tall

Oslo universitetssykehus når nesten målet om at minst 30 % av dialysepasienter får hjemmedialyse. Det arbeides kontinuerlig med å øke andelen.

- *Oslo universitetssykehus HF skal implementere pakkeforløpene for hjerneslag.*

Oslo universitetssykehus HF har implementert pakkeforløp hjerneslag.

- *Oslo universitetssykehus HF skal etablere rutiner for god overføring fra barne- til voksenorientert helsetjeneste ut fra best tilgjengelig kunnskap. Rutinene skal omfatte overføring internt i helseforetaket og ved utskrivning til primærhelsetjenesten. Rutinene utarbeides i samarbeid med ungdomsrådet.*

Overordnet retningslinje som skal sikre gode rutiner er utarbeidet av Råd for ungdomshelse og Ungdomsrådet og gjelder for OUS fra oktober 2018: «Ungdom og unge voksne pasienter 12-26 år – mottagelse, oppfølging og overføring»

Retningslinjen gjelder all ungdom og unge voksne pasienter i alderen 12 – 26 år. Retningslinjen skal sikre god kvalitet på ivaretagelse av pasienten ved mottagelse, oppfølging og overføring mellom de ulike klinikkene, mellom barne- og voksenavdelinger og mellom ulike tjenestenivåer. Pasienten skal gradvis få et økende ansvar for egen helse. Dette omfatter kunnskap, ferdigheter, holdninger og handlinger. Når en pasient må overføres mellom klinikker, mellom avdelinger eller mellom barne- og voksenavdelinger, har behandler som avslutter pasientkontakten og behandler som skal følge opp pasienten videre et felles ansvar for å planlegge overføringen. Likeledes skal overgangen fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten, hjemmet eller annen behandling være forutsigbar og koordinert. Målet er etablering av gode rutiner som kan bidra til at pasienten mestrer sine utfordringer og opplever god livskvalitet til tross for sin sykdom/skade ved å sikre en trygg og sammenhengende ivaretagelse av pasienten og pasientens familie.

- *Oslo universitetssykehus HF skal redusere uberettiget variasjon i tilbudet til pasienter med kols, jf. SKDEs helseatlas.*

SKDEs helseatlas er sist oppdatert med tall til og med 2015. Det er derfor ikke mulig å se effekten av arbeidet som er gjennomført for å redusere uberettiget variasjon som er vist i helseatlas fra 2015.

- *Oslo universitetssykehus HF skal styrke arbeidet med tidlig diagnostisering og oppfølging/veiledning av autismespekterforstyrrelser (ASF), samt stimulere til forpliktende samarbeidsavtaler mellom helseforetak/sykehus og kommuner.*

OUS har betydelig fokus på tidlig diagnostisering av ASF og legger til rette for oppfølging/veiledning av samarbeidspartnere i primærhelsetjenesten. Samtidig er det avgjørende at også brukere og pårørende får den veiledning de er i behov av for å mestre krevende livssituasjoner.

Prosjektet «Ambulant foreldreveiledning» er et samhandlingsprosjekt mellom Oslo Universitetssykehus HF, Seksjon for barnenevrologi/habilitering og Kapellveien habiliteringssenter og bydel Sagene er testet ut som er tilpasset pårørende med krevende omsorgsoppgaver med godt resultat. Dette tilbudet gis i brukernes hjem og skal nå breddes til flere av Oslos bydeler.

Likeledes er det nylig etablert en ny samhandlingsarena for barn/unge i Oslo sykehusområde, dette forumet skal lage samarbeidsavtaler og felles retningslinjer for bl.a.:

- Barn/unge med ervervede hjerneskader
- Barn/ungdom med autismespekterforstyrrelser
- Barn/unge med komplekse medisinske tilstander,
- Barn/ungdom med alvorlige psykiske lidelser.

- *Pakkeforløp hjerneslag (akuttfasen) ble lagt fram i desember 2017, og blir implementert fra 2018. Helseforetakene må sikre at pakkeforløpene blir registrert i henhold til Helsedirektoratets informasjonsbrev. Helseforetakene bør følge med på de registrerte dataene gjennom norsk hjerneslagregisters digitale løsning.*

Pakkeforløp hjerneslag (akuttfasen) ble implementert på Oslo universitetssykehus og data ble registrert i henhold til Helsedirektoratets informasjonsbrev. Pga. organisatoriske forhold og sykdom ble ikke alle pasienter med hjerneslag registrert i startfasen. Registeringskvaliteten har bedret seg i løpet av 2. tertial 2018 og det er fokus på å få komplett innregistrering.

- *Endring i screeningsprogrammet for livmorhalskreft trer i kraft nasjonalt 1. januar 2019 og skal implementeres gradvis frem til 1. januar 2022. Overføring av volum av prøver fra avgivende helseforetak eller private leverandør til mottakende helseforetak skal avtales mellom partene og skje i takt med kapasitetsoppbygging eller -nedbygging.*

Oslo universitetssykehus (OUS) har inngått avtale med avdeling for patologi/Drammen-VV. Avtalen er ikke tidsbegrenset, men kan sies opp med 1 ukes varsel fra begge parter. Drammen VVs prøver vil på sikt inngå i OUS sitt ansvarsområde. Oslo universitetssykehus får ferdig preparerte prøver fra Drammen og besvarer de i deres laboratoriedatasystem. Når Oslo universitetssykehus får sitt nye væskebaserte system/utstyr på plass så vil vi kunne starte en overføring av prøver fra Drammen. For at Oslo universitetssykehus skal kunne starte med HPV primærscreening er vi avhengig

av at LVMS er implementert ved avdeling for patologi på sykehuset. Dette fordi HSØ har besluttet at funksjonalitet for HPV primærskanning kun skal utvikles i LVMS og ikke i eksisterende LIMS.

Oslo universitetssykehus har ikke kunnet lage en tidsplan siden oppstart av LVMS er svært forsinket. Det ventes også ytterligere informasjon og tidsplan blant annet for randomisering fra HSØ.

- *Oslo universitetssykehus HF viderefører sitt eksisterende regionale behandlingstilbud innen mekanisk trombektomi og videreutvikler Oslo slagsenter slik at det innen utgangen av 2018 etableres «en dør inn» og samlokalisering av diagnostikk og akuttbehandling for pasienter med hjerneslag som mottas fra Oslo sykehusområde. Oslo universitetssykehus HF skal omtale videreutviklingen av Oslo slagsenter i årlig melding 2018.*

I løpet av året ble det nedsatt to arbeidsgrupper som har utredet muligheten for å implementere behandling av pasienter med mistanke om hjerneslag etter «Én dør inn»-modellen fra Helse Sør-Øst RHF. Det er vedtatt at behandling av pasienter med mistanke om hjerneslag for pasienter fra Oslo-sykehusområde skal foregå på Ullevål sykehus fra og med våren 2019. Samtidig er det anbefalt etablering av mekanisk trombektomi på Ullevål sykehus etter at mottagelse av alle pasienter med mistanke på hjerneslag fra Oslo-sykehusområde er etterlevd. Mekanisk trombektomi på Ullevål vil starte høsten 2019. Det vises til arbeidsgruppens rapporter «Én dør inn» og «Trombektomi på Ullevål, hvordan?» samt vedtak fra administrerende direktør datert 17. september 2018 «Fremtidig organisering – Behandling av pasienter med hjerneslag»

Kontinuerlig og systematisk forbedringsarbeid.

Kontinuerlig systematisk forbedringsarbeid er en del av sykehusets virksomhetsstyring og kvalitetssystem. Alle klinikkene i OUS har via oppdragsdokument og handlingsplan fått i oppdrag å jobbe med forbedringsarbeid. Administrerende direktør forventer at alle avdelinger innfører tavlemøter (daglig styring) hvor «Grønne korset» er en naturlig del. Arbeid med pasientsikkerhet og kontinuerlig forbedring hører naturlig sammen.

Nettverk for kontinuerlig forbedring ledes av klinikkleder Lena Gjevart og består av to dedikerte personer fra hver klinikk og Sentral stab. Nettverksmedlemmene arbeider internt i egen klinikk, og på tvers av klinikkene. Gjennom systematisk kompetansedeling og erfaringsutveksling er målet at alle klinikker og avdelinger skal få nødvendig og tilstrekkelig kompetanse i egen organisasjon til å kunne benytte LEAN metoder og verktøy i kvalitetsforbedringsarbeid innen pasientforløpsarbeid, logistikk og prosesser. Det har vært stor aktivitet med systematisk forbedringsarbeid i alle klinikker siste år. Nettverket arbeider for å dele kunnskap, og samarbeider med andre helseforetak i HSØ og Helse Vest.

3.3.10 Forskning og innovasjon

- *Antall kliniske behandlingsstudier er økt sammenliknet med 2017. Telling av pasientdeltakelse skal følge ny nasjonal standard når denne er etablert.*

Oversikt over kliniske studier med industripartner er innhentet fra Inven2, som håndterer avtaler om slike studier på vegne av OUS. Disse tallene viser et stabilt nivå i antall pågående studier ved utgangen av 2018 sammenliknet med utgangen av 2017. For forskerinitierte kliniske studier uten industripartner er vi avhengige av en bedre strukturert og kvalitetssikret prosjektoversikt i det nasjonale CRISStin-systemet, og komplette data er her ikke klare før i slutten av 2019.

3.3.11 Omlegging av «Raskere tilbake»-ordningen

- *«Raskere tilbake»-ordningen avvikles og inngår fra 2018 i ordinær drift. Helseforetakene skal sørge for en planmessig omlegging og integrering i ordinære pasienttilbud av de tiltak som har vist seg å ha god effekt og som har bidratt til samtidighet i behandling og arbeidsrettet bistand. Dette med grunnlag i anbefalinger fra de regionale helseforetakene til Helse- og omsorgsdepartementet i brev av 28. april 2017 og supplerende dialog mellom Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene. Helseforetakene må ha poliklinisk tilbud for henholdsvis muskel-/skjelettlidelser og angst/depresjon operative fra januar 2018 i egen regi, eller sørge for at tjenestene tilgjengeliggjøres for eget opptaksområde gjennom avtaler med eller kjøp fra andre helseforetak eller private leverandører frem til helseforetaket har tilbudet etablert. Omleggingen innebærer at dette blir ordinær pasientbehandling og dermed vil kunne bli finansiert av ISF og laboratorie- og radiologiske takster. Pasienter som får behandling gjennom disse behandlingstilbudene skal fortsatt registreres til NPR med debitorcode 20. Det skal tilrettelegges for muligheten for følgeforskning knyttet til omleggingen, og det skal redegjøres for bruk av midler satt av til tilbudene som etableres og/eller videreføres. Det vil bli stilt krav om rapportering og oversendelse av planer for videreføring og utvikling av tilbudet som nevnt over. Helseforetaket bes innen 1. mars 2018 oversende informasjon om status og videre plan for omleggingen til Helse Sør-Øst RHF. Nedtrappings- og avviklingskostnader for tilbud som ikke vil bli videreført vil bli finansiert av overførbare midler fra den tidligere ordningen. Dette konkretiseres i direkte dialog mellom Helse Sør-Øst RHF og helseforetaket.*

Ved Klinikk for psykisk helse og avhengighet er Raskere tilbake avsluttet som prosjekt ved Nydalen DPS. Helse sør-øst besluttet at tilbudet skulle videreføres innen psykisk helse og rus og Nydalen DPS ble tilført rammefinansiering basert på rapportert aktivitet i 2017. Tilbudet er organisert som en kveldspoliklinikk og har åpent én ettermiddag per uke. Pt. er det ansatt enhetsleder, to kontoransatte i 20 % stilling og ca. 20 psykologer. Aktiviteten så langt i år er ca. 26 % over måltall.

I Nevroklinikken(NVK) er det oppnådd resultater i noen avdelinger. Fysikalsk medisin og rehabilitering (FMR) har integrert aktiviteten og de ansatte. Alvorlig traumatisk hjerneskade (TBI) og nakke, rygg og skulder-tilbud er implementert i klinisk drift. Nevrokirurgisk avdeling har ikke klart å integrere hele Raskere tilbake - aktiviteten (ca. 100 operasjoner) uten ekstraordinære økter på fredager.

Begge klinikkens tidligere Raskere tilbake tilbud er videreført. Virksomheten er i løpet av høsten 2018 samlokalisert i Kreftrehabiliteringssenteret på Aker. Tilbudene er primært for pasienter i yrkesaktiv alder, men inkluderer nå også for eksempel studenter.

3.3.12 Samhandling med kommunehelsetjenesten

- *Det skal i samarbeid med Helsedirektoratet og kommunene etableres en ordning for opplæring og bruk av akuttgjelpere (det vises til akuttmedisinforskriften § 5). Oslo universitetssykehus HF skal bidra i dette arbeidet.*

Oslo universitetssykehus bidrar med representant inn i dette arbeidet. Representanten kommer fra NAKOS; Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin.

- *Rapportering: Antall helseforetak som deltar i læringsnettverket Gode pasientforløp i 2018. / Datakilde: Helseforetakene rapporterer for perioden 1.1.2017-31.12.2018.*

OUS deltar i læringsnettverket Gode pasientforløp for eldre og kronisk syke. Læringsnettverket har som målsetting å etablere en Oslo standard for helhetlig pasientforløp for eldre og kronisk syke. Fra OUS deltar representanter fra Medisinsk- og Ortopedisk klinikk, samt Avdeling Samhandling.

Arbeidsformen har vært gruppesamlinger lokalt samt fellessamlinger hvor fagfolk fra de ulike lokalisasjonene møtes for i samarbeid å etablere et helhetlig pasientforløp for målgruppen. Erfaringer fra prosjektet «Vel hjem» legges til grunn for tiltakspakken som vil bli standard forløp for målgruppen hjemmeboende eldre og kronisk syke pasienter. Tiltakene ses på som generiske og kan benyttes i alle klinikker.

I ortopedisk klinikk er eldre pasienter innlagt med hoftebrudd som inkluderes i «Fast-track» en prioritert målgruppe. Det er bl.a. utarbeidet nytt informasjonsmateriale til disse pasientene.. I medisinsk klinikk er det utarbeidet administrative sjekklister til bruk mens pasienter er inneliggende og ved utreise fra sykehuset. Arbeidsgruppene er tverrfaglig sammensatt for å sikre en helhetlig tilnærming. Brukerrepresentant deltar.

Læringsnettverket bidrar til å styrke samhandling mellom klinikker og avdelinger i OUS, samt til å dele kompetanse både tverrfaglig mellom profesjoner og mellom ulike avdelinger, og ulike forvaltningsnivå. Deltakelse vurderes som kompetansehevende, samt å bidra til målsetting om generiske forløp som sikrer bedre kvalitet og sikkerhet for pasient/bruker særskilt i overganger mellom tjenestesteder. Arbeidet er under ferdigstilling ved at retningslinjer og sjekklister begynner å komme på plass. Det er sett på organisasjonens utfordringer og for eksempel etablert geriatrisk visittgang på noen av sengepost i ortopedisk klinikk. Det er også testet ut bruk av farmasøyt i sengepost for gjennomgang og faglig vurdering av legemiddelbruk hos inneliggende. Læringsnettverk har bidratt til at kjente utfordringer er tatt tak i og det er gjort konkrete endringer som bidrar til å kvalitetssikre praksis.

Det ble gjennomført ledersamling i oktober 2018 med det formål å sikre ytterligere forankring, forpliktelse og bidrag i implementeringsfase. I implementeringsarbeidet må

det inngå kompetansebygging, samt en videre utvikling av de elektroniske verktøyene som gjør det mulig å sende nødvendig informasjon til de ansvarlige tjenesteutøverne. Det vil være avgjørende i fremtiden at satsningen videreføres og fører til varige endringer.

3.3.13 Brukermedvirkning

- *Rapportering: Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern 2016 / Datakilde: Folkehelseinstituttet / Publiseringsfrekvens: Publisert i oktober 2017*
- *Rapportering: Pasienters erfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2017 / Datakilde: Folkehelseinstituttet / Publiseringsfrekvens: Publisert i desember 2017*

De ulike døgnpostene/enhetene har iverksatt mange ulike tiltak på bakgrunn av rapporten «Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern 2016» (Folkehelseinstituttet).

Noen eksempler innenfor «miljø» er økning av bemanningsøkning for blant annet å ha mer tid til pasientene, mer strukturert timeplan, plan for aktiviteter for pasientene, og tilsetning av f.eks musikkterapeut og idrettspedagog.

Eksempler innenfor temaet «pasientorientering» er kartlegging av pasientenes ønsker og forventninger i forkant av innleggelse, familiesamtaler og samarbeidsmøter tidlig i forløpet, psykoeduksjon for pasienter inkludert utarbeidet en kunnskapsbasert retningslinje, utarbeidelse av informasjonsbrosjyre også på flere aktuelle språk, og systematiske målinger av pasienttilfredshet.

Eksempler for å øke pasientenes utbytte av behandlingen er tidlig start i behandlingsforløpet med å utarbeide mestringsplan, tidlig kontakt og samarbeidsmøte med kommuner/bydeler, systematisk gjennomføring av ettersamtaler med pasientene og gjennomføring av kvalitetssikringsprosjekt for oppfølging av behandlingsresultater av traumatiserte pasienter.

- *Rapportering: Brukererfaringer med fødsel- og barselomsorgen i 2016 / Datakilde: Folkehelseinstituttet / Publiseringsfrekvens: Publisert i desember 2017*

Oslo universitetssykehus har i 2018 mottatt rekordmange svar fra pasienter og pårørende i den elektroniske brukerundersøkelsen. Resultatene målt i andel pasienter som svarer positivt på spørsmålene (ca. 88 %) har økt noe for flere spørsmål. Fortsatt er det spørsmålet *Var du involvert i avgjørelser som angikk din behandling?* som har laveste score (72 %). Svarene, i sær kommentarene, gir nyttige bidrag til forbedringsarbeidet i klinikker og avdelinger.

Folkehelseinstituttets Pasopp-rapport om brukeres erfaringer med fødsels- og barselomsorgen i 2017 viser at kvinner som har født ved OUS og deres partnere har stort sett positive erfaringer under selve fødselen, men skårer sine erfaringer med omsorgen etterpå lavere. Dette gjelder spørsmål omhandlende relasjon til personellet, informasjon om kvinnens helse, informasjon om barnet, rammer og organisering, og ivaretagelse av partner under barseloppholdet. Undersøkelsen er forelagt

seksjonsledergruppen og enhetslederne på Fødeavdelingen. Det er allerede igangsatt omfattende endringer i forhold til informasjon rundt barseloppholdet, inkludert nye nettsider omhandlende barseloppholdet, gruppesamtaler er erstattet med individuelle samtaler og det er innført sjekklister. Rapporten vil videre følges opp ved den enkelte enhet, blant annet gjennom dialog med seksjonsleder og avdelingsleder.

- *Bidra til opplæring av helsepersonell i samvalg og implementering av samvalgsverktøy fra Helsenorge.no.*

Sykehuset har deltatt med fire ansatte på HSØs` trenerkurs *Klar for samvalg*. Det har vært undervisning om samvalg i sykehusets kurs i pasient- og pårørendeopplæring for ansatte. I tillegg har samvalg vært integrert i LIS undervisning om læringsmål knyttet til pasient- og pårørendeopplæring. Samvalg har vært tema på fredagsmøte både på Rikshospitalet og Ullevål, og det planlegges på Aker og Radiumhospitalet i 2019. Samvalg har vært presentert i flere klinikkens ledermøter og i klinikkens brukerråd, samt på fellesundervisning med primærhelsetjenesten i forbindelse med forberedelse til pakkeforløp i psykisk helse. Sykehuset har fått klare tilbakemeldinger på at samvalgsverktøyene fra Helsenorge ikke holder den faglige kvaliteten fagmiljøet krever for å kunne ta verktøyene i bruk. Dette er rapportert til HSØ, og vi er kjent med at det arbeides med å etablere en kvalitetssikring etter internasjonal standard. Derfor har OUS valgt å fokusere på samvalg som strukturert kommunikasjonsmetode for å sikre brukermedvirkning på individnivå. Tilbakemeldingen er at det er behov for strukturert opplæring i samvalg, men at dette krever trening i praksis og økt kompetanse i helsepedagogikk og kommunikasjon, hvor samvalgsverktøyene eller *Klar for samvalg* foreløpig ikke ivaretar dette perspektivet godt nok.

3.4.1 ForBedring

- *Oslo universitetssykehus HF skal gjennomføre den felles kartleggingen av arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur (ForBedring) i 2018 med metodikk som gjør det mulig å sammenlikne resultatene mellom sykehus og helseregioner. Det skal gjennomføres forbedringstiltak på identifiserte forbedringsområder når undersøkelsen er gjennomført. Videre skal resultater på nasjonale indikatorer for pasientsikkerhetskultur rapporteres til Helsedirektoratet.*

Oslo universitetssykehus HF gjennomførte i 2018 første runde av ForBedring, den nye nasjonale medarbeider- og pasientsikkerhetskulturundersøkelsen, hvis hensikt er lokalt forbedringsarbeid.

Ved OUS svarte 77 prosent av de involverte medarbeiderne/respondentene på spørreundersøkelsen. Resultatene fra undersøkelsen er meldt tilbake til medarbeiderne. Forbedringsområder er identifisert og handlingsplan er utarbeidet og fulgt opp gjennom sykehusets forbedringssystem Achilles. Prosessveiledere i klinikkstabene ved OUS har fått opplæring i oppfølgingsmetodikk og videreført opplæringen til klinikkens ledere. Det er utarbeidet en intranettside som gir ledere og medarbeidere informasjon om alle prosessstrinn i ForBedring. OUS har gitt HSØ tilbakemelding om prioriterte endringer i spørreundersøkelsen. Sykehusets resultat på nasjonale indikatorer for pasientsikkerhetskultur inngår i den nasjonale resultatrapporten.

3.4.2 Sykefravær

- *Oslo universitetssykehus HF skal arbeide for at sykefraværet i alle enheter reduseres med minimum 0,15 prosentpoeng i løpet av 2018.*

Det totale gjennomsnittlige sykefraværet ved Oslo universitetssykehus HF er per oktober 2018 på sju prosent og er uendret sammenlignet med tilsvarende periode i 2017. Selv om overordnet målsetning om et sykefravær på maksimalt 7,1 prosent for Oslo universitetssykehus er nådd, har en ikke oppnådd 0,15 prosentpoeng nedgang. Imidlertid har seks av femten klinikker i tillegg til direktørens sentrale stab vist nedgang i tråd med dette målet, mens tre klinikker viser uendret sykefravær. Nevroklinikken og Oslo sykehusservice viser best utvikling og har gått ned hhv 0,8 og 0,6 prosentpoeng. Det er syv klinikker som viser noe økt sykefravær. Både kort- og langtidsfravær gir utslag. Av disse syv har fire klinikker totalt sykefravær under syv prosent.

Oslo universitetssykehus har i 2018 etablert samarbeid med NAV Arbeidslivssenter Oslo om flere sykefraværprosjekter hvor NAV bistår med prosjektstøtte og lederopplæring. Dette samarbeidet har gitt gode resultater i enheter i Oslo sykehusservice og Barne- og ungdomsklinikken med et høyt sykefravær, etter implementering av tiltak i form av økt lederstøtte og nye rutiner for sykefraværsoppfølging. En vil i 2019 fortsette samarbeidet og gå målrettet inn i flere klinikker med enheter som har særskilte utfordringer med sykefravær.

3.4.3 Kompetanseutvikling

- *Oslo universitetssykehus HF skal samarbeide med Helse Sør-Øst RHF om å utvikle en felles regional strategi for å utdanne, rekruttere, beholde og utvikle kompetanse hos medarbeidere.*

Arbeidet med å utvikle en felles regional strategi startet opp høsten 2018 i regi av HSØ. Oslo universitetssykehus har bidratt med innspill og deltagelse i det foreløpige arbeidet og vil samarbeide videre med HSØ i det regionale arbeidet knyttet til å utforme en regional strategi. OUS jobber parallelt med lokale tiltak knyttet til utdanning og rekruttering. En egen handlingsplan for rekruttering og profilering og en handlingsplan for utdanning (nevnes i pkt 3.4.5) definerer retningen og prioriteringer knyttet til dette arbeidet.

Handlingsplanen for rekruttering skal sørge for at vi jobber målrettet og systematisk for å sikre at OUS er en attraktiv arbeidsgiver for kandidater, i tillegg til å bygge kjennskap og kunnskap om de ulike rekrutteringsbehovene sykehuset har nå og fremover. Handlingsplanen inkluderer blant annet en bred lederopplæring knyttet til rekruttering, utvikling av elektroniske verktøy, samarbeid med utdanningsinstitusjonene, utdanningsstillinger, og strategiske rekrutteringsarrangementer som egen karrieredag, karriereveilederdag og arbeidsgiverdager på utdanningsinstitusjonene. Sykehusledelsen har også vedtatt en strategisk handlingsplan for å imøtekomme behovet for spesialsykepleiere da behovet her er økende og rekrutteringsutfordringene store. Handlingsplanen for spesialsykepleiere blir nærmere beskrevet i punkt 3.4.5.

- *Oslo universitetssykehus HF skal, i dialog med de relevante utdanningsinstitusjonene, arbeide for å få utdanninger bedre i samsvar med tjenestenes behov og skal i denne dialogen også arbeide for at opptak av studenter og gjennomføring av praksis er tilpasset både kapasitet og læringsutbytter.*

Styringssystemet for høyere utdanning endres fra 2020. Kunnskapsdepartementet har vedtatt en forskrift til felles rammeplan som skal gjelde for alle 19 helse- og sosialfagutdanningene. I fase én i prosjektet er det utarbeidet retningslinjer for henholdsvis radiograf-, ergoterapi-, fysioterapi-, sykepleie-, bioingeniør-, vernepleie-, barnevernspedagog- og sosionomutdanningen, som blant annet inneholder sluttkompetansebeskrivelser. Oslo universitetssykehus har hatt en aktiv rolle i dette arbeidet for å imøtekomme fremtidig kompetansebehov. Utdanningsinstitusjonene har startet arbeidet med å utarbeide fagplaner på bakgrunn av retningslinjene. Oslo universitetssykehus er representert i dette arbeidet for flere av utdanningene. Fase to omfatter de øvrige utdanningene; deriblant medisin, psykologi, ortopediingeniør, ernæringsfysiologi og farmasi.

Det å skaffe til veie tilstrekkelig antall praksisplasser for sykepleierstudenter er krevende. Dette er begrunnet i svært store kull. Det er nødvendig med en tettere dialog mellom utdanningsinstitusjoner og helseforetak om kapasitet på praksisplasser, før opptakenes størrelse fastsettes. De øvrige utdanningene er i all hovedsak dimensjonert i forhold til kapasitet.

3.4.4 Legers spesialistutdanning

- *Oslo universitetssykehus HF må sikre at det er utarbeidet planer og læringsaktiviteter for innføring av ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin samt utarbeide planer og forberede iverksetting av del 2 og 3 i ny modell for legers spesialistutdanning.*

Oslo universitetssykehus har siden høsten 2016 organisert et prosjekt for å ivareta oppgavene knyttet til reformen Ny spesialisering av leger del 2 og 3. Prosjektet har bl.a. organisert arbeidsgrupper for alle spesialitetene ved sykehuset som er omfattet av reformen 44(av 46). Arbeidsgruppene har utarbeidet omfattende planer for læringsaktiviteter knyttet til de forskriftsfestede læringsmålsplanene. Dette arbeidet har også omfattet den nye spesialiteten Akutt- og mottaksmedisin, som har utviklet en plan for læringsaktiviteter og nødvendig rotasjon til andre spesialiteter i sykehuset for at LIS skal oppnå sine læringsmål i den nye spesialiteten. Prosjektet for innføring av LIS 2 og 3 vil, i forbindelse med overføring til ordinær drift, påse at det er organisasjonsmessige strukturer som ivaretar opplæringsoppgavene, et funksjonelt elektronisk verktøy; kompetanseportalen Dossier som støtter opp om opplæringsprosessen og et godt samarbeid mellom helseforetak og sykehus i regionen og interregionalt.

- *Oslo universitetssykehus skal drifte regionalt utdanningscenter for leger i spesialisering i tråd med fastsatt mandat og skal i den forbindelse sikre at det regionale utdanningscenteret er rustet til å ivareta nye oppgaver med læringsaktiviteter og nasjonal og regional samordning av LIS-utdanningen, herunder for ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin.*

Det er tilsatt koordinator og kursadministratorer i løpet av 2018 for å løse noen av disse oppgavene. En kjerneoppgave i 2018 var å sikre regionalt koordinert utdanning. Dette ble løst ved å opprette regionale råd for den enkelte spesialitet. Rådene leverte sine innstillinger ultimo november 2018. Regionalt utdanningscenter har også laget en struktur for å administrere legenes spesialistkurs.

Det er lagt til rette for etablering av ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin ved helseforetak i regionen.

Regionalt utdanningscenter skal ha det koordinerende nasjonale ansvaret fra 1. februar 2019.

3.4.5 Spesialsykepleiere

- *Oslo universitetssykehus HF skal ha en strategi som bidrar til gode rekrutterings- og utdanningsplaner for spesialsykepleiere innen ABIOK- og jordmorfagene. Herunder må det sikres praksisplasser tilpasset fremtidig behov i spesialavdelinger.*

Sykehusledelsen har vedtatt en strategisk handlingsplan for å imøtekomme behovet for spesialsykepleiere fremover. Den inneholder en rekke HR-rettede tiltak som gir bedre ressursutnyttelse av eksisterende arbeidskraft, og tiltak som må iverksettes i samarbeid med utdanningsinstitusjonene og myndighetene. I forbindelse med den årlige forespørselen om dimensjonering, har Oslo universitetssykehus meldt fra om at kandidatmåltallene må økes betraktelig. Innenfor anesthesi-, barne-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie (ABIOK) er kandidatmåltallet 641 på landsbasis. Oslo universitetssykehus alene har en mangel på ca. 350 årsverk innenfor nevnte utdanninger, i tillegg til at om lag 330 spesialsykepleiere er over 60 år og må erstattes i

nær fremtid. Det er derfor behov for langt flere studieplasser innen ABIOK-utdanningene. Oslo universitetssykehus har 100 utdanningsstillinger til fordeling innenfor disse utdanningene, noe som sikrer en viss rekruttering etter endt utdanning.

Akuttklinikken har fortsatt sitt traineeprogram for intensivsykepleiere slik at totalt 200 sykepleiere har gjennomført dette per desember 2018. Av disse har ca. 70 % fortsatt med ulike spesialutdanninger hvorav deltidsutdanning kombinert med klinisk arbeid nå dominerer. Kombinasjonen av utdanning og klinisk arbeid løser bemanningsutfordringer for PO/INT avdelingen, reduserer bruk av innleie og gir gode og effektive utdanningsløp for studentene.

Det er også igangsatt et samarbeid med Lovisenberg diakonale høgskole om utdanning av intensivsykepleiere på deltid, og dette har gitt gode resultater. Det er nødvendig å få flere utdanningstilbud på deltid, noe helseforetaket jobber med å påvirke. Det er også varslet jordmormangel, da kommunehelsetjenesten har opprettet mange nye stillinger. Oslo universitetssykehus arbeider med å etablere flere praksisplasser, da dette er en av flaskehalsene for å øke utdanningskapasiteten.

3.4.6 Lærlinger

- *Oslo universitetssykehus HF skal ha lærlingplasser innen helsefagarbeiderfaget.*

Oslo universitetssykehus er godkjent som lærebedrift i helsearbeiderfaget og tok i mot de første lærlingene i august 2016. Oslo universitetssykehus har en samarbeidsavtale med Kuben videregående skole og har forpliktet seg til å ta i mot inntil 10 lærlinger i helsearbeiderfaget hvert år.

3.4.7 Vaksine

- *Oslo universitetssykehus HF skal legge til rette for at alt personell hvert år får tilbud om sesonginfluensavaksine slik at WHO og EUs målsetning om 75 prosent vaksinasjonsdekning for helsepersonell kan nås.*

Oslo universitetssykehus HF har i 2018 kjørt en kampanje med ulike virkemidler. Det er lagt til rette for at alt personell har fått tilbud om sesonginfluensavaksine og WHO og EUs målsetning om over 75 prosent vaksinasjonsdekning for helsepersonell er oppnådd.

3.5.1 Oppgjørskontroll og samkjøringsprosjektet

- *Oslo universitetssykehus HF skal, i samarbeid med Pasientreiser HF, bidra til operasjonaliseringen av oppgjørskontroll- og samkjøringsprosjektet i tråd med plan, herunder oppdatere lokale gevinstrealiseringsplaner.*

Samkjøringsprosjektet og prosjektet for oppgjørskontroll ble utsatt i 2018 og det er også usikkert om systemet blir levert i 2019 eller prosjektet avvikles. Det er en reell mulighet for at hele prosjektet avvikles på grunn av manglede funksjonalitet og uenighet mellom prosjektledelsen (Pasientreiser HF) og leverandøren (Trapeze Group).

3.6.1 Informasjonssikkerhet og personvern

- *Oslo universitetssykehus HF skal påse at krav som følge av EUs personvernforordning (GDPR) ivaretas, og sikre at de til enhver tid gjeldende krav til informasjonssikkerhet og personvern kontinuerlig ivaretas ved drift og forvaltning og hensyntas i alle endringsprosesser.*

Oslo universitetssykehus har gjennomgått personvernforordningen, og har oppdatert eksisterende rutiner. I tillegg er det spesielt jobbet med innebygd personvern og personvernkonsekvensvurdering (DPIA), som begge deler er nye tema innen personvern. Det er videre etablert en robust løsning i Medinsight for å ivareta oppfyllelse av kravene i artikkel 30. I tillegg til dette er det laget en elektronisk innmeldingstjeneste som gjør at registrerte forsknings- og kvalitetsregistre automatisk legges inn i Medinsight. Også for applikasjoner som inneholder personopplysninger, er artikkel 30 oppfylt ved at de legges inn i samme løsning.

For å sikre kravene til informasjonssikkerhet og personvern ved endringer, gjennomføres risikovurdering ved nye og endrede databehandlinger, samt at avvikssystemet Achilles benyttes når avvik oppdages. Revisjon benyttes både med sykehusomfattende elektroniske spørreundersøkelser, og stedlige revisjoner.

- *Oslo universitetssykehus HF skal bidra til å revidere felles regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet i henhold til de krav og endringer som ligger i innføringen av EUs personvernforordning (GDPR) og effektivere endringene i eget styringssystem for informasjonssikkerhet.*

Oslo universitetssykehus har deltatt i regionens arbeid med å oppdatere felles regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet. Sykehusets dokumenter i ledelsessystem for informasjonssikkerhet og personvern er gjennomgått og oppdatert. Disse er nå under forankring i alle stabsenhetene og vil ferdigstilles og godkjennes over på nyåret.

- *Oslo universitetssykehus HF skal i takt med regional plan for utrulling av løsning for statistisk logganalyse bidra til at denne blir tatt i bruk. Statistisk logganalyse gir*

helseforetakene verktøy som gir mulighet for systematisk gjennomgang av logger. Oslo universitetssykehus HF skal implementere rutiner for å gjennomgå identifiserte unormale oppslag og håndtering av uberettigede oppslag.

Oslo universitetssykehus har over en del år etablert rutiner og prosesser for å håndtere uforklarlig oppslag i journal. For dette har sykehuset etablert *Fagråd for EPJ-loggkontroll* med tilhørende rutiner, som ledes av HR. Som en del av dette, er det implementert rutiner for å gjennomgå uforklarlige oppslag, og videre håndtering av uberettigede oppslag. Videre har sykehuset arbeidet videre med å teste ut scenarier fra scenariebiblioteket fra pilotprosjektet, og er på denne måten forberedt når det regionale prosjektet starter sin utrulling.

3.6.2 Gjennomføring av IKT-prosjekter

- *Prosjektveiviseren skal benyttes i alle IKT-prosjekter. Styringsdokumentasjon fra prosjektene skal være dokumentert, transparent og tilgjengelig. Oslo universitetssykehus HF skal benytte CA PPM for registrering og oppfølging av alle IKT-prosjekter.*

IKT-prosjekter i OUS gjennomføres ihht. besluttet modell og dokumenteres i CA PPM.

3.6.3 Innføring av regionale løsninger

- *Oslo universitetssykehus HF skal sammen med Sykehuspartner kartlegge, planlegge og deretter iverksette applikasjonssanering og konsolidering.*

OUS har gjennomført kartlegging, planlegging og gjennomføring av applikasjonssanering og konsolidering i samarbeid med Sykehuspartner ifbm. IMP-prosjektet.

Det gjenstår å gjennomføre kartlegging og konsolidering for laboratoriedatasystemene i OUS som har «ligget urørt» siden OUS-fusjonen i 2009. Dette er spesielt viktig pga. store forsinkelser og stor usikkerhet i regionalt labprosjekt

- *Oslo universitetssykehus HF skal innføre regionale løsninger i henhold til regional gjennomføringsplan.*

Oslo universitetssykehus innfører regionale løsninger ihht. gjeldende beslutninger og planer.

Betydelig forsinkelse i innføring av regional IKT-løsning innen laboratorieområdet hindrer intern samhandling og medfører uhensiktsmessig drift og unødvendig ressursbruk.

- *Regionalt kompetansesenter for samordning av investeringer i medisinteknisk utstyr (RKMTU) utarbeider analyser og foreslår anskaffelser for regional koordinering som godkjennes av det regionale helseforetaket før de settes inn i regional anskaffelsesplan.*

RKMTU har utført analyser på MTU-parken i Helse Sør-Øst og utarbeidet anskaffelsesplaner for regionen, men har også utarbeidet lokale utskiftningsplaner for OUS som for eksempel for respiratorer. Gjennom året er det etablert flere regionale avtaler på medisinsk-teknisk utstyr (MTU) med betydelige gevinster for helseforetakene

i regionen. I forlengelsen av dette har senteret utarbeidet en regional metodikk for gevinstrealisering som anvendes på prosjektene for å finne reell besparelse for hver anskaffelse. Innenfor IKT-området har RKMTU, i samarbeid med OUS-IKT, videreutviklet en prosedyre som sikrer ivaretagelse av IKT-krav i anskaffelsene. Det er i løpet av året også etablert flere nye regionale produktråd som sikrer faglig forankring i anskaffelsesprosessen, og det er etablert «beste praksis» for utprøving av MTU i anskaffelsesprosjekter.

- *Oslo universitetssykehus skal orientere Sykehuspartner om godkjente regionale anskaffelser av medisinsk teknisk utstyr. Videre skal Oslo universitetssykehus HF i samarbeid med Sykehuspartner avklare IKT-kompetanse- og ressursbehov i anskaffelsesprosjektene. Oslo universitetssykehus skal bestille og følge opp prosjektbistand fra Sykehuspartner.*

OUS deltar i flere regionale initiativer knyttet til dette arbeidet

- *Regionalt senter for kliniske IKT-løsninger (RSKI) skal bidra til klinisk forvaltning og videre utvikling av regionale løsninger. Oslo universitetssykehus tildeles midler til drift av RSKI. Det vil bli sendt et eget tildelingsbrev fra Helse Sør-Øst RHF om dette.*

Det er pr 18.12.2018 ikke mottatt noe tildelingsbrev fra Helse Sør-Øst RHF. Sentret er besluttet virksomhetsoverdratt til HSØ-RHF. OUS legger opp til en overføringsdato 1.3-2019

- *Oslo universitetssykehus skal ha medisinskfaglig ansvar for innhold og vedlikehold av det regionale medisinske kurbiblioteket, som er plassert i den regionale løsningen for medikamentell kreftbehandling (MKB). Alle helseforetak i regionen skal involveres i arbeidet med kurbiblioteket.*

Prosjektet for innføring av MKB pågår i OUS, og innføringen skal etter planen ferdigstilles på sengepostene på Radiumhospitalet i Q2 2019. OUS er ansvarlig for det regionale medisinske kurbiblioteket ihht. gjeldende beslutninger.

- *Oslo universitetssykehus HF skal bidra til gjennomføring av regionale prosjekter for innføring av modernisert Folkeregister og innføring av helse-ID.*

OUS har innført løsningen for automatisk tildeling av fødselsnummer for nyfødte.

- *Oslo universitetssykehus HF skal arbeide med IKT-standardisering, informasjonsdeling og mobile løsninger som understøtter gode og trygge pasientforløp.*

OUS deltar i alle regionale initiativer og prosjekter med dette som tema. Det er et ønske om sterkere og mer målrettede tiltak for raskere etablering av sikre elektroniske samhandlingsløsninger for utveksling av informasjon og dokumenter mellom systemer, HF og alle aktuelle helseaktører.

- *Det skal etableres en standardisert og sikker IKT-infrastruktur som understøtter videre digitalisering.*

OUS deltar i alle regionale initiativer og prosjekter med dette som tema.

- *Oslo universitetssykehus HF skal forebygge evt. uønskede tilpasninger som følge av omleggingen av finansieringsordningen for poliklinisk psykisk helsevern og rusbehandling i 2017. Omleggingen skal brukes som et virkemiddel for å understøtte ønsket faglig innretning av disse tjenestene.*

ISF ble innført for polikliniske tjenester innen PHV og TSB fra 2017. Oslo Universitetssykehus jobber tett med kvalitetssikring av registreringen av aktiviteten som inngår i ordningen for å sørge for å hindre eventuelle uønskede tilpasninger til ordningen.

3.7.1 Drift og investering

- *Oslo universitetssykehus HF skal benytte midlene som er stilt til rådighet på en effektiv måte og slik at de kommer pasientene til gode. Oslo universitetssykehus HF skal i 2018 basere sin virksomhet på de tildelte midler.*
- *Sikre god drift og budsjetterte resultat for å kunne gjennomføre investeringer i bygg og utstyr.*
- *Virksomheten knyttet til nasjonale kompetansetjenester skal videreføres minst på samme nivå som i 2017. Det samme gjelder tiltak som tidligere ble finansiert over særskilte tilskudd, og som nå er innarbeidet i basisrammen. Det vises til oversikt over nasjonale kompetansetjenestene i vedlegg.*

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

Oslo universitetssykehus gjennomfører investeringer, egenkapitaltilskudd til pensjonsinnretningene og netto likviditet fra lokale IKT-investeringer gjennomført av Sykehuspartner innenfor tilgjengelige investeringsmidler i 2018.

Det er lagt til grunn at klinikkene viderefører driften knyttet til nasjonale kompetansetjenester på samme nivå som 2017.

3.7.2 Resultat

- *Årsresultat 2018 for Oslo universitetssykehus skal være på minst 175 millioner kroner.*
- *Investeringer skal budsjetteres innenfor helseforetakets tilgjengelige investeringsmidler i 2018, det vil si likviditetstildelingen for 2017 med tillegg av budsjettert bruk av oppspart likviditet, og eventuelle salgs-/gavemidler. I tråd med forutsetningene fra økonomisk langtidsplan skal egenkapitaltilskudd til pensjonsinnretningene samt netto likviditet fra lokale IKT-investeringer gjennomført av Sykehuspartner, salderes innenfor helseforetakets tilgjengelig investeringsmidler.*

Oslo universitetssykehus har budsjettert med et positivt resultat på 175 mnok. Tabellen på neste side viser foreløpig resultatet for 2018. Foreløpig resultatet for OUS er 188 mnok. bedre enn budsjettert.

Resultat hittil i år (Desember)	Budsjett (1000 kr)	Faktisk (1000 kr)	Resultatavvik (1000 kr)
Oslo Universitetssykehus	175 000 000	363 000	188 000

Planlagt gjennomføring av investeringer i 2018, ekskl. egenkapitaltilskudd til pensjonskasser og lokal IKT utgjorde 1 310 millioner kroner. Ved utgangen av året var det bokført 1 030 millioner kroner i investeringer ekskl. lokal IKT og egenkapital til pensjonskasser. Dette er 280 millioner kroner lavere enn opprinnelig planlagt gjennomført. Avvikene er i hovedsak innenfor kategoriene ordinære investeringer, herunder overheng fra tidligere år, og tilsynsavvik og oppgraderinger.

3.7.3 Likviditet og investeringer

- *Helseforetakets styring av samlet likviditet skal skje innenfor tilgjengelige rammer til drift og investeringer.*
- *Etablerte prinsipper for likviditetsstyring skal følges opp. Budsjettert resultat for 2018 skal ikke benyttes til investeringer i 2018 uten etter særskilt avtale med Helse Sør-Øst RHF.*
- *Det skal tas høyde for resultatrisiko og risiko ved pågående investeringsprosjekter før etablering av nye investeringsforpliktelse.*

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

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

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

3.7.4 Overføring av likviditet – driftskreditt

- *Det legges til grunn at helseforetakene skal drive sin virksomhet innenfor gjeldende driftskredittrammer, samt innretter virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som følger av vedtak i foretaksmøter i 2018, herunder oppdrag og bestilling 2018 som er gitt i foretaksmøte 14. februar 2018, slik at det bidrar til at Helse Sør-Øst RHF's «sørge for»-ansvar oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.*
- *Oslo universitetssykehus HF skal styre innenfor tilgjengelig driftskredittramme fastsatt av Helse Sør-Øst RHF.*
- *Helse Sør-Øst RHF skal forespørres i god tid dersom det er behov for driftskreditt ut over gjeldende ramme, og det skal fremlegges tilstrekkelig underbyggende dokumentasjon for dette behovet.*

Oslo universitetssykehus har ved planlegging av gjennomføring av virksomheten for 2018 lagt til grunn at virksomheten drives innenfor de økonomiske rammer og krav som er satt og på en slik måte at dette bidrar til oppfyllelse av Helse Sør-Øst RHF sitt «sørge for»-ansvar. Det er i budsjettet planlagt at helseforetaket for 2018 skal levere et økonomisk resultat på 175 millioner kroner, blant annet for å delfinansiere foretakets investeringsbudsjett for 2018.

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

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

3.7.5 Økonomisk handlingsrom

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

Oslo universitetssykehus har i 2018 rapportert gevinster som følge av forbedringsarbeid på om lag 251 mnok. Klinikken har etablert forbedringsprogram som identifiserer områder for forbedringer og som etablerer en metodikk for oppfølging av potensialet for gevinster. Gevinstene som følge av dette arbeidet er innarbeidet i klinikkenes tiltaksrapportering.

3.7.6 Investerings- og utbyggingsprosjekter

- *I 2018 videreføres omstillingsinvesteringer (samlokalisering fase I) ved Oslo universitetssykehus innenfor rammene av sak 075-2010. Inntil 13 millioner kroner finansieres med regionale midler. / * Oppgraderings- og vedlikeholdsinvesteringer videreføres med inntil 358 millioner kroner innenfor rammene av sak 045-2015. Av dette utgjør 250,6 millioner kroner ekstern lånefinansiering. Resterende finansiering dekkes av foretakets egne midler. Kravet om at Oslo universitetssykehus selv finansierer 30 prosent av investeringskostnaden gjelder både akkumulert og innenfor det enkelte budsjettår. Videre utbetales lånefinansieringen på 70 prosent etterskuddvis mot faktura med spesifisert grunnlag. / * Godkjenning og gjennomføring av prosjekter knyttet til oppgraderings- og vedlikeholdsinvesteringer som nevnt ovenfor, skal oppfylles i henhold til eget mandat som er gitt helseforetaket. / * Helse Sør-Øst RHF avsetter regional likviditet i 2018 i forbindelse med: / - videre utredningsarbeid for Regional sikkerhetsavdeling (RSA), hvor forprosjektfasen finansieres med lån. / - forprosjekt for nytt klinikkbygg Radiumhospitalet, hvor 70 prosent finansieres med lån. / - konseptfase Aker/Gaustad ifm. videreutvikling av Oslo universitetssykehus / - videre utredninger i forbindelse med protonsentere, hvor 70 prosent finansieres med lån og resterende med statlig tilskudd. / / Ledelsen av disse utredningsarbeidene er overført til Helse Sør-Øst RHF, men Oslo universitetssykehus skal bidra med ressurser, bemanning og nødvendig involvering for å understøtte at prosessene gjennomføres på planlagt måte og med best mulig måloppnåelse. I forbindelse med investerings- og utbyggingsprosjektene skal helseforetaket avsette nødvendige ressurser til utvikling av virksomhetsmodell, driftskonsepter og bemanningsplanlegging samt planer for*

gevinstrealisering. Dette arbeidet skal avstemmes med Helse Sør-Øst RHF's prosjektorganisasjon. Videre har helseforetaket ansvar for å sikre medvirkning fra ansatte og bruker i alt arbeidet som omfatter investerings- og utbyggingsprosjektene.

OUS gjennomførte omstillingsinvesteringer for 99 mnok. i 2018, noe som er 33 mnok. over budsjett. Det er forskuttert investeringer for kommende år for 66 mnok. og det er

Styret i HSØ har godkjent skisseprosjektet for nytt klinikkbygg ved Radiumhospitalet og nytt protonsentert på Radiumhospitalet. Arbeidet med protonsentertet samkjøres nå med prosjektet med det nye klinikkbygget. Klinikkbygget har gått til å detaljplanlegge hvilke funksjoner som skal være i det nye bygget og hvor funksjonene skal plasseres – et funksjonsprosjekt. Arbeidet med det nye protonsentertet er nå over en fase for et skisseprosjekt, der man skal planlegge hvordan bygget skal se ut og grovt hvor nye funksjoner skal være inne bygget. Arbeidet med Regional Sikkerhetsavdeling har i løpet av 2018 tilpasset oppstart av forprosjektet slik at Bærum kommune kan fullføre reguleringsarbeidet.

Styret i OUS ga 16. desember 2018 sin tilslutning til konseptrapporten for Aker og Gaustad fra Helse Sør Øst. Over 350 personer har deltatt i til sammen 19 fokusgrupper.

3.7.7 Krav til aktivitet

- *Aktiviteten skal være i henhold til aktivitetskravet for 2018.*

Pasientbehandling 2018		Somatikk	VOP	BUP	TSB
ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk og pasientadm. legemidler) i hht. «sørge for ansvaret»	Budsjett	242 056	11 680	13 369	3 222
	Regnskap	238 072	12 739	14 680	3 634
Antall utskrivninger døgnbehandling	Budsjett	109 590	2 341	167	2 367
	Regnskap	111 081	2 220	202	2 231
Antall liggedøgn døgnbehandling	Budsjett	472 900	71 310	7 943	24 686
	Regnskap	473 842	70 015	10 697	25 443
Antall oppholdsdager dagbehandling	Budsjett	84 087	0	3 698	0
	Regnskap	84 474	0	3 631	0
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	Budsjett	846 597	93 449	44 507	23 831
	Regnskap	845 859	90 311	45 716	25 044

Som det fremkommer av tabellen over er antallet ISF-poeng i 2018 lavere enn budsjett for somatikken og over budsjett for både VOP, BUP og TSB.

Både antallet utskrivninger, liggedøgn og oppholdsdager er over budsjett for somatikken men antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner er marginalt lavere enn budsjettet. VOP har lavere aktivitet enn budsjettet knyttet til utskrivninger, liggedøgn og inntektsgivende polikliniske konsultasjoner. BUP og TSB har høyere aktivitet enn budsjettet for alle forhold ut over antall utskrivninger (TSB) og antall oppholdsdager dagbehandling (BUP).

3.8.1 Beredskap og sikkerhet

- *Oslo universitetssykehus HF skal gjennomføre nødvendige oppdateringer i egne beredskapsplaner og rutiner i tråd med revidert Nasjonal helseberedskapsplan.*

Alle beredskapsplaner på foretaksnivå er oppdatert i 2018. Endringer i nyeste versjon av Nasjonal helseberedskapsplan er innarbeidet ved revisjonen.

- *Oslo universitetssykehus HF skal delta i arbeidet med å forberede implementering av ny sikkerhetslov.*

Oslo universitetssykehus har gjennom 2018 deltatt i en serie arbeidsmøter i Helse- og omsorgsdepartementet om implementering av ny sikkerhetslov. Implementeringen er også tema i faste regionale og nasjonale fora for sikkerhet i sykehus.

- *Oslo universitetssykehus skal delta med opplært og trent personell til Emergency Medical Team (EMT).*

Oslo universitetssykehus deltar på vegne av Helse Sør-Øst med personell i Emergency Medical Team. Dette inkluderer anestesilege, allmennlege, gynekolog, paramedic, jordmor, anestesisykepleier, intensivsykepleier og infeksjonssykepleier; totalt 26 ansatte. Teamene deltar i opplæring og trening arrangert nasjonalt og i eget foretak.

- *Oslo universitetssykehus skal medvirke til å utarbeide rutiner og prosedyrer som kan anvendes av Emergency Medical Team (EMT), herunder delta i arbeidet med å utarbeide en mekanisme som kan anvendes ved hendelser med mange brannskadde.*

Oslo universitetssykehus har siden 2016 vært representert i arbeidet Helsedirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap har drevet for etablering og utvikling av Emergency Medical Team i Norge.

3.8.2 Nasjonalt medisinsk utrykningsteam for høyrisikosmitte

- *Oslo universitetssykehus skal etablere Nasjonalt medisinsk utrykningsteam for høyrisikosmitte, i tråd med forutsetninger som fremgår i brev fra Helse Sør-Øst RHF, datert 25. oktober 2017.*

Oslo universitetssykehus bemanner og drifter Nasjonalt medisinsk utrykningsteam for høyrisikosmitte. Teamet ble etablert i mars 2018, finansiert av de fire regionale helseforetakene via Nasjonal kompetansetjeneste for CBRNE-medisin. Teamet holdt sin første praktiske øvelse på Gardermoen i april og foretok etter dette noen justeringer av rutiner slik at teamet nå er fullt ut operativt.

3.8.3 Redningshelikoptertjeneste

- *Oslo universitetssykehus skal ha avtaler med Forsvaret. Avtalene skal sikre legebemannning i redningshelikoptertjenesten, samt leveranse og etterfylning av medisinsk forbruksmateriell.*

Oslo universitetssykehus (den gang Ullevål universitetssykehus) inngikk avtale med Forsvaret i 2008 og har siden den gangen stilt legebemanningen på redningshelikopterbasen på Rygge. Avtalen sikrer også leveranse og etterfylning av medisinsk forbruksmateriell gjennom de samme systemer som prehospital tjeneste ellers benytter. Blodprodukter sikres nå levert fra Sykehuset Østfold.

3.8.4 Oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelser

- *Oslo universitetssykehus HF må følge opp hovedfunnene og anbefalingene i Riksrevisjonens undersøkelse om bierverv.*

Oslo universitetssykehus har i 2018 innført tiltak i tråd med alle anbefalinger og føringer fra Helse Sør-Øst. Det har i tillegg vært nedsatt en arbeidsgruppe på arbeidsgiversiden og en partssammensatt arbeidsgruppe med legeföreningen for å kartlegge og vurdere ytterligere tiltak.

Sykehusledelsen ved administrerende direktør har bierverv på agendaen som orienteringssak i sitt ledermøte med klinikklederne, samt har det som et fast punkt på agendaen i tertialoppfølgingsmøte med alle klinikker en gang per år. HR-direktør tar opp saken årlig i Dialogmøtet med de foretakstillitsvalgte og foretakshovedverneombud. HR oppdaterer sin hjemmeside med aktuell og lettere tilgjengelig informasjon om bierverv; blant annet fremgangsmåte for registrering av bierverv i personalportalen. Nyansatte skal registrere eventuelt bierverv i personalportalen første arbeidsdag. I tillegg iverksettes informasjonstiltak i form av nyhetsaker og nyhetsbrev til klinikkene med bierverv som tema.

Det er etablert et partssammensatt biervervsutvalg ved Oslo universitetssykehus, som kan avgi rådgivende uttalelse ved avslag på bierverv eller dersom leder ønsker råd i saken. Uttalelser fra det partssammensatte utvalget vil publiseres i anonymisert form for å bygge opp et erfaringsarkiv ved OUS. Det er innført et eget skjema for søknad om godkjenning av bierverv, der dette krever arbeidsgivers forhåndsgodkjenning.

Alle 15 klinikker ved OUS skal en gang i året ta opp bierverv som tema i sine ledermøter, hvor HR-stab inviteres til å redegjøre for gjeldende regelverk og svare på spørsmål. I etterkant skal det sendes påminnelse til linjelederne om å ta opp dette temaet i sine personalgrupper. Klinikkerne skal årlig ha oppe bierverv som tema i møte med sine klinikkstillitsvalgte.

3.8.5 NAKMI

- *Det vises til protokoll fra foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 19. juni 2017, sak 8 Virksomhetsoverdragelse av NAKMI fra Oslo universitetssykehus HF til Folkehelseinstituttet. Som det fremgår av protokollen, skal den nye organiseringen tre i kraft fra 1. januar 2018. Oslo universitetssykehus skal følge opp arbeidet med virksomhetsoverdragelse.*

NAKMI ble virksomhetsoverdratt fra Oslo universitetssykehus til Folkehelseinstituttet med virkning fra 1. januar 2018.

3.8.6 Arbeidslivskriminalitet

- *Ved tildeling av oppdrag og i oppfølging av inngåtte kontrakter skal det sikres at leverandører følger lover og regler. Helseforetakene skal i årlig melding redegjøre for resultater fra oppfølging av inngåtte kontrakter og hvordan virksomhetens anskaffelser er innrettet for å gjennomføre dette hensynet.*

Den 1. mai 2017 ble alle som gjennomfører anbud overført fra innkjøp OUS til Sykehusinnkjøp HF (SIN). Alle maler og kontrakter som angår anbud har innarbeidet følgende tekst:

Lønns- og arbeidsvilkår i offentlige kontrakter

Forskrift av 8. februar 2008 nr. 112 om lønns- og arbeidsvilkår i offentlige kontrakter gjelder ved kjøp av tjenester eller bygg- og anlegg som overstiger 2 millioner kroner ekskl. mva., jf. forskriften § 4. Forskriften gjelder også for kontrakter som omfatter både varer og tjenester (blandede kontrakter) dersom verdien av de aktuelle tjenestene overstiger 2 millioner kroner ekskl. mva.

Formålet med reguleringen er å bidra til at ansatte i virksomheter som utfører tjenester og bygge- og anleggsarbeider for offentlige oppdragsgivere, ikke har dårligere lønns- og arbeidsvilkår enn det som følger av gjeldende landsomfattende tariffavtale eller det som ellers følger av allmenngjøringsforskrifter, jf. forskriften § 1.

Tilbyder og eventuelle underleverandør(er) skal på forespørsel fra Oppdragsgiver kunne dokumentere lønns- og arbeidsvilkår til ansatte som medvirker til å oppfylle kontrakten. Oppdragsgiver forbeholder seg retten til å gjennomføre nødvendige sanksjoner dersom Tilbyderen eller dennes underleverandør(er) ikke etterlever kravene til lønns- og arbeidsvilkår.

Før overføringen av oppgaver og ansatte til SIN ble dette ivaretatt i OUS kontrakter. Sykehuset har nylig gjennomgått alle lønns og arbeidskontrakter til ansatte i et renholds firma, og har så langt ikke avdekket brudd på lønns og arbeidsvilkårene. Flere lønns- og arbeidskontrakter planlegges gjennomgått.

DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT

Utviklingstrender og rammebetingelser er omtalt i flere rapporter som Oslo universitetssykehus HF hvert år leverer til Helse Sør-Øst RHF. I løpet av 2018 er det levert:

- Utviklingsplan for Oslo universitetssykehus 2035
- Økonomisk langtidsplan 2019-2022 (38) og Budsjett 2019
- Konseptrapport for videreutvikling av Aker og Gaustad.
- Fremtidsutsikter er også omtalt i årsberetningen.

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

- Strategi for Oslo universitetssykehus HF 2013-2018
- Forskningsstrategi for Oslo universitetssykehus HF 2016-2020
- Utviklingsplan for Oslo universitetssykehus 2035
- Økonomisk langtidsplan 2019-2022 (38)
- Områdeplan IKT 2019-2022
- Områdeplan bygg 2019-2022
- Områdeplan medisinskteknisk utstyr 2019-2022
- Områdeplan øvrige investeringer 2019-2022
- Budsjett 2019
- Oppdrag og bestilling 2019 for Oslo universitetssykehus HF

Strategiprosess – Strategi for Oslo universitetssykehus HF 2019-2022

Oslo universitetssykehus HF (OUS) sin strategi gjelder ut 2018 og inntil en ny strategi er vedtatt av OUS styret. Høsten 2018 ble det igangsatt et arbeid for å utvikle en ny overordnet strategi for sykehuset som skal gjelder fra 2019 – 2022. Oppdraget ble gitt av administrerende direktør og eies av stab fag, pasientsikkerhet og samhandling. Oppdraget ser for seg en revisjon av nåværende strategi hvor deler av strategien skal bevares med nødvendig tilpasning og revidering. En arbeidsgruppe med representanter fra sentrale staber har gjennomført intervjuer med utvalgte personer fra alle ledernivåer for å få innspill på nåværende strategi og på elementer som bør revideres. I en ekspertworkshop (80 deltakere) bestående av interne ressurser fra klinikkene og eksterne samarbeidspartner fikk arbeidsgruppen ytterligere innspill til de ulike målene og delmålene i strategien. Hensyntatt innspill fra intervjuene og workshopen utviklet arbeidsgruppen et første utkast på OUS sin strategi 2019-2022. Utkastet ble lagt frem

administrerende direktør, stabsdirektørene og sykehusets ledergruppe i desember. Etter denne orientering ble utkastet i desember sendt ut til intern høring og til deltakere på workshopen.

I løpet av januar 2019 skal det foreligge andre utkastet på sykehusets overordnede strategi som skal presenteres på en N3-samling slutten av januar 2019. Etter planen skal den strategi 2019-2022 legges frem for styret i februar (orientering) og vedtas av styret i mars 2019.

Del IV VEDLEGG

Årsrapport Brukerutvalget Oslo universitetssykehus HF

Årsrapport Ungdomsrådet Oslo universitetssykehus HF

Årsrapport 2018

for Brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus HF

Innledning

Brukerutvalgets viktigste oppgave er å bidra til kvalitetsforbedring, primært på systemnivå slik at dagens og morgendagens pasienter og pårørende opplever et velfungerende sykehus med god kvalitet på helsetjenestene.

Brukerutvalget har avholdt 8 møter á 4 timers varighet i 2018.

Brukerutvalget som ble oppnevnt i styret, sak 46/2017 for perioden 2017-2019 består av følgende representanter:

Tove Nakken, Kreftforeningen, leder

Kim Fangen, Nye Pluss- Hivpositive landsforening/FFO, nestleder

Solveig Rostøl Bakken, Pensjonistforbundet

Twinkle Dawes, Innvandrerkvinnens ressurs- og aktivitetsgruppe

Kjell Silkoset, Personskadeforbundet/FFO

Arne Olav Grønbech Hope, Norges Handikapforbund/SAFO

Stine Bjerklund Dybvig, Cerebral parese-foreningen/FFO

Pål Kjeldsen, Kreftforeningen

Mari Ourom, Rådgivning om spiseforstyrrelse/FFO

Susan Smerkerud, Parkinsonforbundet/FFO

Marius Korsell, Landsforeningen for slagrammede/SAFO

Anne Giertsen, Foreningen for hjertesyke barn/FFO

Brita Rønbeck Bølgen, Mental Helse Ungdom

Representasjon fra ledelsen ved Oslo universitetssykehus

Leder av avdeling samhandling, Kari Skredsvig, har vært fast møtende representant fra ledelsen. Administrerende direktør, Bjørn Erikstein, har møtt for dialog i direktørens time. Videre har en rekke representanter fra ledelsen møtt brukertutvalget i forbindelse med ulike saker.

Brukerutvalgets kontakt med styret

Leder og nestleder har deltatt som observatører med talerett på styremøter. Brukerutvalget har hatt et felles møte med styret 25. oktober 2018, for å orientere om sin virksomhet og for dialog (styresak 70/2018). Brukerutvalget presenterte følgende temaer: Ny pasientrolle og forventninger til fremtidens OUS, overgang barn-ungdom-voksen, helhetlig syn på psykisk og fysisk helse, respekt for pasientens tid og manglende kompetanse i mottaksapparatet ved overføring til andre sykehus, samt en film laget i samarbeid mellom OUS HF og fire bydeler om utfordringer i det helhetlige pasientforløpet.

Brukerutvalgets kontakt med de klinikkvise brukerrådene

Brukerutvalget inviterte brukerrådene til dialogmøte høsten 2018. Tema for dialogmøtet skulle være hvordan jobbe sammen for å styrke brukerstemmen på OUS. Møtet ble dessverre avlyst grunnet manglende påmeldinger. Samarbeid mellom brukertutvalget og brukerrådene har forbedringspotensial og må prioriteres i 2019.

Representasjon i klinikkvise brukerråd ved Oslo universitetssykehus

- Barne- og ungdomsklinikken - Anne Giertsen
- Hjerter-, lunge- og karklinikken - Twinkle Dawes
- Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi – Kjell Silkoset
- Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon – Arne Olav Hope
- Klinikk psykisk helse og avhengighet – Brita Bølgen
- Kreftklinikken - Tove Nakken
- Kvinneklinikken – Twinkle Dawes
- Medisinsk klinikk - Solveig Rostøl Bakken
- Ortopedisk klinikk - Stine B Dybvig
- Nevroklinikken – Pål Kjeldsen

Deltakelse i prosjekter, råd og utvalg

- Biobank- og registerutvalget (BBRU) - Tove Nakken
- Brukerutvalget Aker helsearena - Arne Olav Hope
- Digital grunnopplæring for brukerrepresentanter, HSØ RHF – Tove Nakken
- Driftsstyret for kreftområdet - Tove Nakken
- Ernæringsrådet - Mari Ourom
- Forbedring av driften 2017-2020, Styringsgruppe - Tove Nakken
- Forløpskoordinator kreft, arbeidsgruppe – Tove Nakken
- Forskningsoppsummering - effekter av LMS Barn/unge - Stine B Dybvig
- Forum for pasient- og pårørendeopplæring - Mari Ourom
- Hendelsesanalyseutvalg - Tove Nakken
- Konseptfase Aker/Gaustad fokusgrupper – Anne Giertsen, Kjell Silkoset, Kim Fangen, Solveig R. Bakken, Twinkle Dawes
- Konseptfase Aker/Gaustad Samhandlingsgruppe – Tove Nakken
- Læringsnettverket Gode Pasientforløp – Solveig Rostøl Bakken
- Minimetodeutvalget - Tove Nakken
- Nasjonal Kompetansetjeneste for sykdomsrelatert underernæring - Tove Nakken
- Norsman – Tove Nakken
- Pasientsikkerhet- og kvalitetsutvalget, Prehospital klinikk – Marius Korsell
- PROMiNET – Kim Fangen
- Prosjekt: Vel hjem – Kjell Silkoset/Solveig Rostøl Bakken
- Regionalt forskningsutvalg - Tove Nakken
- Regionalt kapasitetsutvalg intensivmedisin - Kjell Silkoset
- Råd for barn som pårørende – Mari Ourom
- Samarbeidsutvalget i Hovedstadsområdet - Brita Bølgen
- Sentralt kvalitetsutvalg - Tove Nakken/ Kim Fangen
- Senter for pasientmedvirkning og samhandlingsforskning – Solveig
- Smerteklinikken, brukerpanel - Kjell Silkoset
- Styringsgruppe kreftbiobank - Tove Nakken
- Styringsgruppe Nye sykehusbygg – Tove Nakken
- Ungdomsrådet - Stine B Dybvig

Representasjon og foredrag på konferanser/seminarer/arrangementer

- N3-ledersamling OUS – Tove Nakken og Kim Fangen
- Nasjonalt topplederprogram - Tove Nakken (foreleser)
- Halvårlige samlinger for ledere og nestledere av brukerutvalg i Helse Sør-Øst - Tove Nakken og Kim Fangen
- NORSMAN – forskning på eldre og kreft – Tove Nakken (innlegg)

- Ledersamling i Helse Sør-Øst RHF – Twinkle Dawes (Innlegg)
- Digitalisering av vedlegg-brev – Susan Smerkerud (Innlegg)
- Pasientsikkerhetsseminaret – Tove Nakken (innlegg) og Solveig Rostøl Bakken
- Fagdag for pasient og pårørendeopplæring – Solveig Rostøl Bakken
- Workshop Strategi OUS 2019-2023 – Tove Nakken
- Fontan-seminar – forskningsprosjektet om ungdom med medfødt hjertefeil med Fontan-operasjon – Anne Giertsen
- Stormøte for Samarbeidsutvalget – Solveig Rostøl Bakken (innlegg)

Høringsuttalelser og innspill

- Innspill til nytt bygg for regional sikkerhetsavdeling, lokal sikkerhetsavdeling og Regional seksjon psykiatri, utviklingshemning/autisme
- Utviklingsplan 2035 Oslo universitetssykehus HF
- Utviklingsplan 2035 Helse Sør-Øst RHF
- Ny personvernforordning
- NOU 2017:16 - På liv og død- palliasjon til alvorlig syke og døende
- Fremtidens habiliterings- og rehabiliteringstjeneste i Oslo kommune
- Alternative modeller for regulering av pasientforløp og registrering av ventetider i spesialisthelsetjenesten
- Laboratorieveileder for genetiske analyser av fødte
- Utdanningsstrategi for Oslo universitetssykehus HF
- Høring om fremtidig sykehusstruktur i Oslo-regionen i Helse- og sosialkomiteen
- Innlegg om fremtidens sykehusstruktur i Dagens medisin

Viktige temaer for Brukerutvalget i året som har gått

- **Pasientforløp**
Å påvirke til helhetlige og gode pasientforløp fra hjem til hjem har vært Brukerutvalgets hovedmål også i 2018 og temaet er belyst og arbeidet med fra ulike vinkler gjennom hele året.
- **Regional konferanse om brukermedvirkning**
Oslo universitetssykehus HF arrangerte i samarbeid med Brukerutvalget en konferanse om brukermedvirkning med tema brukerinvolvering som forutsetning for god pasientsikkerhet. Konferansen var fulltegnet og i både planlegging, gjennomføring og deltagelse var det halvparten brukerrepresentanter og helsepersonell/ledere.
- **Medvirkning, kvalitet og pasientsikkerhet**
Kvalitet og pasientsikkerhet har også vært tema utover den regionale konferansen. Det grønne korset, brukerundersøkelsen, kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient, «hva er viktig for deg», samvalg og personvernforordningen er eksempler på områder som har vært belyst og som brukerutvalget anser som viktige.
- **Utviklingsplan 2035**
Utvikling av pasientens helsetjeneste er viktig for brukerutvalget, som har engasjert seg i arbeidet med utviklingsplanene for både OUS HF og HSØ RHF. Brukerutvalget har uttrykt bekymring over blant annet nedbygging av sengeplasser, hvorvidt utviklingsplanen ivaretar OUS sitt samfunnsansvar og samhandlingsansvar, hvorvidt utviklingsplanen sees i sammenheng med utviklingen av nye bygg og at OUS som landets største sykehus i mye større grad bør være modige, innovative og fremtidsrettede.
- **Konseptfase Aker/Gaustad**
Brukerutvalget har hatt konseptfasen som fast sak på brukerutvalgsmøtene. Saken er belyst fra ulike vinkler. I tillegg har representanter fra brukerutvalget og brukerrådene i klinikk deltatt i fokusgrupper, samhandlingsgruppen og styringsgruppen. Leder av brukerutvalget holdt et innlegg på et høringsmøte i Helse- og sosialkomiteen og skrev på vegne av brukerutvalget et innlegg i Dagens medisin.

- **Digitale pasienttjenester**

Prosjektet som skal se på elektroniske forløp for og med personer som lever med hiv, som brukerutvalget har fulgt tett helt fra idefasen, er nå igangsatt fra januar 2018.

Brukerutvalget er også informert om prosjekt digitale innbyggertjenester, med særlig fokus på regler for innsyn.

- **Ulike tilbud ved Oslo universitetssykehus HF**

Flere ulike tilbud ved sykehuset har vært oppe i brukerutvalget fordi det er gode tilbud som må gjøres kjent, som for eksempel Vel Hjem – Brukersentrerte tjenester for den multisyke pasienten og Pasientbibliotekets tilbud. Men også fordi det er uttrykt en bekymring for tilbudet, som for eksempel tilbudet til alvorlige traumatiske hjerneskader, det palliative tilbudet ved sykehuset og fysisk aktivitet som en del av behandlingstilbudet.

- **«Direktørens time»**

Brukerutvalget opplever «Direktørens time» som svært nyttig og de har gode samtaler med administrerende direktør basert på både forhåndsinnsendte spørsmål, styremøtesaker og andre temaer som bringes til bords av enten brukerutvalgets medlemmer eller administrerende direktør. Skriftlige spørsmål er sendt inn om utskrivning fra barselavdelingene, fastlegeordningen, anbud på hivlegemidler og involvering av Oslo kommune i utviklingen av fremtidig sykehusstilbud i Oslo.

Årsrapport 2018

Ungdomsrådet
ved Oslo universitetssykehus HF



Innledning

Ungdomsrådet ved Oslo universitetssykehus HF ble, som det første ungdomsråd ved et helseforetak i Norge, etablert 21. juni 2012.

Ungdomsrådets oppgaver bygger på brukermedvirkning som en kunnskapskilde til forbedring av praksis. Ungdoms brukererfaringer og forslag til tiltak skal systematisk brukes for å forbedre sykehusets tilbud til ungdom.

Ungdomsrådet som ble oppnevnt i ledermøte sak 35/17 for perioden 2017-2019 har bestått av:

Sandra Scott Nicolaysen – leder
Hanne Sofie Bonnevie Hamre – nestleder
Jostein Dagestad
Ferdinand Tollefsen
Nikita Amber Abbas
Ingrid Hodø
Mette Braastad Brandal
Mathilde Natlandsmyr
Stine Bjerklund Dybvig – Brukerutvalgets representant

Ungdomsrådet har avholdt 6 møter á 3 timers varighet i 2018.

Fast representasjon i prosjekter, råd og utvalg

- Råd for ungdomshelse
- Brukerrådet i barne- og ungdomsklinikken
- Arbeidsgruppe for strategi for ivaretagelse av barn og ungdom på OUS HF
- Panel for utdeling av innovasjonsmidler
- Arbeidsgruppe for første regionale samling for ungdomsråd
- Samarbeidsforum barn og unge

Innlegg på konferanser/seminarer/arrangementer

- Oppstartsmøte for nytt ungdomsråd i på Sykehuset i Vestfold
- Kurs for ungdom med skoliose
- Møte med Sykehusapotekenes brukerutvalg
- Møte i Brukerutvalget i Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling
- Fredagsmøte Rikshospitalet om Samvalg
- Lederseminar for fysioterapiledere i spesialisthelsetjenesten
- Etterutdanningsuka for sykepleiere
- Pasientsikkerhetskonferansen 2018

Høringsuttalelser og innspill

- Konseptfase Gaustad/Aker
- Pasientinformasjon tilpasset unge – pakkeforløp psykisk helse barn og unge
- Utviklingsplan OUS HF + HSØ RHF
- Pasient- og brukerombudet – om barn og unges rettigheter
- Kurs i brukermedvirkning i forskning for ungdom – FORMI

Viktige temaer for Ungdomsrådet i året som har gått

Ekspertsykehusbloggen

I januar var Ungdomshelse team på sykehusets blogg; Ekspertsykehuset. Ungdomsrådet bidro med ulike blogginnlegg, en film om ungdomsrådet og deltok også på God Morgen Norge på Tv2. Blogginnleggene skrevet av ungdomsrådet;

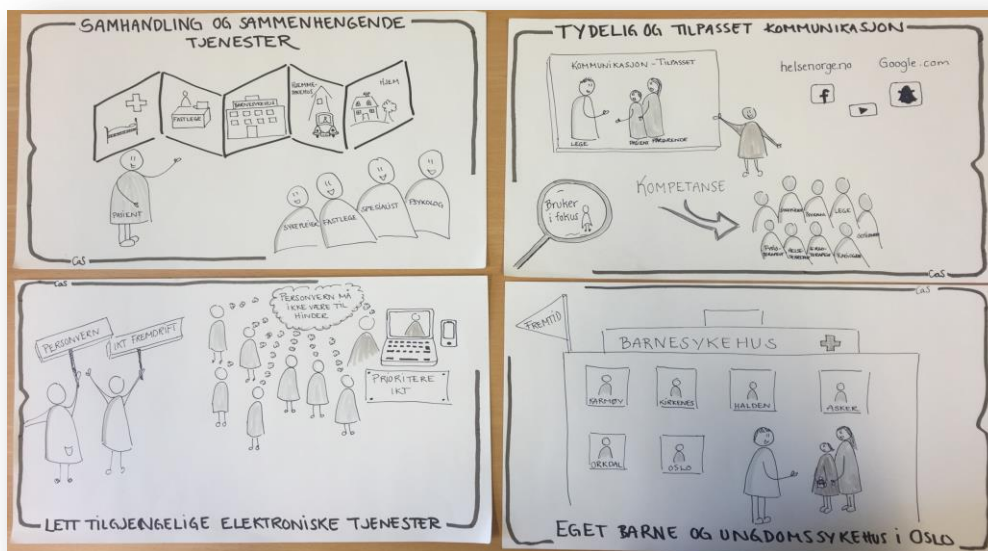
- Jeg er ung og har diabetes type 1
- Ung på sykehus – hvilke rettigheter har du?
- Å være ung og psykisk syk
- Se hele meg og ikke bare sykdommen min

Retningslinje for ivaretagelse av ungdom og unge voksne ved OUS HF

Ungdomsrådet er representert i Råd for ungdomshelse som det siste året har ferdigstilt en nivå 1 retningslinje om ivaretagelse av ungdom og unge voksne ved Oslo universitetssykehus. Ungdomsrådet er glad for at denne retningslinjen endelig er på plass.

Nasjonal helse- og sykehusplan

Helse og omsorgsdepartementet inviterte ungdomsrådet til et høringsmøte om nasjonal helse- og sykehusplan. Ungdomsrådet presenterte sine innspill i dette møtet og overrakk Helse- og omsorgsministeren fire plakater som illustrerte hovedpoengene.



Trådløst nettverk

Ungdomsrådet er opptatt av at trådløst nettverk må bli tilgjengelig på hele sykehuset. Dette har vært en kampsak helt fra starten. Tilgang på nett har stor betydning når man må oppholde seg over tid på sykehus. Det kan for eksempel bidra til at man kan følge med på skolen. Etter flere års stillstand er ungdomsrådet glade for at bredding av nytt system er i gang.

Gode overganger

Ungdomsrådet ønsker at sykehuset skal jobbe med bedre overganger mellom barne- og ungdomsavdelinger og voksenavdelingen. Det er også særdeles viktig at samarbeidet mellom sykehuset og kommunen får et større fokus. Dette siste temaet har ungdomsrådet i 2018 diskutert med fysioterapeutledere på sykehuset og i Oslo kommune, helseetaten gjennom prosjekt fremtidens habiliterings- og rehabiliteringstjenester i Oslo kommune og med aktuelle aktører på OUS og i Oslo kommune i samarbeidsforum barn og unge.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 15. februar 2019

Saksbehandler: Direktør fag, pasientsikkerhet og samhandling

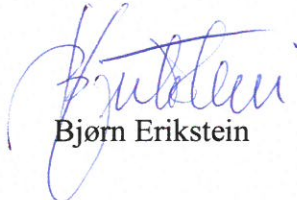
Vedlegg: Forslag til strategi for Oslo universitetssykehus HF
2019-2022

SAK 4/2019 STRATEGI FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS 2019-2022

Forslag til vedtak:

1. Styret tar forslag til strategi for Oslo universitetssykehus HF for perioden 2019-2022 til orientering.
2. Styret ber om at om at strategien bearbejdes videre med utgangspunkt i innspill som kom fram i styremøtet og legges fram i styremøte 28. mars for vedtak.

Oslo, den 8. februar 2019


Bjørn Erikstein

Arbeidet med Strategi for Oslo universitetssykehus HF er tidligere omtalt i administrerende direktørs orienteringer til styret 14. desember 2018 (sak 85/2018).

Forslag til strategi legges fram to ganger for behandling i styret. I denne saken er det lagt opp til innspill på strategien før den legges fram for vedtak i neste styremøte den 28. mars 2019.

Forslaget til strategi for Oslo universitetssykehus i perioden 2019-2022 er laget med utgangspunkt i strategien for 2013-2018. Det er gjennomført detaljerte analyser av eksterne og interne faktorer, og over hundre ledere, medarbeidere og eksterne samarbeidspartnere har vært involvert i prosessen. I tillegg har alle ansatte hatt mulighet til å gi innspill i en høringsrunde.

Forslag til Strategi for Oslo universitetssykehus 2019 – 2022 er gitt tilslutning i Oslo universitetssykehus ledermøte.

Viktige prinsipper i utformingen av strategien har vært:

- Dette har vært en revidering av strategi – det har ikke vært ønskelig å endre visjon, verdier eller å gjøre større endringer på hovedmål
- Strategien skal være overordnet og si noen om Oslo universitetssykehus sine prioriteringer, og så langt som mulig ikke trekke frem enkelte miljøer eller pasientgrupper.
- Det skal være mulig for alle ansatte å kjenne seg igjen i strategien
- Strategien skal gi retning, men det skal være rom for den enkelte klinikk til å oversette strategi til sitt miljø. Oslo universitetssykehus er en virksomhet med høy kompetanse innen en rekke fagfelt, og det er ønskelig at klinikker kan drive kontinuerlig evaluering av egne strategiformuleringer og mål etter som kontinuerlig læring oppstår
- Strategien skal beskrive Oslo universitetssykehus' egenart og mål; den skal reflektere Oslo universitetssykehus' ønske om å gi retning for sykehuset

Strategien vil bli utfylt med mål og handlingsplaner for den enkelte klinikk og avdeling.

Strategi Oslo universitetssykehus 2019 - 2022

Styremøte OUS

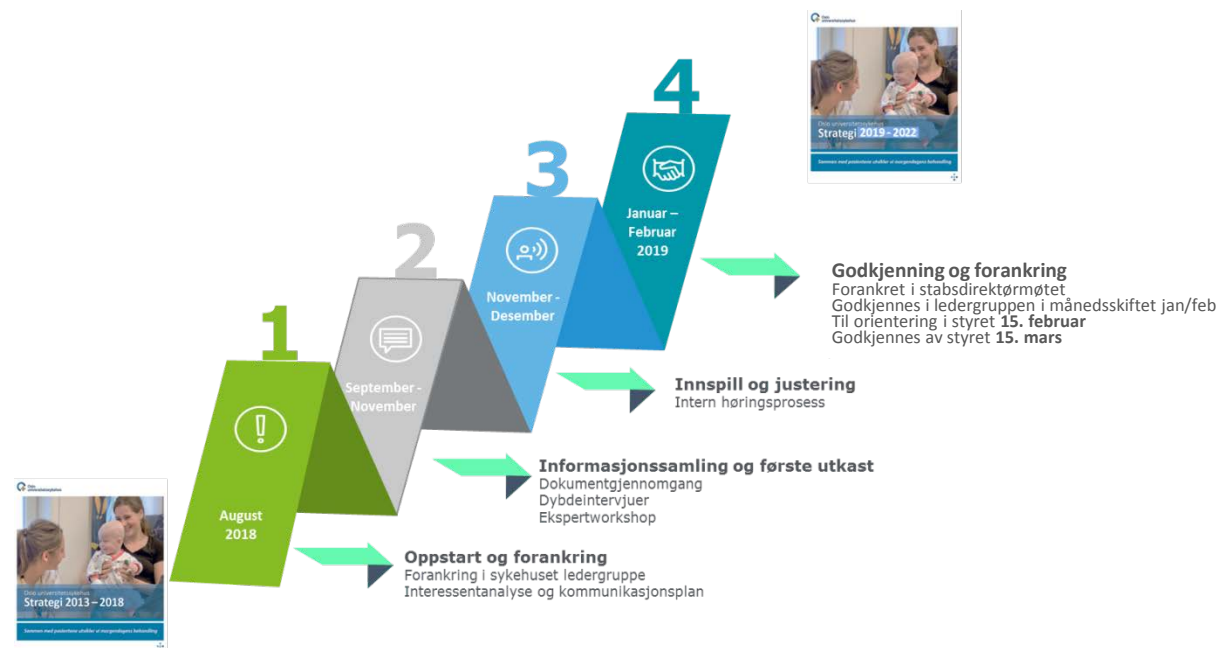
15. februar

Utforming av OUS sin strategi for 2019 til 2022 er i sluttfasen, og har til sammen involvert over 100 av sykehusets ledere

Forutsetninger for oppdraget



Prosess for utarbeidelse av strategi



Strategien skal synliggjøre OUS sine prioritinger, og vise retning for sykehusets øvrige planverk

Sammen med pasientene utvikler vi morgendagens behandling

Verdier:

- Kvalitet, trygghet og respekt

Hovedmål:

- Vi tar utgangspunkt i pasientens perspektiv
- Oslo universitetssykehus er en attraktiv arbeidsplass og har et arbeidsmiljø preget av tillit, åpenhet og respekt
- Vi er et lærende og skapende universitetssykehus
- Oslo universitetssykehus er en god samarbeidspartner som tar samfunnsansvar



Mål 1: Oslo universitetssykehus tar utgangspunkt i pasientenes perspektiv

Delmål - Vi skal:

- gi pasientene behandling av topp internasjonal kvalitet
- ha forutsigbare, effektive og koordinerte behandlingsforløp med god kvalitet, med utgangspunkt i pasientens samlede behov
- ta hensyn til de forhold som påvirker pasientens liv og sykdomsforløp når vi diagnostiserer og behandler
- prioritere psykisk helsevern, og behandling av barn og unge i tråd med nasjonale og internasjonale forpliktelser
- videreutvikle og anvende presisjonsmedisin som basis for persontilpasset medisinsk behandling
- benytte muligheter i digitale løsninger og ny teknologi til å skape behandlingsforløp der pasienter har innsyn i egen behandling og forsterket mulighet til medvirkning
- gi behandling som sikrer pasienten best mulig funksjonsevne og mulighet til å mestre eget liv
- tilpasse informasjon og opplæring til pasienter og pårørende, slik at de får kunnskap til å medvirke i valg om egen helse
- sikre likeverdige helsetjenester med utgangspunkt i samfunnets mangfold

Mål 2: Oslo universitetssykehus er en attraktiv arbeidsplass og har et arbeidsmiljø preget av tillit, åpenhet og respekt

Delmål - Vi skal:

- være en arbeidsplass som medarbeiderne er stolte av, og der det er godt å arbeide
- ha engasjerte medarbeidere som tar ansvar for, og medvirker i, utviklingen av arbeidsmiljøet til gode for pasienter og ansatte
- ha åpenhet rundt interne prosesser, slik at grunnlag for beslutninger er tilgjengelige og tydelige for berørte medarbeidere
- ha nulltoleranse for all trakassering, og ha en arbeidsplass der det er trygt å si fra
- vise hverandre gjensidig respekt, akseptere ulike meninger, og vise lojalitet til beslutninger som er fattet
- legge til rette for at medarbeiderne får brukt og videreutviklet sin kompetanse for å løse sykehusets oppgaver til beste for pasientene
- rekruttere og videreutvikle ledere som motiverer medarbeidere, skaper engasjement og oppslutning om sykehusets oppgaver og mål, og som er ambassadører for et godt arbeidsmiljø
- i fellesskap utvikle og forberede virksomheten for ny sykehusstruktur og innflytting i nye bygg

Mål 3: Vi er et lærende og skapende universitetssykehus

Delmål - Vi skal:

- styrke vår posisjon som et internasjonalt fremragende universitetssykehus og bidra til å skape et fremtidsrettet helsetilbud i samarbeid med Universiteter og høyskoler
- være den ledende utdanningsarenaen i spesialisthelsetjenesten og være en aktiv og innovativ samarbeidspartner for norske og internasjonale forsknings – og innovasjonsmiljøer
- legge til rette for kliniske studier og forske, utdanne og skape innovasjoner som bidrar til et bedre helsetilbud
- involvere brukerne i forskningsprosjekter
- fremme læring på alle nivåer i sykehuset gjennom systematisk og åpen gjennomgang av egen praksis
- forbedre oss kontinuerlig basert på tilbakemeldinger fra pasientene, ansatte, andre aktører i helsetjenesten og samfunnet for øvrig
- på en sikker og trygg måte gjøre helsedata tilgjengelig, og benytte disse til økt kvalitet og sikkerhet i pasientbehandling, forskning og undervisning
- bruke digitale løsninger og ny teknologi for å sikre gode helsetjenester og gode vilkår for forskere og studenter

Mål 4: Oslo universitetssykehus er en god samarbeidspartner som tar samfunnsansvar

Delmål - Vi skal:

- bedre pasientens samlede helsetjeneste og sikre gode overganger i et livsløpsperspektiv ved å samarbeide godt med den øvrige helsetjenesten
- bidra til best mulig benyttelse av helsevesenets og samfunnets samlede kompetanse og ressurser
- samarbeide med universiteter og høyskoler for å sikre forskningssamarbeid og fremtidig kompetanse
- dele vår kunnskap med pasienter, pårørende og andre aktører for å videreutvikle og forbedre helsetjenesten
- ha en tydelig stemme i den helsepolitiske samfunnsdebatten
- ivareta rettsikkerhet gjennom god rettsmedisinsk sakkyndighet
- bidra med vår kompetanse og kunnskap til videreutvikling av helsetjenestene globalt, og være pådriver i arbeidet mot antibiotika-resistens
- arbeide systematisk for å redusere vår negative påvirkning på det ytre miljø

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 15. februar 2019

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

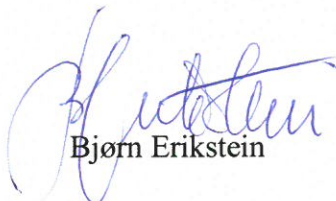
**SAK 5/2019 INFORMASJON FRA PASIENT- OG BRUKER-
OMBUDET I OSLO OG AKERSHUS**

Pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus kommer i styremøtet og informerer fra ombudets virksomhet.

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering

Oslo, den 8. februar 2019



Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 15. februar 2019

Saksbehandler: Visestyrerende direktør

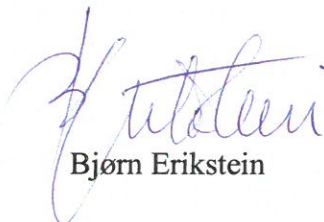
Vedlegg: Fire brev fra Omsorgsbygg KF datert 23.11. 2018,
21.1.2019 og 7.2.2019

SAK 6/2019 NY STORBYLEGEVAKT - KOSTNADSKONTROLL OG STYRING

Forslag til vedtak:

1. *Styret understreker at god styring og kontroll er viktig for å sikre at etablering av ny storbylegevakt holder seg innenfor kostnadsrammen for prosjektet.*
2. *Styret slutter seg til de prinsippene for styring og kostnadskontroll som fremgår av saken.*
3. *Styret ber administrerende direktør oversende saken til Helse Sør-Øst for videre behandling.*

Oslo, den 8. februar 2019



Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF driver i dag felles en legevakt i Storgata 40 som dekker både primærhelsetjenestens og spesialisthelsetjenestens ansvar i akuttkjeden. Planlegging av en ny felles storbylegevakt pågår, og forprosjekt for etablering av ny storbylegevakt på Aker, hvor Oslo kommune/Omsorgsbygg KF er byggherre, ble ferdigstilt høsten 2018.

Oslo kommune forventer at Oslo universitetssykehus HF skal forplikte seg til å dekke sin andel av de investeringer kommunen har for bygging av ny storbylegevakt gjennom en husleieordning. I denne sammenheng behandlet styret ved Oslo universitetssykehus HF i juni 2018 prinsipper og betingelser for kapitalelementet i husleien. I videre behandling av saken var styret i Helse Sør Øst RHF imidlertid ikke beredt til å realitetsbehandle prinsippene for leieavtalen, og administrasjonen i Helse Sør Øst RHF har bedt Oslo universitetssykehus HF om å fremlegge et beslutningsunderlag som tydeliggjør hvordan man skal sikre kostnadskontroll og styring med prosjektet.

Denne saken svarer ut de forholdene som Helse Sør-Øst RHF har ønsket nærmere belyst.

2. Tidligere vedtak i saken

Prinsipper for finansiering av bygging av ny storbylegevakt, styresak 44/2018 ble behandlet i styret ved Oslo universitetssykehus 21.6.2018. Følgende ble vedtatt:

- 1. Styret gir sin tilslutning til de prinsipper for finansiering av ny storbylegevakt som fremgår av denne sak. I samsvar med finansstrategi for Helse Sør Øst RHF ber styret administrerende direktør søke om godkjenning av en finansiell leieavtale med Oslo kommune basert på de forutsetninger som fremgår av saken, hvor grunnlaget for kapitalelementet i husleien utgjør 1,524 milliarder kroner.*
- 2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å fremforhandle en husleieavtale med Oslo kommune basert på de prinsipper for kapitalelementet i husleien som fremgår av saken, samt vurdere om forvaltning, drift- og vedlikehold av storbylegevakt skal gjennomføres i egen regi eller ved kjøp av tjenester hos Oslo kommune. Endelig husleieavtale kan ikke fremforhandles før Helse Sør-Øst RHF har godkjent søknad om finansiell leie.*
- 3. Husleieavtale legges frem for styret for godkjenning.*

Styret i Helse Sør-Øst behandlet 13.9.2018 (sak 078-2018) med følgende forslag til vedtak:

- 1. Styret godkjenner de beskrevne prinsipper for leieavtalen mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF av arealer i storbylegevakten. Det aktuelle leiearealet skal inngå som en del av arealbehovet i forbindelse med realiseringen av målbildet for utviklingen av Oslo universitetssykehus HF, jmf sak 053-2016. Styret ber om at det oversendes anmodning om fullmakt til inngåelse av finansiell leieavtale til foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF.*
- 2. Styret legger til grunn at leieavtalen baseres på faktiske byggekostnader og forutsetningene i denne saken.*

3. *Endelig leieavtale inkludert kvalitetssikret forprosjektrapport, forelegges styret i Helse Sør-Øst RHF for godkjenning forut for avtaleinngåelse mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF.*
4. *Styret ber om at Oslo universitetssykehus HF arbeider videre med konkrete gevinstrealiseringsplaner, nødvendig kostnadstilpasning og arealoptimalisering som følge av avtalen og at dette legges frem i forbindelse med behandling av endelig leieavtale.*
5. *Styret legger til grunn at Oslo universitetssykehus HF etablerer hensiktsmessige styringsmekanismer for å unngå kostnadsoverskridelser i prosjektet.*

Av protokoll fra styremøte 13.9. 2018 fremkom følgende vedtak:

Styret var ikke beredt til å realitetsbehandle på grunnlaget som foreligger og styreleder fremmet derfor følgende forslag til vedtak:

1. *Styret konstaterer at det er behov for en ny storbylegevakt og støtter at denne realiseres på Aker sykehus. Styret understøtter at dette skal bidra til å videreutvikle samhandlingen mellom Oslo universitetssykehus og Oslo kommune.*
2. *Styret aksepterer at finansieringen kan baseres på en leieavtale med mulighet for tilbakekjøp.*
3. *Styret peker på at Oslo universitetssykehus ikke har fremlagt et tilstrekkelig beslutningsunderlag som tydeliggjør hvordan man skal sikre kostnadskontroll og styring med prosjektet.*
4. *Styret ber om at saken fremlegges på nytt når forholdene som er påpekt er svart ut. Ny styresak fremlegges så snart som mulig og gjerne i et ekstraordinært styremøte.*

3. Faktabeskrivelse

Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF driver i dag felles legevakt i Storgata 40 som dekker både primærhelsetjenestens og spesialisthelsetjenestens ansvar i akuttkjeden. Virksomheten består av et bredt faglig tilbud og omfatter tradisjonell allmennlegevakt, observasjonspost, overgrepsmottak, psykiatrisk legevakt, skadelegevakt med en operativ virksomhet (både elektiv og akutt) og akutte psykososiale tjenester, inkludert døgnåpent sosialkontor og ambulantteam. Legevakten er et ledd i behandlingsskjeden med hovedoppgave å sortere (triagere) pasienten til det mest korrekte behandlingsnivået uten at pasienten merker omsorgsnivåene. Modellen har vist seg å fungere godt.

Planlegging av en ny felles storbylegevakt har pågått i flere år. Forprosjekt for etablering av ny storbylegevakt på Aker, hvor Oslo kommune/Omsorgsbygg KF er byggherre, ble ferdigstilt høsten 2018.

I juni 2018 ble styret orientert om at Oslo universitetssykehus HF har intensjon om å leie nødvendige lokaler for deler av sin virksomhet, primært ortopedisk poliklinikk og ortopedisk operasjonsavdeling, i den nye storbylegevakten etter samme modell som i dag. Videre ble det orientert om at det er planlagt å utarbeide en husleieavtale mellom partene når det foreligger mer nøyaktige beregninger av areal og kostnader. Oslo kommune forventer at Oslo

universitetssykehus skal forplikte seg til å dekke via husleie sin andel av de investeringer kommunen har for bygging av ny storbylegevakt. For å ha tilfredsstillende sikkerhet for investeringen dersom ny felles storbylegevakt bygges, er det av betydning for Oslo kommune å få avklart prinsipper for prising av kapitalelementet i husleien for den delen av bygget (om lag 60 %) som skal disponeres av Oslo universitetssykehus HF. Styret ga i styresak 44/2018 sin tilslutning for de prinsipper og betingelser for kapitalleien som det var oppnådd enighet om mellom partene. I tråd med vedtaket ble saken oversendt til Helse Sør-Øst RHF for videre behandling.

I sin behandling av saken september 2018 konstaterte styret i Helse Sør- Øst RHF at det er behov for en ny storbylegevakt og støttet at denne realiseres på Aker sykehus. Det ble også akseptert at finansieringen kan baseres på en leieavtale med mulighet for tilbakekjøp. Styret i Helse Sør Øst RHF var imidlertid ikke beredt til å realitetsbehandle prinsippene for leieavtalen, og administrasjonen i Helse Sør Øst RHF har bedt Oslo universitetssykehus HF om å fremlegge et tilstrekkelig beslutningsunderlag som tydeliggjør hvordan man skal sikre kostnadskontroll og styring med prosjektet. Helse Sør Øst RHF har bedt om at dette behandles i styret for Oslo universitetssykehus HF før saken på ny forelegges styret i Helse Sør-Øst RHF.

De forholdene som Helse Sør-Øst RHF har ønsket nærmere belyst er følgende:

- a) Hvordan sikre kostnadskontroll og styring med prosjektet jfr. vedtaks pkt.3 i styresak 078/2018 i Helse Sør Øst RHF
- b) Dimensjoneringsgrunnlag og investeringskalkylen sammenlignet med andre regionale prosjekter
- c) Mulighet for gjenkjøp etter 40 år

I etterkant av styrets vedtak i Helse Sør Øst RHF har det vært en gjennomgang av disse forholdene med deltakere fra Helse Sør Øst RHF, Sykehusbygg HF og Omsorgsbygg KF.

Når det gjelder pkt. a og c har det vært avholdt flere møter med Omsorgsbygg KF og de problemstillingene som er tatt opp er besvart skriftlig og vedlagt denne saken. Vedrørende pkt. b er disse forholdene gjennomgått med Sykehusbygg HF som også har vært representert i styringsgruppen for prosjektet. Nedenfor gis en nærmere redegjørelse av disse punktene.

a) Kostnadskontroll og styring med prosjektet

Oslo universitetssykehus HF skal via husleieordning dekke sin andel av de investeringer kommunen har for bygging av ny storbylegevakt. Finansieringen baseres på en finansiell leieavtale og Oslo universitetssykehus HF må derfor sikres reel mulighet til å styre og redusere økonomisk risiko slik at prosjektet holder kostnadsrammen.

I brev fra Omsorgsbygg KF datert 23.11.2018 med vedlegg, *Instruks for beslutningsprosessen i investeringsprosjekter*, og brev datert 21.01.2019 samt brev av 07.02.2019, gis en nærmere redegjørelse for Omsorgsbygg KF sin styrings- og gjennomføringsmodell for investeringsprosjekter. Det redegjøres også for hvordan Oslo universitetssykehus HF sikres mulighet for aktiv kostnadskontroll og styring med prosjektet. Oslo universitetssykehus og Helse Sør-Øst RHF er deltakere i prosjektets eierstyringsgruppe. I forprosjektfasen og senere i gjennomføringsfasen av prosjektet vil det avholdes månedlige eierstyringsmøter hvor det vil bli fremsendt for behandling og vedtak økonomirapporter som viser status og prognoser for

økonomien, usikkerheter i prosjektet, og tiltak for å redusere usikkerhet. Prosjektet er nå i forprosjektfase, og som del av forprosjektets sluttleveranser skal det utarbeides et styringsdokument for prosjektet i gjennomføringsfasen. Styringsdokumentet er som tidligere beskrevet gjenstand for ekstern kvalitetssikring (KS2). I styringsdokumentet skal prosjektets fullmaktstruktur beskrives, slik at det er omforent hvilke fullmakter prosjektledelsen har og hvilke saker som må forelegges eierstyringsgruppen for beslutning. Når det gjelder endringshåndtering skal dette beskrives på tilsvarende måte, slik at Oslo universitetssykehus og Helse Sør-Øst RHF sikres innflytelse på beslutningene. Styringsdokumentet vil også beskrive prosedyrer for søknad om utløsning av prosjektets usikkerhetsavsetning dersom dette skulle bli nødvendig. En søknad om utløsning av prosjektets usikkerhetsavsetning vil uansett måtte behandles i eierstyringsgruppen i tillegg til i styringslinjen i Oslo universitetssykehus og Helse Sør-Øst RHF før vedtak kan fattes av ansvarlig byråd.

Oslo kommune har gjennom mange år hatt et meget stort investeringsbehov basert på forventet vekst i byens befolkning. I økonomiplanperioden 2019-2022 er samlede vedtatte investeringer knyttet til investeringer i formålsbygg ca. 36 mrd. kroner. Investeringene planlegges og gjennomføres av Oslo kommunes fire eiendomsforetak som har lang og bred erfaring med gjennomføring av store og komplekse byggeprosjekter. Byggingen av Munchmuseet og nye Deichmanske bibliotek er eksempler på god styring og kontroll fra Oslo kommune sin side. Prosjektene er under bygging og følger vedtatt tidsplan og er så langt innenfor tildelte økonomiske rammer.

I Omsorgsbygg KF brev av 23.11.2018 redegjøres det for Oslo kommunes prosjektmodell (instruks for beslutningsprosessen i investeringsprosjekter, byrådssak 1038/14). Denne prosjektmodellen ble etablert i 2010/2011 og baserer seg på statens prosjektmodell. Prosjektmetodikken fokuserer på de samme hovedtemaene som er avgjørende for all virksomhetsstyring: Å definere klare mål og krav til resultater, oppfølging av budsjett, internkontroll, risikovurderinger, kompetansebygging og tydelighet i roller og ansvar.

Prosjektet ny Storbylegevakt som nå er i forprosjektfase, har inngått kontrakt med entreprenør Skanska som skal optimalisere, videreutvikle og ferdigstille forprosjektet. Samspillsentreprenør Skanska har erfaring fra Tønsberg prosjektet, beredskapssenteret og Karolinska sykehus som alle er/var samspillprosjekter. Prosjektet følger beste praksis for verdistyrt prosjektutvikling og har jevnlig erfaringsutvekslinger med de andre prosjektene.

I samspillsfasen som nå skal gjennomføres vil man få et detaljert kostnadsbilde med splitting av kostnader på ulike deler av prosjektet. Hensikten med valgt gjennomføringsmodell (bredt anlagt entrepris med tidlig involvering av entreprenør - samspill) er å redusere risikoen for fremdrifts- og kostnadsoverskridelser.

I samspillsfasen gjennomføres kostnadsreducerende tiltak for å sikre at prosjektet holdes innenfor fastsatte rammer. Som en del av beslutningsunderlaget som skal fremmes for politisk behandling for endelig vedtak om kostnadsramme for prosjektet og beslutning om gjennomføring vil det bli utarbeidet en kuttliste. Kuttlisten synliggjør tiltak som isolert sett ikke er ønskelige, men som ved gitte situasjoner kan bli nødvendig å gjennomføre, f.eks. ved større kostnadsoverskridelser under gjennomføringsfasen. Bruken av kuttlistor skal bidra til kostnadsbevissthet. De skal være teknisk og kontraktsmessig mulige å gjennomføre i en sen fase. Hvert kutt beskrives med estimert kostnadsbesparelse, siste tidspunkt tiltaket kan vedtas/gjennomføres og konsekvenser ved gjennomføring. I utgangspunktet er ingenting

beskyttet fra kuttlisten, men bl.a. tomt, regulering og fotavtrykket til bygget er det ikke mulig å sette på kuttlisten i denne fasen av prosjektet.

I tillegg til bruk av kuttlister skal kostnadskontroll sikres ved aktiv eierstyring underveis i prosjektet.

Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør Øst RHF er tilbudt to plasser i eierstyringsgruppen. I samspills- og gjennomføringsfasen vil det avholdes månedlige eierstyringsmøter. Til eierstyringsmøte vil det bli lagt frem månedlige statusrapporter for økonomi, risiko og initierte endringer. Representantene i eierstyringsgruppen fra Oslo universitetssykehus HF/Helse Sør Øst RHF er tilbudt endelig beslutningsmyndighet når det gjelder brukerinitierte endringer i egne arealer.

Kostnadsrammen og styringsdokumentet for dette prosjekt fastsettes endelig i budsjettbehandling høsten 2019 med vedtak i bystyret i desember 2019. Kostnadsrammen settes til P85. Operativ utfører, som er Omsorgsbygg KF, gis fullmakt gjennom styringsgruppen for prosjektet til å disponere innenfor en styringsramme på P50. Differansen mellom P50 og P85 er prosjektets usikkerhetsavsetning. Eventuell frigivelse av deler av usikkerhetsavsetningen skal behandles i styringslinjen i Oslo universitetssykehus og Helse Sør-Øst RHF før endelig vedtak kan fattes av ansvarlig byråd.

b) Dimensjoneringsgrunnlag og investeringskalkylen sammenlignet med andre regionale prosjekter

I 2008 ble det konkludert med at legevakten hadde for liten kapasitet. Dette ble den prosjektutløsende faktor og planlegging av ny legevakt startet. Arealstandardene som er benyttet i planlegging av Hovedfunksjonsprogrammet (HFP) og Delfunksjonsprogram (DFP) er nå vurdert og er ikke avvikende fra arealstandardene for nytt lokalsykehus på Aker, men justert i forhold til de tilpassede funksjonene¹.

I januar 2018 forelå det et skisseprosjekt med investeringskalkyle som omtalt i styresak 44/2018 og var beregnet til 3,163 milliarder kroner.

Første del av forprosjektet var ferdig 1. september 2018 og kalkylen ble da justert på grunn av endringer i areal, vesentlig som følge av brutto/netto-faktor til 3,344 milliarder kroner.

Tabellen under viser utviklingen av areal i løpet av planleggingsfasene, der det er lagt inn en beregnet brutto / nettofaktor:

	Nettoareal	Bruttoareal	b/n-faktor
HFP v4.0	10 532	-	
DFP	10 801	-	
Skisseprosjekt	10 640	23 193	2,18
Forprosjekt	10 070	25 339	2,52

For Oslo universitetssykehus HF er netto programareal tilnærmet det samme som i skisseprosjektet, med mindre innbyrdes justeringer mellom funksjonene og tilpasninger til planløsningene.

¹ Som eksempel på tilpasning nevnes at de planlagte operasjonsstuene på storbylegevakten er mindre enn de som er planlagt for nye Aker sykehus pga. tilpasning for den type inngrep som skal utføres på storbylegevakten.

Sykehusbygg HF har sammenlignet investeringskalkylene for ny Storbylegevakt med tilvarende regionale prosjekter som er gjennomført og er under planlegging herunder nytt sykehus i Drammen, nytt sykehus på Kalnes og nytt lokalsykehus på Aker. Sykehusbygg HF sin sammenligning viser at det for byggeridelen er om lag samme pris per kvm for ny Storbylegevakt som for øvrige sykehusprosjekter i Helse Sør Øst RHF.

c) Mulighet for gjenkjøp etter 40 år

I tidligere forhandlinger med Oslo kommune om prinsipper for leieberegning ble det fra sykehusets side foreslått en fleksibel gjenkjøpsmulighet. Oslo universitetssykehus HF vil få rett til å kjøpe sin andel av bygget til resterende kostpris når prosjektet er ferdigstilt, etter 10 år og etter 15 år. Oslo kommune ble i tillegg bedt om å vurdere mulighetene for at Oslo universitetssykehus HF kan overta sin andel av bygget etter 40 år. Konklusjonen har tidligere vært at kommunen ikke kan tilby utkjøpsklausuler utover det som er forhandlet frem. Oslo universitetssykehus HF har nå bedt kommunen revurdere dette standpunktet. Oslo kommune har svart ut 30.1.2019 og deretter i brev av 7.2.2019 at de er innstilt på å forsøke å komme frem til en løsning som ivaretar behovet til Oslo universitetssykehus HF for å få mulighet til å kjøpe ut del av eiendommen etter 40 år. I den forbindelse er det påbegynt arbeid med en intensjonsavtale som vil regulere dette nærmere når det gjelder vurdering av hvilke vilkår som skal gjelde. Det foreslås at dette diskuteres nærmere i forbindelse med forhandlingene om leiekontrakt for ny storbylegevakt. Leiekontrakten skal godkjennes av bystyret i Oslo kommune.

4. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Administrerende direktør legger til grunn at de prinsipper som er fremforhandlet og som fremgår av styresak 44-2018 knyttet til husleieordningen står ved lag. Denne saken berører følgelig bare forhold som eier Helse Sør-Øst RHF har ønsket ytterligere belyst før saken behandles av styrene på nytt.

Det vil alltid være risiko knyttet til gjennomføringen av store prosjekter. Det er derfor i et samarbeidsprosjekt av et slikt omfang mellom Oslo kommune og Oslo Universitetssykehus HF viktig at det er etablert klare prinsipper for eierstyring og kostnadskontroll. Fordi Oslo Universitetssykehus HF som i prosjektet ny Storbylegevakt via husleieordning skal finansiere en større andel av investeringene enn kommunen er det viktig å skape trygghet for at investeringsregimet i kommunen følger samme krav til planlegging, styring og kontroll, som er gjeldene for tilsvarende prosjekter som skjer i regi av spesialisthelsetjenesten. Oslo kommune har etter administrerende direktør sin vurdering dokumentert at investeringsprosjekter følger statens prosjektmodell og at deres investeringsregime har tydelige krav til planlegging, fullmakter og styring. Planlegging av prosjektet er underlagt ekstern kvalitetssikring, og styringen av prosjekter i kommunens regi gjennomføres etter de prinsipper som er avgjørende for all god virksomhetsstyring, og som i stor grad samsvarer med slik tilsvarende prosjekter gjennomføres i Oslo universitetssykehus og Helse Sør-Øst RHF regi.

For Oslo universitetssykehus HF skal kostnadskontroll også sikres med aktiv deltakelse i eierstyringen av prosjektet. Dette sikres blant annet med bruk av kuttlistor og fullmakter til å beslutte alle endringer i forhold til de arealene som skal disponeres av Oslo Universitetssykehus HF. Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør Øst RHF er nå tilbudt to plasser i eierstyringsgruppen, og disse vil ha endelig beslutningsmyndighet i forhold til endringer i arealer som skal benyttes av Oslo universitetssykehus HF. Oslo

universitetssykehus HF oppfatter at begge parter har samsvarende fokus på og behov for kostnadskontroll i dette prosjektet.

Oslo kommune har bekreftet at OUS/HSØ sitt behov for formelle beslutninger når det gjelder utløsning av usikkerhetsavsetning tas inn i styringsdokumentet for prosjektet. Administrerende direktør legger derfor til grunn at det i forbindelse med utarbeidelse av styringsdokumentet for prosjektet vil bli tatt inn prosesskrav som samsvarer med fullmaktsbestemmelsene i Helse Sør- Øst RHF for utløsning av usikkerhetsavsetning fra P50 til P85. Styringsdokumentet vil bli utarbeidet i egen prosess mellom Oslo Universitetssykehus HF og Oslo kommune som en del av slutføringen av forprosjektet og vedtas av bystyret i forbindelse med vedtak om gjennomføring av prosjektet.

Eierstyringsgruppen vil følgelig ikke inneha fullmakt til å benytte usikkerhetsavsetningen for prosjektet uten at dette er på forhånd behandlet i styringslinjen i Oslo universitetssykehus og Helse Sør-Øst RHF og deretter godkjent av ansvarlig byråd.

Når det gjelder dimensjonering av lokaler i ny Storbylegevakt er disse ikke avvikende fra arealstandardene for nytt lokalsykehus på Aker, men justert i forhold til de tilpassede funksjonene som vil være gjeldene for Storbylegevakt. Prosjektkalkylen som foreligger i forprosjektet viser at kostnadene for bygget vil være på samme nivå som for nytt sykehus i Drammen og på Aker. Administrerende direktør forutsetter at det i samspillsfasen som nå starter, vil gjennomføres kontinuerlig kostnadsreducerende tiltak slik Oslo kommune har beskrevet. Kuttlistene som utarbeides inngår som en del av beslutningsunderlaget som skal fremmes for politisk behandling og endelig vedtak om kostnadsramme for prosjektet.

Det er prinsipielt viktig for Oslo universitetssykehus HF å sikre rettigheten til å kjøpe ut sin andel av bygget. I prosessen som nå er gjennomført har Oslo kommune i tillegg blitt bedt om å vurdere mulighetene for at Oslo universitetssykehus HF kan overta sin andel av bygget etter 40 år, når kapitalleien er nedbetalt. I den lange perioden som bygget nedskrives over, vil det bli gjort investeringer/oppgraderinger av byggets infrastruktur. Disse vil ha en restverdi ved en overtagelse etter 40 år.

Administrerende direktør er fornøyd med at Oslo kommune har svart ut at de er innstilt på å forsøke å komme frem til en løsning som imøtekommer anmodningen og at en intensjonsavtale mellom partene regulerer dette.

Administrerende direktør mener at denne saken svarer ut de forhold som Helse Sør Øst RHF har bedt om og supplerer styresak 44/2018 for å danne et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag, jf. Helse Sør Øst RHF sitt vedtak av 13.9.2018.

Adresseinformasjon fylles inn ved ekspedering. Se mottakerliste nedenfor.

Omsorgsbygg Oslo KF

Postadresse: Postboks 2773 Solli, 0204 Oslo
Besøksadresse: Sommerrogata 1

Sentralbord: 23 48 80 00
E-post: postmottak@oby.oslo.kommune.no
Org.nr. 985 987 246

www.omsorgsbygg.oslo.kommune.no

Unntatt offentlighet

Jfr. Offl § 23 første ledd

Dokumentdato: 23.11.2018

Deres ref:	Vår ref.:	Saksbehandler:	Arkivkode:
	18/00742-4	Anja Enge, 982 27 425	174

VIDERE OPPFØLGNING AV MØTE 05.11.2018

Det vises til møte avholdt 5. november, hvor fremtidig kostnadskontroll i storbylegevaktprosjektet ble diskutert med utgangspunkt i styrevedtaket fra Helse Sørøst.

Innledningsvis bemerkes at Omsorgsbygg opplever at Oslo kommune og Oslo Universitetssykehuset har samsvarende fokus på og behov for kostnadskontroll i dette prosjektet.

Nedenfor følger en nærmere redegjørelse for Oslo kommunes kostnadskontroll i prosjektet «Oslo storbylegevakt», samt et forslag til hvordan OUS kan sikres involvering i kostnadskontrollen og kontroll over endringer på eget område.

Investeringsprosjekter i Oslo kommune er underlagt et eget investeringsregime som følger av instruks for beslutningsprosessen i investeringsprosjekter, byrådssak 1038/14, se [vedlegg 1](#).

Investeringsinstruksen tydeliggjør krav til beslutninger og beslutningsunderlag i Oslo kommunes investeringsprosjekter. Den beskriver videre prosessene fra prosjektinitiering til endelig beslutning om kostnadsramme.

Investeringsprosjekter skal gjennomgå to faser før prosjektet besluttes gjennomført. I første fase, konseptvalgutredningen, skal behov og mulige alternativer utredes og et alternativ anbefales. I andre fase, forprosjektfasen, skal man planlegge gjennomføring av prosjektet og estimere behov for bevilgning for det valgte alternativet. I begge fasene skal beslutningsgrunnlaget kvalitetssikres. Prosjektet er nå i andre fase, forprosjektfasen.

Forprosjekt del 1 er ferdigstilt. Dette beskriver rammene for prosjektet, og det er utarbeidet en kostnadskalkyle som har gjennomgått en intern usikkerhetsanalyse.

Prosjektet var igjennom KS1 i april 2016. KS1 ble gjennomført av Holte Consulting. På dette tidspunktet var estimert kostnadsramme for prosjektet (P85) på kr 4,162 milliarder. Utviklingen av antatt kostnadsbilde f.o.m KS1 (som var grunnlaget for samarbeidsavtalen om forprosjekt inngått mellom OUS og EHA) og frem til nå, følger vedlagt, se vedlegg 2. Oppdatert kostnadsramme er nå estimert til kr 3,344 milliarder (P85).

Det følger av investeringsinstruksen at kontraktstrategi for prosjektet skal besluttes i forprosjektfasen. For Oslo storbylegevakt er det valgt som kontraktmodell totalentreprise med foregående samspill med entreprenør. Rammene som følger av forprosjektet (fotavtrykk og funksjoner) vil danne grunnlaget for samspillsfasen med entreprenør, som er planlagt startet opp i januar 2019. Hovedfokus i denne fasen vil være optimalisering og videreutvikling av forprosjektet, herunder utvikling av tekniske løsninger for å ivareta funksjonene som er beskrevet. I tillegg vil man få et detaljert kostnadsbilde med splitting av kostnader på ulike deler av prosjektet (hhv eksklusive arealer for OUS, eksklusive arealer for Helseetaten og fellesarealer).

Kostnadsbildet vil bli grundig gjennomarbeidet gjennom samspillsfasen, noe som vil føre til mindre fremtidig usikkerhet og dermed et godt grunnlag for fremtidige budsjettvedtak. Når samspillsfasen er gjennomført, vil forprosjektet ferdigstilles og kvalitetssikres (KS2).

Nedenfor redegjør vi nærmere for denne kvalitetssikringen, KS2, samt for eierstyringen av prosjektet.

KS2 – ekstern kvalitetssikring av forprosjekt

Prosjektet Oslo Storbylegevakt er av en slik størrelse at investeringsinstruksen stiller krav til en ekstern kvalitetssikring. Den eksterne kvalitetssikringen (KS2) gjennomføres og ferdigstilles når endelig forprosjekt med tilhørende styringsdokument foreligger og skal ende opp i en tilrådning fra ekstern kvalitetssikrer om styringsramme (P50) og kostnadsramme (P85) for prosjektet.

Endelig forprosjekt skal etter gjeldende fremdriftsplan ferdigstilles i juni 2019 og ekstern kvalitetssikring skal etter gjeldende fremdriftsplan ferdigstilles i august 2019. Den eksterne kvalitetssikringen omhandler blant annet utarbeidelse av kostnads- og usikkerhetsanalyser med innspill fra prosjektet og overordnede byrådsavdelinger i Oslo kommuner. Det forutsettes at Oslo Universitetssykehus deltar i dette arbeidet. Ekstern kvalitetssikrers anbefalte styrings- og kostnadsrammer legges til grunn for den videre behandlingen av investeringen.

Det fremgår videre av investeringsinstruksen at når forprosjekt er gjennomført, styringsdokument foreligger og KS2 er gjennomført, skal byrådet foreslå bevilgning. Endelig bevilgning blir vedtatt i bystyret i Oslo kommune, enten gjennom ordinær budsjettbehandling eller fremsendelse av egen sak for bystyret. Bystyrets bevilgning til et investeringsprosjekt er basert på kostnadsrammen (P85).

Eierstyringen

Deltakelsen fra OUS / Helse Sørøst, har hittil i prosjektet vært gjennomført via medvirkningsforum som har hatt ukentlige møter vedr byggets funksjoner, avklaringsforum som har behandlet uavklarte saker fra medvirkningsforum, samt referansegruppen som har mottatt informasjon om milepæler i prosjektet og sørget for forankring i sine respektive organisasjoner. I tillegg har det vært månedlige møter mellom prosjektledelsen og eiendomsavdelingen i OUS. Dette videreføres i samspillsfasen.

Kommunen har i forbindelse med forhandlingene med OUS, tilbudt at OUS i gjennomføringsfasen gis en plass i eierstyringsgruppen. Eierstyringsgruppen ledes av Omsorgsbyggs administrerende direktør og består av representanter fra Omsorgsbygg og Byrådsavdeling for eldre, helse og arbeid (EHA) som overordnet bestiller.

For å sikre OUS full tilgang til all informasjon i prosjektet samt involvering i eventuelle avgjørelser, ønsker kommunen også å tilby OUS en plass i eierstyringsgruppen fra oppstart av samspillsfasen.

I samspills- og gjennomføringsfasen skal det holdes månedlige eierstyringsmøter, hvor det vil bli lagt frem økonomirapporter som viser status og prognoser for økonomien og usikkerhetene i prosjektet.

Rammene for finansiering av prosjektet vedtas som nevnt basert på kostnadsrammen P85. Prosjektet vil imidlertid ikke kunne benytte usikkerhetsavsetningen som ligger mellom styringsramme P50 og kostnadsramme P85, uten at det behandles gjennom eierstyringsgruppen som avklarer dette videre i Omsorgsbyggs styringslinje.

En plass for OUS i eierstyringsgruppen vil sikre at OUS til enhver tid har oppdatert informasjon om utviklingen av økonomien i prosjektet.

I gjennomføringsfasen er det ønskelig at brukerinitierte endringer begrenses i størst mulig grad. Slike endringer vil det ikke bli tatt høyde for i forbindelse med bystyrets finansieringsvedtak. Det betyr at den part som eventuelt ønsker å bestille en endring, må sørge for finansiering av denne utenfor prosjektets økonomiske rammer. Endringer som ikke er brukerinitierte, vil f. eks. relatere seg til bygg, byggmetodikk, materialvalg osv. Ettersom det i gjennomføringsfasen inngås en totalentreprisekontrakt, vil denne typen endringer være begrenset til det som ikke allerede er omfattet av kontrakten med forutgående beskrivelser, og vil følge endringsregimet i NS-8407 med den oversikt og kontroll dette gir.

Det forutsettes fra Oslo kommunes side, at vedkommende som representerer OUS i eierstyringsgruppen har nødvendige fullmakter til å kunne ta eventuelle beslutninger om endringer i prosjektet. Dersom det er ønskelig, kan det inngås en egen avtale som sikrer at representanten fra OUS som sitter i eierstyringsgruppen, alene har endelig beslutningsmyndighet når det gjelder brukerinitierte endringer i egne arealer.

Videre prosess

Vi håper at denne redegjørelsen kan bidra til at OUS kan legge frem tilstrekkelig beslutningsunderlag som tydeliggjør hvordan man sikrer kostnadskontroll og styring med prosjektet, jf. vedtak av 13.09.2018 fra styret i Helse Sørøst. Vi ber om en tilbakemelding på om det er behov for ytterlige avklaringer fra kommunens side. Videre ber vi om tilbakemelding på om prinsippene for beregning av kapitalleie kan behandles i foretaksmøte i januar, slik som antatt i våre diskusjoner i møtet 5. november.

Som vi redegjorde for i møtet 5. november har Oslo kommune også behov for en bekreftelse på at forprosjektet slik det nå foreligger, med fotavtrykk og funksjoner, kan danne grunnlag for kommende samspillsfase med entreprenør.

Oslo kommune vil etter endt forprosjekt og ferdigstilling av KS2, og før fremsendelse av behandling for bystyret, ha behov for en endelig bekreftelse på at kostnadsrammen (P85) tilhørende arealene som bygges for OUS (inkl. fellesareal) er godkjent av kompetent organ for OUS.

Med hilsen

Jon Søland
fungerende administrerende direktør

Anja Enge
juridisk rådgiver

Vedlegg: 2

Godkjent og ekspedert elektronisk



INSTRUKS FOR BESLUTNINGSPROSESSEN I INVESTERINGSPROSJEKTER

Sammendrag:

Byrådet gis i økonomireglementet fullmakt til nærmere å fastsette kravene til beslutningsunderlag for investeringer. Byråden for finans legger i denne saken frem forslag til *Instruks for beslutningsprosessen i investeringsprosjekter* for å tydeliggjøre byrådets krav til beslutninger og beslutningsunderlag i investeringsprosjektene. Instruksen omfatter prosessene fra prosjektinitiering, fram til byrådet gir sin tilrådning om kostnadsramme og bevilgning, og formell avslutning av prosjektet gjennom godkjenning av sluttrapport.

Investeringsprosjekter skal gjennomgå to faser før prosjektet besluttes gjennomført. I første fase, konseptvalgutredningen, skal behov og mulige alternativer, samt foreløpig kontraktstrategi, utredes, og et alternativ anbefales. I forprosjektfasen skal man planlegge gjennomføring og estimere behov for bevilgning for det valgte alternativet. I begge fasene skal beslutningsunderlaget kvalitetssikres.

Felles kravspesifikasjoner for Oslo kommune, som i dag ligger til grunn for investeringer i formålsbygg, skal utarbeides og vedtas av byrådet.

Det er utviklet en prosjektmetodikk med en rekke veiledere og maler, herunder en veileder for mindre investeringsprosjekter.

Saksfremstilling:

Bakgrunn

I økonomireglementet for 2010 ble det vedtatt en ny Instruks for investeringer. Begrunnelsen for den nye instruksen var todelt:

- a) At planene måtte få en bedre kvalitet før byrådet kunne innstille overfor bystyret å vedta et prosjekt og bevilge midler
- b) At politisk ledelse skulle få en reell mulighet til å påvirke hvilke alternativer som skal utredes og kravene til disse

Oslo kommune har et meget stort investeringsbehov basert på forventet vekst i byens befolkning. Kommunen skal totalt investere for 30 mrd. i økonomiplanperioden 2014-2017. I Økonomireglementet kap. 4.1 heter det:

"For alle investeringsprosjekter, både bykasseinvesteringer og investeringer i regi av et kommunalt foretak, skal det foreligge et beslutningsgrunnlag som er tilstrekkelig kvalitetssikret før prosjektet vedtas. Kravet til beslutningsgrunnlag vil kunne variere ut fra type investering, kompleksitet/usikkerhet og økonomisk omfang."

Det er utviklet en prosjektmetodikk med tilhørende veiledere og maler, publisert på kommunens intranettsider. Metodikken skal sikre at det er den riktige løsningen som blir valgt. Det innebærer at det skal vurderes alternative løsninger og gjennomføringsmodeller i en kvalitetssikret konseptvalgutredning. For det valgte alternativet skal det i forprosjektfasen utarbeides og kvalitetssikres et styringsdokument som angir rammebetingelsene, hva som skal leveres, budsjettbehov og hvordan prosjektet skal styres og følges opp.

Prosjektmetodikken fokuserer på de samme hovedtemaene som er avgjørende for all virksomhetsstyring; å definere klare mål og krav til resultater, oppfølging av budsjett, internkontroll, risikovurderinger, kompetansebygging og tydelighet i roller og ansvar. Ansvarlig virksomhetsleder og byrådsavdeling må være sikre på at det er tilstrekkelig kvalitet i det som leveres.

Avgrensning av sakens innhold

Det gjøres mye arbeid knyttet til opprettholdelse av kommunens bygningsmasse som ikke faller inn under Instruks for beslutningsprosessen i investeringsprosjekter. Eksempler er arbeid knyttet til forvaltning, drift og vedlikehold (FDV), som mindre rehabilitering og vedlikehold av bygg, utskifting av vinduer eller toaletter, innvendig oppussing, skifte av tak, osv. Dette gjøres normalt som en del av rullerende og planlagt vedlikehold. Arbeidet finansieres gjennom husleie på byggene som forvaltes av foretakene.

Noen ganger gjennomføres det også større prosjekter innenfor denne rammen, som superkuber på skoler eller standardiserte barnehager. Der det benyttes standardløsninger må det i hvert tilfelle vurderes om det er særskilte forhold, for eksempel grunnforhold, som gjør at prosjektet skal behandles som et investeringsprosjekt. Det er byrådsavdelingens ansvar å stille krav til gjennomføring som investeringsprosjekter, og vurderingen av hva som skal gjennomføres som investeringsprosjekter gjøres i byrådsavdelingen.

Rene anskaffelser, for eksempel nye skilt eller kontormøbler, oppgradering av rør i en gitt bygning, oppgradering av lekeplass, osv, er ikke å regne som investeringsprosjekter.

Krav til kvalitetssikring av mindre investeringsprosjekter

Det er virksomhetens ansvar å etterse at den grunnleggende metoden følges, og det skal kunne dokumenteres at dette er gjort. Det er utarbeidet egne veiledere og maler for små prosjekter som beskriver krav til dokumentasjon og gjennomføring. Overordnet bestiller (byrådsavdelingen som har ansvar for behovet) definerer hvorvidt et prosjekt er å anse som et mindre prosjekt og hvorvidt man skal gjennomføre forenklet eller full prosess og dokumentasjon. Små prosjekter preges normalt av begrenset risiko og kompleksitet, samt begrenset beløpsmessig størrelse. Omfanget av de ulike fasene i investeringsprosessen tilpasses, men den grunnleggende metodikken i investeringsregimet skal følges også for mindre investeringsprosjekter. Omfanget av det arbeid som gjøres og dokumentasjonen som utarbeides skal reflektere prosjektets risiko og vesentlighet. Det innebærer et krav om kvalitetssikring, men denne kan utføres av interne ressurser der det åpnes for det i bestillingen. Mulighet for tilpasning gjelder også krav om LCC beregninger ved vurdering av ulike alternativer i konseptvalgutredningen, samt krav til sluttrapport.

Krav til kvalitetssikring av større investeringsprosjekter

Det er gjort en vurdering av investeringsprosjekter i vedtatt økonomiplan, og på bakgrunn av dette settes grensen for når det skal gjennomføres *ekstern* kvalitetssikring (KS1 og KS2) til P50 = 200 millioner kroner eller mer inkludert merverdiavgift. P50 betyr at det er 50 % sjanse for at prosjektet blir billigere enn estimert, og 50 % sjanse for at det blir dyrere. Dette skal ikke oppfattes som en absolutt beløpsgrense, men må vurderes nærmere

av byrådsavdelingene i det enkelte tilfelle. I den forbindelse må bl.a. kompleksiteten i prosjektene vurderes. Dersom det er et komplekst prosjekt på et område hvor man har lite erfaring, og hvor det foreligger klare risikoforhold som kan påvirke kostnader eller tid, kan det være behov for å ha ekstern kvalitetssikring også når investeringsbeløpet er lavere enn 200 mill. kroner.

Ansvarlig byrådsavdeling må sikre seg at beslutningsunderlaget er så godt at byrådsavdelingen kan innestå for at prosjektet med 85 % sannsynlighet (P85) kan gjennomføres innenfor kostnadsramme, tid og med beskrevet kvalitet. Byrådsavdelingen ivaretar sitt strategiske ansvar gjennom de føringer som legges i bestillinger på enkeltprosjekter eller fullmakter som tildeles det operative nivået i virksomhetene.

Ved ekstern kvalitetssikring skal kvalitetssikrers tilrådte styrings- og kostnadsramme legges til grunn for den videre behandlingen av investeringen. Kvalitetssikrers andre tilrådninger skal også vurderes og kommenteres. Oppdatert styringsdokument med kostnadsramme oversendes berørte byrådsavdelinger. Ved intern kvalitetssikring skal også kvalitetssikrers tilrådte styrings- og kostnadsramme legges til grunn. Dersom man avviker fra dette skal det begrunnes.

Det forutsettes at metodikken også nyttes for prosjekter der Oslo kommune stiller med en vesentlig del av finansieringen, eksempelvis samferdselsprosjekter.

Kostnadsrammer og disponering av usikkerhetsavsetning i investeringsprosjekter

Bystyrets bevilgning til et investeringsprosjekt er basert på det estimerte beløpet på P85. Det betyr at det er 85 % sannsynlighet for at investeringen kan gjennomføres innenfor den kostnadsrammen. Beløpet fastsettes gjennom en grunnkalkyle og en usikkerhetsanalyse. Operativ utfører får disponere en styringsramme som tilsvarer P50, det vil si at det er like stor sannsynlighet for at prosjektet blir billigere som at det blir dyrere. Differansen mellom P50 og P85, usikkerhetsavsetningen, disponeres av byrådet i henhold til økonomireglementets Instruks for investeringer. Når et prosjekt er ferdigstilt, tilbakeføres ubrukt del av bevilgningen til bykassen på bakgrunn av sluttrapport for prosjektet, ref Rundskriv 22/2006.

Det foreslås i denne saken at byråden som ivaretar rollen som Overordnet utfører får fullmakt til å disponere usikkerhetsavsetningen og fordele denne etter anmodning fra ledelsen for virksomheten som ivaretar rollen som Operativ utfører.

I tillegg til beregninger av kostnadene knyttet til selve investeringen, skal det også beregnes levetidskostnader for investeringen. Dette skal være en del av beslutningsunderlaget, både ved vurdering av ulike alternativer i konseptvalgutredningen, og ved bevilgning etter forprosjekt. Dette skal tydeliggjøre hvilke langsiktige økonomiske konsekvenser prosjektet vil ha for kommunens økonomi og hvilke bindinger man forplikter seg til.

Sluttrapportering av investeringsprosjekter

I dag reguleres sluttrapportering av bygg- og anleggsprosjekter gjennom *Instruks for avleggelse av sluttrapporter for bygg- og anleggsprosjekter*, byrådsvedtak 1128/06. Gjeldende instruks stiller krav om godkjenning av sluttrapporter hos byrådet for bygg- og anleggsprosjekter helt ned til 10 millioner. Det legges til grunn at alle typer investeringsprosjekter skal omfattes av krav til sluttrapport, ikke begrenset til bygg og anlegg. I denne saken foreslås å oppheve denne spesifikke instruks, da kravet er tatt inn i forslag til Instruks for beslutningsprosessen for investeringsprosjekter. Det foreslås å delegere myndighet til den enkelte byråd som ivaretar rollen som Overordnet utfører å

godkjenne sluttrapporter med sluttregnskap mindre enn 200 millioner inkludert mva. For prosjekter som utføres av foretak godkjennes sluttrapporter av foretakets styre.

Offentlig-Privat Samarbeid (OPS)

Offentlig-privat samarbeid er en prioritert gjennomføringsmodell for investeringsprosjekter, ref byråds sak 217/10. Det er en forutsetning for gjennomføring som OPS at prosjektet eger seg. Kriterier for å vurdere om OPS er egnet er for eksempel hvorvidt risiko kan identifiseres og fordeles på en hensiktsmessig måte mellom kommunen og utbygger, i hvilken grad det er et marked for den type prosjekter, om reguleringsrisikoen er tilstrekkelig lav, samt livssyklus kostnader for investeringen. Vurderingen av alternativer og gjennomføringsmodeller skal baseres på beregninger av forventet levetidskostnad (også kalt livssyklus kostnad eller life cycle cost LCC) for de ulike alternativene, inkludert forhold i de aktuelle gjennomføringsmodellene som påvirker kontantstrømmen for investeringen, som investeringskostnad, FDV-kostnader, kapitalkostnader og restverdi. For å unngå at kommunen selv gjør arbeid som skal være leverandør sitt ansvar, for eksempel prosjektering, skal konseptvalgutredningen ikke detaljere løsninger knyttet til utforming av bygg eller andre prosjekteringsoppgaver.

Ved OPS er det bestillerrollen ved Overordnet (byrådsavdeling) og Operativ bestiller (etat eller bydel) som har ansvaret for å utvikle styringsdokumentet, samt kontraktstrategi og konkurransegrunnlag. Overordnet bestiller ved byrådsavdelingen skal ivareta de overordnede strategiske føringene, mens Operativ bestiller skal utvikle kontraktstrategi og konkurransegrunnlag basert på føringene fra Overordnet bestiller.

Felles kravspesifikasjoner for Oslo kommune (FKOK)

Investeringsomfanget til Oslo kommune gjør det nødvendig med stram styring av hvilke overordnede krav som legges til grunn for det enkelte investeringsprosjekt. Med krav menes for eksempel miljøkrav som passivhus, krav knyttet til standard på utforming og størrelse på sykehjemsplasser, utforming og størrelse på skoler, minstekrav til utearealer, osv. De kravene som stilles i et investeringsprosjekt, har avgjørende betydning for hvilke utgifter investeringen vil medføre. De funksjonelle kravene som stilles i det enkelte prosjekt vil være likelydende uavhengig av hvilken kontraktstrategi som velges i prosjektet.

Det foreslås i denne saken at investeringsprosjektene til Oslo kommune på ulike kategorier formålsbygg skal bygge på basiskrav som finnes i:

- Lov / forskrift
- Tekniske standarder
- Føringer vedtatt av bystyret og byrådet
- Normer fastsatt gjennom overordnede politiske eller administrative føringer
- Tilskudd som kommunen ønsker å motta (for eksempel Husbanken)
- Andre relevante regler

Dette er ”skal-krav”, det vil si krav som det valgte konseptalternativet *må* oppfylle. Disse vil være felles for den enkelte type formålsbygg. I tillegg til de overordnede og gjennomgående kravene, må det utarbeides krav i det enkelte prosjekt knyttet til tilpasninger til tomt, reguleringsmessige forhold, spesielle utfordringer med adkomst, og eventuelle andre eiendomsspesifikke krav.

Det er nødvendig å videreutvikle kommunens felles kravspesifikasjoner for å unngå unødige kostnadsdrivende krav i prosjektene. Det innebærer at det kun skal inkluderes entydige ”skal-krav”. Felles kravspesifikasjoner skal kun omfatte det som er unikt for Oslo kommune, og det må etableres eierskap og sporbarhet for de enkelte kravene. Som et

første ledd i arbeidet, foreslås det å revidere Felles kravspesifikasjoner for de ulike kategorier formålsbygg. Noen krav vil være gjennomgående, mens andre gjelder eksklusivt for enkelte kategorier formålsbygg. Felles funksjonelle kravspesifikasjoner skal benyttes i alle investeringsprosjekter uavhengig av kontraktstrategi. Felles kravspesifikasjoner skal vedtas av byrådet.

Dersom Overordnet bestiller (byrådsavdelingen) i et spesifikt prosjekt ønsker å fravike kravspesifikasjoner og overordnede føringer byrådet har vedtatt, skal avvikene godkjennes av byrådet. Prosjektspesifikke krav skal ikke godkjennes av byrådet men være forankret hos bestiller. Overordnede og strategiske vurderinger skal gjøres i byrådsavdelingen. Overordnet bestiller skal ikke være operativ i de enkelte prosjektene, men ha fokus på at de forhold som skal sikre god behovsoppfyllelse belyses og behandles i bestillingsarbeidet og plangrunnlaget.

Dersom det oppstår interne målkonflikter i et prosjekt, skal kostnader ha prioritet foran tid og omfang/kvalitet, med mindre byrådet har akseptert en annen prioritering. Prosjekter skal prosjekteres med en målsetning om å oppnå lavest mulig livssyklus-kostnad (LCC) innen rammen av gjeldende bystyrevedtak om miljøkrav m.v.

Sammenhengen mellom reguleringsprosessen og investeringsprosessen

Reguleringsprosessen og investeringsprosessen må sees i sammenheng. Det er utarbeidet en veileder for hvordan Plan- og bygningsetaten allerede i konseptvalgfase kan trekkes inn for å vurdere reguleringsrisikoen ved forskjellige alternativer. For prosjekter der ferdigstillelsesfristen er viktig, bør tomtealternativer med høy reguleringsrisiko unngås. Dersom tid er styrende for et prosjekt, kan man ikke velge alternativer som vil medføre innsigelser fra Riksantikvaren, veimyndighetene eller andre statlige instanser. Det er derfor svært viktig at reguleringsprosjekt blir godt nok utredet i konseptvalgutredningen. I motsatt fall risikerer man å velge et alternativ hvor man må velge fordyrende løsninger for å unngå innsigelser. I forprosjektfasen må det settes av tilstrekkelig tid i prosjektplanen for å sikre at reguleringsprosessen blir god i forhold til prosjektets målsetninger om kost, tid og kvalitet.

Byrådets vurdering

Byrådsavdelingene skal ivareta det overordnede, strategiske perspektivet på investeringer og investeringsportefølje. For å ivareta dette er det viktig å reindyrke byrådsavdelingene som overordnet nivå.

Byrådsavdelingene har sentrale oppgaver på følgende tidspunkt i investeringsprosessen:

- a) Ved prosjektinitiering gjennom bestilling og ved påfølgende oppfølging og avklaringer underveis i utarbeidelsen av prosjektdokumentasjonen, ved rapportering og i styringsdialogen som ledd i virksomhetsstyringen. Byrådsavdelingen skal ivareta overordnet og strategisk perspektiv på den enkelte investering og investeringsporteføljen som helhet for sin sektor.
- b) Når konseptvalgutredningen er utarbeidet og KSI er gjennomført skal valg av konsept forankres hos byråden, som samtidig vurderer om byrådet skal involveres i beslutningen. Underveis i utredningsarbeidet involveres byrådsavdelingen gjennom forankring av behov, mål, krav og grovsortering av alternativer, gjennom avklaringer, ved rapportering og i styringsdialog som ledd i virksomhetsstyringen. Byrådsavdelingen skal bidra til og gjøre seg kjent med prosjektenes usikkerhetsbilde. I prosjekter med høy risiko eller hvor P50 = 200 millioner eller mer inkl mva, skal byrådsavdelingen delta i usikkerhetsanalysen. Usikkerhetsbildet for prosjekter skal formidles til politisk nivå ved beslutningspunktene.

Beslutningen om å videreføre det valgte konseptet inn i en forprosjektfase gis i form av et oppdrag om forprosjekt.

- c) Når forprosjekt er gjennomført, styringsdokumentet foreligger og KS2 er gjennomført foreslår byrådet bevilgning. Underveis i arbeidet med forprosjektet involveres byrådsavdelingene gjennom forankring av delbeslutninger, avklaringer, ved rapportering og i styringsdialog som ledd i virksomhetsstyringen. I prosjekter med høy risiko eller hvor P50 = 200 millioner eller mer inkl mva, skal byrådsavdelingen delta i usikkerhetsanalysen. Usikkerhetsbildet for prosjekter skal formidles til politisk nivå ved beslutningspunktene.
- d) Når prosjektet er ferdig gjennomført og sluttrapport utarbeidet, skal sluttrapporten for prosjektet godkjennes. Den enkelte virksomhet skal ha en oversikt over pågående og ferdigstilte prosjekter.

Ifølge Økonomireglementet skal byrådet avgjøre hvilket konsept som skal utredes videre i et forprosjekt. Det foreslås å delegere til byråder med ansvar som Overordnet bestiller å fatte en slik avgjørelse. Det er bestiller som skal gi føringer om bl.a. hvilke funksjonelle krav som skal oppnås, hvilken styringsramme som er akseptabel som grunnlag for husleien, fristen for når prosjektet må være ferdig osv.

Kommunens erfaringer så langt med investeringsprosjekter viser at det i brukermedvirkningsprosessen ofte fremkommer krav/ønsker om endringer som utgjør vesentlige kostnadsdrivere. Det foreslås at Operativ bestiller har ansvaret for prosessene med brukermedvirkning. Det forutsettes at medvirkningen gjennomføres innenfor de økonomiske rammer som er fastsatt. En viktig forutsetning er at eventuelle endringer/ønsker i forhold til prosjektet ikke skal medføre behov for økt kostnadsramme.

Byrådet tar sikte på å etablere incitamenter for å sikre kostnadseffektive formålsbygg. For skolesektoren er dette implementert i nyere investeringsprosjekter, og dette vil også etableres for andre typer formålsbygg.

Økonomiske og administrative konsekvenser

Saken har ingen direkte økonomiske konsekvenser.

Rapporteringsordning

Det vurderes ikke å være behov for egne rapporteringsordninger. Rapportering ivaretas gjennom de ordinære rapporteringsordningene.

Vedtakskompetanse

Byrådet er i henhold til byrådsreglementet § 3-1 fjerde ledd, endret 19.2.2003, sak 53, delegert myndighet til å vedta administrative regelverk som omhandler støttefunksjoner for administrasjonen. Byrådet er i Økonomireglementets kap. 4 Instruks for investeringer, pkt 4.1.2 gitt fullmakt til å definere nærmere bestemmelser vedrørende deler av disse prosessene. *Instruks for beslutningsprosessen i investeringsprosjekter* vurderes å ligge innen rammen av disse fullmaktene.

Byråden for finans innstiller til byrådet å fatte følgende vedtak:

1. Byrådet vedtar Instruks for beslutningsprosessen i investeringsprosjekter.

Instruks for beslutningsprosessen i investeringsprosjekter

Denne instruksjonen inngår i budsjettprosessen og fastsetter obligatoriske bestemmelser om utredning og beslutninger knyttet til investeringsprosjekter, jf Økonomireglementets kapittel 4, *Instruks for investeringer*. Instruksjonen fastsetter roller og ansvar i prosessen.

1. Formål og virkeområde

1.1 Formål

Formålet med instruksjonen er:

- a) å sikre gode og kostnadseffektive beslutningsprosesser for kommunens investeringer
- b) å sikre et tilstrekkelig beslutningsunderlag for kommunens investeringer
- c) å tydeliggjøre krav til beslutningsprosessen og beslutningsunderlaget for kommunens investeringer

1.2 Virkeområde

Instruksjonen gjelder for:

- a) alle investeringer i Oslo kommune, for eksempel formålsbygg, infrastruktur, kulturbygg, IKT og idrettsanlegg
- b) samtlige virksomheter som er del av Oslo kommune som juridisk enhet

Instruksjonen gjelder ikke for:

- a) løpende forvaltning, drift og vedlikehold
- b) mindre oppgraderinger og innkjøp

Omfanget av de ulike fasene i investeringsprosessen kan tilpasses og skal reflektere prosjektets risiko og vesentlighet.

1.3 Veiledere og maler / Prosjektmetodikk

- a) Byrådsavdeling for finans er ansvarlig for å utarbeide veilednings- og kompetansemateriell for investeringsprosessen i samråd med berørte byrådsavdelinger og virksomheter
- b) Veiledningsmateriellet skal også beskrive hvordan prosessen kan forenkles ved mindre eller repeterende investeringer

2. Beslutningsprosessen

Beslutningsprosessen for investeringer skal foregå i fem faser:

- a) Prosjektinitiering
- b) Konseptvalgutredning som kvalitetssikres, KS1
- c) Forprosjekt med styringsdokument som kvalitetssikres, KS2
- d) Vedtak om prosjektet skal godkjennes, med fastsetting av kostnadsramme
- e) Avslutning av prosjektet ved avleggelse av sluttrapport

2.1 Prosjektinitiering

Prosessen initieres av et oppdrag fra den byrådsavdelingen som har bestilleransvaret. Oppdraget skal være tydelig på følgende momenter:

- Relevante føringer
- Økonomiske rammer

- Krav til prosjektets leveranse
- Krav til konseptvalgutredningens gjennomføring
- Eventuelle andre hensyn som må tas ved vurdering av alternative konsepter

2.2 Konseptvalgutredning

Følgende momenter skal dokumenteres i en konseptvalgutredning:

- Behovsanalyse
- Mål og krav
- Alternativanalyse som belyser alternative konsepter og konsekvensene av disse
- Kostnadsestimat
- Overordnet gjennomførings- og kontraktstrategi

Operativ bestiller skal sørge for utarbeidelse av konseptvalgutredningen. Konseptvalgutredningen skal gjennomgå en kvalitetssikring (KS1). *Overordnet bestiller* avgjør hvilket alternativ som skal velges.

For små prosjekter kan en forenklet konseptvalgutredning utarbeides, og intern kvalitetssikring er tilstrekkelig.

Byrådet, eller den byrådet har delegert fullmakt til, avgjør om et prosjekt etter en kvalitetssikret konseptvalgutredning skal videreføres i et forprosjekt.

2.3 Forprosjekt og styringsdokument

Følgende momenter skal dokumenteres i et styringsdokument:

- Behov og mål
- Kravspesifikasjon
- Fremdriftsplan
- Organisering
- Usikkerhetsanalyse
- Estimert styringsramme P50 og kostnadsramme med usikkerhetsavsetning P85

Operativ utfører skal utarbeide styringsdokumentet basert på føringer fra bestillersiden, herunder hvilken kostnadsramme som skal søkes oppnådd. Styringsdokumentet skal gjennomgå en kvalitetssikring (KS2).

2.4 Fastsetting av kostnadsramme og usikkerhetsavsetning

Kostnadsrammen for et prosjekt fastsettes endelig etter KS2 i budsjettbehandling eller ved eget vedtak i bystyret. Kostnadsrammen for et prosjekt fastsettes endelig etter KS2. Kostnadsrammen settes til P85. *Operativ utfører* gis normalt fullmakt til å disponere en styringsramme på P50. Differansen mellom P50 og P85 er prosjektets usikkerhetsavsetning. Denne disponeres av byrådet i henhold til økonomireglementets Instruks for investeringer.

Byråden med ansvar som *Overordnet utfører* har fullmakt til å frigi hele eller deler av usikkerhetsavsetningen for prosjekt, etter anbefaling fra styret i foretaket eller etatens ledelse.

2.5 Avslutning av prosjekt ved avleggelse av sluttrapport

Alle investeringsprosjekter skal utarbeide en sluttrapport. Sluttrapporten skal beskrive prosjektet, måloppnåelse og kravoppfyllelse, økonomi og andre relevante forhold.

Sluttrapport for prosjekter som utføres av etat skal godkjennes av byrådet der sluttregnskapet er mer enn 200 millioner inklusive moms. For prosjekter som utføres av foretak godkjennes sluttrapporten av foretakets styre.

3. Kvalitetssikring av investeringsprosjekter

Beslutningsgrunnlaget for alle investeringsprosjekter skal kvalitetssikres, internt eller av eksterne. Etterlevelse av prosessen og prosjektmetodikken skal kunne etterprøves. Ekstern kvalitetssikring skal som hovedregel gjennomføres for investeringer hvor P50 overstiger 200 millioner inkludert merverdiavgift. Dersom en byrådsavdeling fraviker hovedregelen om ekstern kvalitetssikring for et investeringsprosjekt over 200 millioner kroner, skal det begrunnes og dokumenteres.

Ved intern kvalitetssikring skal det sikres tilstrekkelig organisatorisk distanse mellom de som gjennomfører kvalitetssikringen og de som har utarbeidet beslutningsunderlaget. All kvalitetssikring skal dokumenteres.

Ved ekstern kvalitetssikring skal kvalitetsikrers tilrådte styrings- og kostnadsramme legges til grunn ved bevilgning. Kvalitetsikrers andre tilrådninger skal vurderes. Dersom de ikke tas til følge, må det begrunnes skriftlig.

4. Roller og ansvar

Den enkelte virksomhet/byrådsavdeling har ansvar for at den har ressurser og kompetanse til å utføre sin(e) rolle(r) når det gjelder investeringsprosessen.

4.1 Bestillers ansvar

Bestiller har ansvar for å definere det overordnede behovet som skal dekkes gjennom investeringen. *Overordnet bestiller* er den byrådsavdelingen som har ansvar for den *Operative bestilleren*. *Operativ bestiller* er den virksomheten som har ansvar for å dekke behovet som er identifisert, det vil si etat eller bydel.

Rollen *Overordnet bestiller*:

- Gir *Operativ bestiller* et oppdrag om å gjennomføre - samt gir føringer for - en konseptvalgutredning (KVU), jf pkt. 2.1 Prosjektinitiering
- Vurderer hvorvidt det er behov for å fravike felles kravspesifikasjoner og legger eventuelt frem forslag om fravik til byrådet
- Er ansvarlig for at det gjennomføres ekstern kvalitetssikring av KVUen (KS1) der ekstern kvalitetssikring kreves
- Avgjør hvilket alternativ som skal videreføres fra konseptvalgutredningen og gir føringer for forprosjektfasen, blant annet hvilken kostnadsramme prosjektet har og hvilken gjennomføringsmodell som skal benyttes
- Deltar i usikkerhetsanalysen i konseptvalgutredning og forprosjekt ved investeringer hvor P50 = 200 mill inkl. mva. eller mer, og i prosjekter der risikovurdering indikerer at det er nødvendig
- Gir oppdrag om gjennomføring av forprosjekt med styringsdokument
- anbefaler videreføring av prosjekt til gjennomføringsfasen før saken legges frem for byrådet for innstilling om godkjenning og fastsetting av kostnadsramme

Rollen *Operativ bestiller*:

- Sørger for utarbeidelse av konseptvalgutredning og anbefaler konsept

- Bestiller gjennomføring av forprosjekt med styringsdokument etter oppdrag fra *Overordnet bestiller*
- Er ansvarlig for at det gjennomføres kvalitetssikring av konseptvalgutredning der det anses at intern kvalitetssikring er tilstrekkelig. Dokumentasjon oversendes *Overordnet bestiller*
- Styrer brukermedvirkning slik at funksjonskrav holdes innenfor definert kostnadsramme
- Utarbeider den delen av styringsdokumentet som gjelder behovsbeskrivelse, mål og funksjonelle krav
- Utarbeider kontraktstrategi og konkurransegrunnlag med kravspesifikasjon for prosjekter som gjennomføres som OPS
- Når bydelen er operativ bestiller, kan overordnet bestiller i samarbeid med aktuell bydel finne hensiktsmessige måter for å ivareta rollen som operativ bestiller.

4.2 Utførers ansvar

Overordnet utfører er byrådsavdelingen som har ansvaret for den utførende virksomheten. *Operativ utfører* er den virksomheten som skal ha ansvaret for gjennomføring.

Rollen *Overordnet utfører*:

- Avtaler og følger opp forprosjektfasen overfor *Operativ utfører* gjennom virksomhetsstyringen
- Deltar i usikkerhetsanalysen i konseptvalgutredning og forprosjekt ved investeringer hvor P50 = 200 mill inkl. mva. eller mer, og i prosjekter der risikovurdering indikerer at det er nødvendig
- Innhenter aksept for styringsdokumentet fra *Overordnet bestiller*
- Har ansvaret for at styringsdokumentet blir kvalitetssikret (KS2)
- Gir oppdrag om gjennomføring av prosjektet til *Operativ utfører*

Rollen *Operativ utfører*:

- Bistår etter anmodning *Operativ bestiller* med konseptvalgutredning for det som gjelder alternativutredning, gjennomføringsmodell og kostnadsestimater
- Gjennomfører forprosjekt og utarbeider styringsdokument etter bestilling fra *Operativ bestiller*
- Er ansvarlig for at det gjennomføres kvalitetssikring av styringsdokument der det anses at intern kvalitetssikring er tilstrekkelig. Dokumentasjon oversendes *Overordnet utfører*.
- Utarbeider sluttrapport for prosjektet, og oversender til *Overordnet utfører* for prosjekter i regi av etat eller bydel, og til styret i foretaket for prosjekter i regi av foretak.

5. Felles kravspesifikasjoner

Felles kravspesifikasjoner for ulike kategorier formålsbygg baseres på krav som finnes i:

- Lov / forskrift
- Tekniske standarder
- Føringer vedtatt av bystyret og byrådet
- Normer fastsatt gjennom overordnede politiske eller administrative føringer
- Tilskudd som kommunen ønsker å motta (for eksempel Husbanken)
- Andre relevante regler

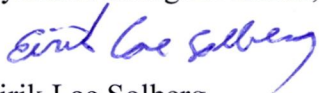
Følgende føringer gjelder for investeringsprosjekter:

- Kostnader prioriteres foran tidsfrist og omfang/kvalitet
- Byggeprosjekter skal prosjekteres med en målsetning om å oppnå lavest mulig livssyklus kostnad (LCC) innen rammen av gjeldende felles kravspesifikasjoner

Byrådet vedtar felles kravspesifikasjoner for ulike kategorier formålsbygg og for andre bygg og anlegg. Byrådet skal godkjenne eventuelle fravik fra vedtatte kravspesifikasjoner og overordnede føringer. Byrådsavdeling for finans vedlikeholder struktur for og krav til felles kravspesifikasjoner. Fagbyrådsavdelingene har ansvaret for at krav knyttet til de typer bygg og anlegg de har ansvar for, oppdateres i tråd med overordnede politiske vedtak og struktur og krav til felles kravspesifikasjoner.

2. Det delegeres til byråden selv som har ansvar for eiendomsforetak å frigi hele eller deler av usikkerhetsavsetningen for prosjekter hvor Operativ utfører er eiendomsforetak, etter anbefaling fra styret i foretaket.
3. Det delegeres til byråden selv som har rollen som Overordnet utfører å frigi hele eller deler av usikkerhetsavsetningen for prosjekter hvor Operativ utfører er en etat, etter anbefaling fra etaten.
4. Det delegeres til byråder i rollen som Overordnet bestiller å avgjøre om et prosjekt etter en kvalitetssikret konseptvalgutredning skal videreføres i et forprosjekt.
5. Det delegeres til byråder i rollen som Overordnet utfører å godkjenne avslutning av prosjekter ved avleggelse av sluttrapport der Operativ utfører er etat og sluttregnskapet er mindre enn kr 200 millioner inkludert moms.
6. Der foretak er Operativ utfører, tilligger det foretakets styre å godkjenne avslutning av prosjekt ved godkjenning av sluttrapport.
7. Byrådet vedtar eventuelle utdypinger / endringer i kravene til beslutningsunderlag for investeringsprosjekter.
8. Fra vedtaksdato oppheves vedtakspunkt 1-10 i byrådssak 1128/06 Avleggelse av sluttrapporter for bygg- og anleggsprosjekter.

Byrådsavdeling for finans, den 24 APR 2014



Eirik Lae Solberg

Byrådet tiltrådte innstillingen fra byråden for finans.

Byrådet, den 24 APR 2014



Stian Berger Røsland

Vedlegg tilgjengelig på Internett: Ingen
Vedlegg ikke tilgjengelig på Internett: Ingen

Endringer i US-analyser/kalkyler

Konto	KS1	US 2017	Skisse-prosjekt	Forprosjekt/ US 2018
Basiskostnad (grunnkalkyle) inkl. LPS, MVA og påløpt	2.550 MNOK	2.299 MNOK	2.510 MNOK	2.661 MNOK
Forventede tillegg	920 MNOK (36%)	519 MNOK (23%)	304 MNOK (12%)	320 MNOK (12%)
Prosjektkostnad P50 (styringsramme)	3.470 MNOK	2.818 MNOK	2.814 MNOK	2.981 MNOK
Usikkerhetsavsetning	693 MNOK (20%)	299 MNOK (11%)	270 MNOK (10%)	363 MNOK (12%)
Kostnadsramme P85	4.162 MNOK	3.117 MNOK	3.084 MNOK	3.344 MNOK

- Inkl. MVA, LPS og påløpte kostnader
- 6% økning i basiskost fra skisseprosjekt til forprosjekt
 - 7,5% økning i areal

Geir Teigstad

Omsorgsbygg Oslo KF

Postadresse: Postboks 2773 Solli, 0204 Oslo
Besøksadresse: Sommergata 1

Sentralbord: 23 48 80 00
E-post: postmottak@oby.oslo.kommune.no
Org.nr. 985 987 246

www.omsorgsbygg.oslo.kommune.no

Unntatt offentlighet

Jfr. Offl § 23 første ledd

Dokumentdato: 23.11.2018

Deres ref:

Vår ref.:

Saksbehandler:

Arkivkode:

18/00742-3

Anja Enge, 982 27 425

174

OPPFØLGNING AV MØTE 05.11.2018

Det vises til møte avholdt 5. november mellom OUS og Omsorgsbygg.

I møtet ble Omsorgsbygg bedt om å sjekke om kommunen kan være villig til å gi OUS en utkjøpsklausul etter 40 år, tilsvarende den som er tilbudt ved prosjektets ferdigstillelse, etter 10 år og etter 15 år.

Dette har nå vært drøftet i Oslo kommunes forhandlingsutvalg, bestående av representanter for berørte byrådsavdelinger. Oslo kommune ønsker primært en avgjørelse av fremtidige eierforhold allerede ved ferdigstillelse, og konklusjonen ble at kommunen ikke kan tilby utkjøpsklausuler ut over det som allerede er forhandlet frem.

Med hilsen

Jon Sølund
fungerende administrerende direktør

Anja Enge
juridisk rådgiver

Godkjent og ekspedert elektronisk

Oslo universitetssykehus HF
Postboks 4950 Nydalen
0424 OSLO

Omsorgsbygg Oslo KF

Postadresse: Postboks 6391 Etterstad, 0604
Oslo
Besøksadresse: Grenseveien 78C

Sentralbord: 21 80 21 80
E-post: postmottak@oby.oslo.kommune.no
Org.nr. 985 987 246

www.omsorgsbygg.oslo.kommune.no

Unntatt offentlighet

Jfr. Offl. § 23 første ledd, jf. § 12 bokstav
c

Dokumentdato: 21.01.2019

Deres ref:

Vår ref.:

Saksbehandler:

Arkivkode:

18/00742-6

Marianne Brath Lien

174

NY STORBYLEGEVAKT - ANMODNING OM STYREBEHANDLING

Det vises til våre tidligere brev av 10.01.2019, 23.11.2018 og 07.06.2018. Videre vises til møte avholdt 21.01.2019 hvor Omsorgsbygg ble anmodet om å foreta ytterligere vurderinger knyttet til kostnadskontroll i prosjektet og en revurdering av Oslo Universitetssykehus (OUS) sitt behov for innarbeidelse av utkjøpsklausul etter 40 år.

Hvordan sikre OUS kostnadskontroll i prosjektet.

Vi viser her til vår redegjørelse i brev av 23.11.2018 og gjentar at OUS og Oslo kommune har samsvarende fokus og behov for kostnadskontroll i dette prosjektet.

I vårt brev av 23.11.2018 redegjør vi for Oslo kommunes prosjektmodell (instruks for beslutningsprosessen i investeringsprosjekter, byrådssak 1038/14). Oslo kommunes prosjektmodell ble etablert i 2010/2011 og baserer seg på Statens prosjektmodell som ble innført på tidlig 2000 tall. Oslo kommunes prosjektmodell skal anvendes på alle store investeringsprosjekter i Oslo kommune. Prosjektmetodikken fokuserer på de samme hovedtemaene som er avgjørende for all virksomhetsstyring; å definere klare mål og krav til resultater, oppfølging av budsjett, internkontroll, risikovurderinger, kompetansebygging og tydelighet i roller og ansvar.

Oslo kommune har gjennom mange år hatt et meget stort investeringsbehov basert på forventet vekst i byens befolkning. I økonomiplanperioden 2019-2022 er samlede vedtatte investeringer knyttet til investeringer i formålsbygg ca. 36 mrd. kroner. Investeringene planlegges og gjennomføres av Oslo kommunes fire eiendomsforetak som har lang og bred erfaring med gjennomføring av store og komplekse byggeprosjekter, blant pågående byggeprosjekter er nytt Munch-museum, nytt Deichmanske hovedbibliotek, Jordal Amfi, Storbylegevakt og ny Hovedstasjon. De to sistnevnte prosjektene gjennomføres av Omsorgsbygg Oslo KF.

Omsorgsbygg samlede investeringsbudsjett er i økonomiplanperioden ca. 13,5 mrd. kroner. Ny Storbylegevakt er det største prosjektet i investeringsporteføljen, men det ligger også store investeringsbudsjetter knyttet opp til sykehjem og helsehus prosjekter. Av større prosjekter som er vedtatt og i gjennomføringsfase er Lindeberg Sykehjem med en vedtatt kostnadsramme (P85) på 794 mill. kroner og Ryen Helsehus med en vedtatt kostnadsramme (P85) på 623 mill. kroner. I begge prosjektene tilsier prognoser at prosjektene vil bli levert til avtalt tid og kostnad. Av nylig ferdigstilte større prosjekter kan nevnes Ullerntunet sykehjem og Hovseterhjemmet som ble ferdigstilt i 2017. Ullerntunet sykehjem hadde en vedtatt kostnadsramme (P85) på 775 mill. kroner og ble levert til avtalt tid og med en sluttkostnad på 664 mill. kroner. Hovseter Sykehjem hadde en vedtatt kostnadsramme (P85) på 592 mill. kroner og ble levert til avtalt tid og med en sluttkostnad på 528 mill. kroner.

Som beskrevet i vårt brev av 23.11.2018 er prosjektet Ny Storbylegevakt nå i forprosjektfase og det er inngått kontrakt med entreprenør Skanska som skal optimalisere, videreutvikle og ferdigstille forprosjektet. I denne fasen vil man få et detaljert kostnadsbilde med splitting av kostnader på ulike deler av prosjektet. Hensikten med valgt gjennomføringsmodell (bredt anlagt entrepris med tidlig involvering av entreprenør, samspill) er å redusere risikoen for fremdrifts- kostnadsoverskridelser. Dette er samme gjennomføringsmodell som Tønsbergprosjektet og Prosjekt nytt beredskapsenter. Prosjektet følger beste praksis for verdistyrte prosjektutvikling og har jevnlig erfaringsutvekslinger med disse to prosjektene. I tillegg er det gjennomført en uhildet vurdering fra et kvalifisert entreprisemiljø (BAHR) på entreprisestrategi til Hovedstasjonen. Hovedstasjonens entreprisestrategi er basert på entreprisestrategien ved Oslo storbylegevakt. Konklusjonen fra vurderingen er «*at kontraktsstrategien virker meget godt gjennomtenkt og at det blant annet som følge av de rådende markedsforhold, kan være fornuftig å velge den kontraktsstrategien som er valgt. Det vil være fordeler og ulemper ved enhver kontraktsstrategi - så også med den som er valgt for Hovedstasjonen. Men i sum er vår vurdering at de mulige ulempene vil oppveies, eller mer enn oppveies, av fordelene*»

Oslo kommunes prosjektmodell omfatter på samme måte som Statens prosjektmodell ekstern kvalitetssikring to kontrollpunkter i prosjektens tidlige fase (KS1 og KS2). Etter endt forprosjekt gjennomføres det ekstern kvalitetssikring (KS2) før prosjektet fremmes for politisk behandling og vedtak om gjennomføring og kostnadsramme for prosjektet (P85). I dette prosjektet legges det opp til en omfattende KS2 prosess som vil starte opp allerede i februar 2019 og som skal vare til august 2019. Årsaken til at denne modellen er valgt er at Oslo kommune anerkjenner at Ny Storbylegevakt er et stort og viktig prosjekt som det er svært viktig å lykkes med, både fra Oslo kommunes og Statens side. Prosessen er lagt opp slik for at ekstern kvalitetssikrer sine eventuelle innspill til forbedringspunkter i prosjektet skal komme så tidlig at de kan iverksettes som konkrete forbedringer. I kvalitetssikringen er det eksplisitt bedt om at konsulentene skal grundig vurdere risikofaktorer og suksesskriterier for å få til et vellykket prosjekt og unngå fallgruber.

Det har vært lagt stor vekt på å etablere et godt prosjektleder- og prosjektstyringsmiljø. Prosjektledelsen har erfaring med store kompliserte utbygginger som Ahus, forskningsbygget og stråleterapibygg ved radiumhospitalet, T2-prosjektet ved Oslo lufthavn og LHL-sykehuset ved Gardermoen. Prosjektledermiljøet har bred og god sykehuserfaring, samt erfaring fra kompliserte større landbaserte byggeprosjekter. Prosjektet samarbeider og trekker på erfaringer fra Tønsbergprosjektet og Prosjekt nytt beredskapsenter. Prosjektledelsen kommer fra samme fagmiljø som prosjektledelsen for Munch og Deichman prosjektene i Oslo kommune og vil utveksle erfaringer og læring fra disse prosjektene. Samspillsentreprenør Skanska har erfaring

fra Tønsbergprosjektet, beredskapsenteret og Karolinska sykehus som alle er/var samspillsprosjekter. Skanskas prosjektleder har sykehuserfaring fra bl.a. Ahus.

Det er alltid usikkerhet knyttet til gjennomføringen av store prosjekter. Kostnadskontroll sikres ved aktiv eierstyring underveis i prosjektet og bruk av kuttlistor. Det har gjennom forprosjektet vært nedlagt et betydelig arbeid for å komme frem til riktig prosjekt. Det har vært 13 brukergrupper, flere fra OUS, som alle nå har godkjent funksjonsplanleggingen og romplanleggingen. Alle brukergruppene har via medvirkningsforum og fellesmøter uttrykt at de er svært godt fornøyd med prosessen og resultatet. Omsorgsbygg vurderer at prosessen med OUS som svært god at det ikke synes som det nå er uenigheter om innretningen på prosjektet hverken fra kommunens eller sykehussektorens side. Det har vært ansett som viktig med god og bred brukermedvirkning i tidlig fase, slik at prosjektet kan «låses» og kostnadsberegnes. En viktig forutsetning for god kostnadskontroll er at det ikke kommer vesentlige endringer eller tillegg i byggefasen. I denne fasen er det svært viktig å opprettholde disiplin på dette punktet, både fra kommunens side, men også fra OUS.

Prosjektet gjør kontinuerlig kostnadsreducerende tiltak innenfor prosjektets rammer. Som en del av beslutningsunderlaget som skal fremmes for politisk behandling for endelig vedtak om kostnadsramme for prosjektet og beslutning om gjennomføring vil det bli utarbeidet en kuttliste. Kuttlisten synliggjør tiltak som isolert sett ikke er ønskelige, men som ved gitte situasjoner kan bli nødvendig å gjennomføre, f.eks. ved større kostnadsoverskridelser under gjennomføringsfasen. Bruken av kuttlistor skal bidra til kostnadsbevissthet. De skal være teknisk og kontraktsmessig mulige å gjennomføre i en sen fase. Hvert kutt beskrives med estimert kostnadsbesparelse, siste tidspunkt tiltaket kan vedtas/gjennomføres og konsekvenser ved gjennomføring. I utgangspunktet er ingenting beskyttet fra kuttlisten, men bl.a. tomt, regulering og fotavtrykket til bygget er det ikke mulig å sette på kuttlisten i denne fasen av prosjektet. Kuttlisten vil være en del av KS2, og forankres mellom Omsorgsbygg og medvirkningsforum (brukerne).

Som nevnt i vårt brev av 23.11.2018 ønsker Oslo kommune å tilby OUS en plass i eierstyringsgruppen fra oppstart av samspillsfasen. I samspills- og gjennomføringsfasen avholdes det månedlige eierstyringsmøter hvor det vil bli lagt frem økonomirapporter som viser status og prognoser for økonomien og usikkerhetene i prosjektet og hvor endringer i prosjektet vil bli behandlet. Etter ønske fra OUS kan Oslo kommune også tilby Helse SørØst (HSØ) en plass i eierstyringsgruppen. Vi foreslår at det avholdes et konstituerende møte i eierstyringsgruppen med deltakelse fra OUS og HSØ medio februar 2019.

Ad ønske om revurdering av Oslo Universitetssykehus (OUS) sitt behov for innarbeidelse av utkjøpsklausul etter 40 år.

Oslo kommune og OUS har fremforhandlet en avtale hvor OUS gis rett til å kjøpe seksjon til kostpris når prosjektet er ferdigstilt, etter 10 år og etter 15 år. OUS har tidligere bedt Oslo kommune vurdere utkjøpsklausul etter 40 år, og konklusjonen har tidligere vært at kommunen ikke kan tilby utkjøpsklausuler utover det som er forhandlet frem. OUS har på nytt, i møte 21.01.2019 bedt kommunen revurdere dette standpunktet. Omsorgsbygg vil på bakgrunn av dette ta opp spørsmålet på nytt i det forum som har behandlet tilsvarende forespørsel tidligere. En fornyet vurdering har ikke vært mulig har ikke vært mulig innen fristen for dette brevet, men Omsorgsbygg vil bestrebe seg på å gi en tilbakemelding i forkant av styremøtet i HSØ 31.01.2019.

Avslutningsvis vil vi understreke at vi nå nærmer oss et tidspunkt hvor det er kritisk å få avklart prinsippene for beregning av kapitalleie mv for å sikre god fremdrift i prosjektet. Sviktende fremdrift vil kunne ha kostnadskonsekvenser. Omsorgsbygg ber derfor om at arbeidet med å foreta disse avklaringene blir prioritert. Dersom det fremdeles er uklarheter eller forhold som OUS eller HSØ ønsker drøftet og utdypet før helseforetaket tar stilling til saken, ønsker vi tilbakemelding slik at vi eller andre instanser i Oslo kommune kan bistå for å opplyse saken.

Med hilsen

Tore Fredriksen
konst.administrerende direktør

Marianne Brath Lien
avdelingsdirektør

Oslo universitetssykehus HF
Postboks 4950 Nydalen
0424 OSLO

Omsorgsbygg Oslo KF

Postadresse: Postboks 6391 Etterstad, 0604
Oslo
Besøksadresse: Grenseveien 78C

Sentralbord: 21 80 21 80
E-post: postmottak@oby.oslo.kommune.no
Org.nr. 985 987 246

www.omsorgsbygg.oslo.kommune.no

Unntatt offentlighet

Jfr. Offl § 23 første ledd

Dokumentdato: 07.02.2019

Deres ref: Vår ref.: Saksbehandler:
18/00742-7 Marianne Brath Lien,

Arkivkode:
174

NY STORBYLEGEVAKT - OPPSUMMERING FRA MØTE - ANMODNING OM STYREBEHANDLING

Vi viser til tidligere korrespondanse samt møte hos Omsorgsbygg 06.02.2019.

Eierstyring – prosess- fullmakter mv.

Oslo Universitetssykehus (OUS) og Helse SørØst (HSØ) er deltakere i prosjektets eierstyringsgruppe. I forprosjektfasen og senere i gjennomføringsfasen av prosjektet vil det avholdes månedlige eierstyringsmøter hvor det vil bli fremsendt for behandling og vedtak økonomirapporter som viser status og prognoser for økonomien, usikkerheter i prosjektet, og tiltak for å redusere usikkerhet. Prosjektet er nå i forprosjektfase, og som er del av forprosjektets sluttleveranser skal det utarbeides et styringsdokument for prosjektet i gjennomføringsfasen. Styringsdokumentet er som tidligere beskrevet gjenstand for ekstern kvalitetssikring (KS2). I styringsdokumentet skal prosjektets fullmaktstruktur beskrives, slik at det er omforent hvilke fullmakter prosjektledelsen har og hvilke saker som må forelegges eierstyringsgruppen for beslutning. Når det gjelder endringshåndtering skal dette beskrives på tilsvarende måte, slik at OUS/HSØ sikres innflytelse på beslutningene. Styringsdokumentet vil også beskrive prosedyrer for søknad om utløsning av prosjektets usikkerhetsavsetning dersom dette skulle bli nødvendig. En søknad om utløsning av prosjektets usikkerhetsavsetning vil uansett måtte behandles i eierstyringsgruppen. Dersom dere mener det vil kunne oppstå spesielle situasjoner hvor det er behov formelle avklaringer på Statens side i forbindelse med dette, vil det være viktig at beslutningsstrukturen og kompetent organ beskrives i styringsdokumentet.

Det ble i møte stilt spørsmål om prosjektets organisering og hvilken rolle referansegruppen har. Av gjeldende styringsdokumentet fremgår at *«I andre del av forprosjektet er styringsgruppen omdannet til en referansegruppe og gis et endret mandat i tråd med anbefalingen i usikkerhetsanalysen fra september 2017 og byrådets forutsetning om at en styringsgruppe ikke skal endre de ordinære fullmaktsforholdene. En endring av styringsgruppen vil også være i*

samsvar med Oslo kommunes investeringsinstruks, men med nødvendige tilpasninger for å ivarteta HSØ/OUS som bestiller. Referansegruppen vil i andre etappe ledes av OBY, og består av representanter fra NOE, EHA, BYU, FIN, HSØ, OUS, verneombud, ansattes organisasjoner og tillitsvalgte. OBY vil i referansegruppens møter orientere om status i prosjektet slik at alle parter har tilstrekkelig informasjon til å ivareta sitt overordnede ansvar i prosjektet. Referansegruppen skal i forprosjektet være et forum for gjensidig informasjonsutveksling»

Referansegruppen er ikke tenkt videreført i gjennomføringsfasen. Overordnet styring av prosjektet, utover eierstyringsgruppens fullmakter (P50), skjer i ordinære styringslinjer i hhv. Oslo kommune og Staten.

Overtakelse etter 40 år.

OUS har bedt om at det inngås en intensjonsavtale hvor partenes intensjon om å komme frem til en løsning som ivaretar som ivaretar ønsket fra OUS om å få på plass en utkjøpsklausul som kan gjøres gjeldende 40 år etter ferdigstillelse av ny Storbylegevakt, fremgår. Forslag til intensjonsavtale, med våre endringer følger vedlagt.

Med hilsen

Tore Fredriksen
konst.adm.dir

Marianne Brath Lien
avdelingsdirektør

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte:

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør Økonomi, juridisk og IKT

Vedlegg:

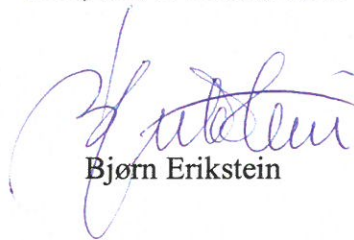
SAK 7/2019

IKT I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 8. februar 2019



Bjørn Erikstein

1. Innledning

Gode og sikre teknologiske løsninger er en forutsetning for å oppnå helseforetakets formål og målsetninger. Oslo universitetssykehus HF har de siste årene prioritert betydelige midler til slike løsninger, blant annet innføring av et felles system for pasientadministrasjon og elektronisk pasientjournal, oppdatert infrastruktur samt elektronisk kurve og medikasjon (Metavision).

I denne saken drøftes status for arbeidet med bruk av elektroniske løsninger i sykehuset, hvilke rammebetingelser dette skjer under og de gevinster som realiseres. I tillegg gis det en kort gjennomgang av nåværende risikovurdering knyttet til teknologiområdet.

Denne styresaken er også ment som en «løypemelding» frem mot behandlingen av Områdeplanen for teknologi 2019-2023, som vil bli lagt frem for styret i møtet i mai 2019 i forbindelse med behandlingen av økonomisk langtidsplan.

Oslo universitetssykehus skal i tiden frem mot midten av 2030-tallet flytte inn i, og ta i bruk en rekke nye sykehusbygg. Dette innebærer omfattende rocade av flere ulike kliniske miljøer. Med de nye byggene skal det gjennomføres betydelig omstilling og effektivisering, noe som skal bidra til at det økonomiske resultatet forbedres sammenlignet med i dag. Slike endringer er nødvendig for å kunne finansiere kostnadene som følger av nye bygg.

For Oslo universitetssykehus vil overgangen fra å drive i en gammel og heterogen bygningsmasse til å skulle planlegge drift i helt nye bygninger gi en betydelig mulighet og også være en utfordring de neste årene. «Fremtidens OUS» vil imidlertid dreie seg om langt mer enn bare en ny bygningsmasse. Det vil også i stor grad handle om nye og innovative tilnæringer til bruk av teknologi. Teknologi er del av alt vi gjør innenfor pasientbehandling, forskning og undervisning, samt drift av bygg og logistikkprosesser, dermed fremstår også teknologien som et grunnleggende premiss for kvalitet og effektivitet i arbeidet med å oppfylle helseforetakets mandat.

Eksempler på dette er mange:

- Kunstig intelligens vil i fremtiden gi raskere og sikrere diagnoser.
- Virtuell innsamling av data til kliniske studier vil kunne gjøres i løpet av minutter. Robotteknologi, nanoteknologi og bruk av ulike typer sensorer vil kunne utføre diagnostikk og behandling mer presist enn tidligere
- Spillteknologi vil kunne brukes for oppfølging av kronisk syke.
- Tredimensjonal utskrift, virtuell virkelighet og utvidet virkelighet brukes for å lage tredimensjonale modeller til bruk i blant annet diagnostisering.

Områdeplan for teknologi som inkluderer IKT-området i Oslo universitetssykehus legger til grunn de regionale føringene på området og vil bli lagt frem for styret i forbindelse med behandling av økonomisk langtidsplan. Den vil inneholde foretakets planer og satsningsområder innen teknologiområdet de neste fem årene. Områdeplanen utarbeides i nært samarbeid med Sykehuspartner HF og vil som del av økonomisk langtidsplan legges frem for Helse Sør-Øst RHF til godkjenning.

2. Rammebetingelser for IKT i Oslo universitetssykehus

Avhengighet til regionale og nasjonale programmer

Oslo universitetssykehus hadde ved etableringen et svært heterogent landskap av IKT-systemer og IKT-infrastruktur, og det var den gang klart at det ville representere et betydelig arbeid å harmonisere dette landskapet på en slik måte at sykehuset fremstod som ett.

Samtidig med etableringen av Oslo universitetssykehus HF etablerte Helse Sør-Øst en regional strategi for teknologiområdet som la stor vekt på regional standardisering. Investeringsmidler på IKT-området ble samlet i det regionale helseforetaket og mye av sykehusets teknologikompetanse, systemer og infrastruktur ble virksomhetsoverdratt til Sykehuspartner HF som allerede i 2008 ble etablert som felles tjenesteleverandør av teknologitjenester i hele Helse Sør-Øst.

I stortingsmelding nummer 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal* setter regjeringen mål for IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren. Ett av hovedmålene i stortingsmeldingen er at helseinformasjon skal være tilgjengelig til rett behandler, til rett tid og på rett sted – på en trygg og sikker måte. Dette kan løses med flere IKT-systemer, men i bruk skal systemene oppleves som en helhetlig løsning for helsepersonell og innbygger. Regjeringens mål og Helse Sør-Øst RHF sin strategi innebærer at det meste av investeringer og prioriteringer knyttet opp mot teknologiområdet nå skjer regionalt i vår helseregion. I tillegg er det på enkelte områder nasjonale initiativ som er førende.

De byggeprosjektene som skal gjennomføres for Oslo universitetssykehus HF de neste ti-årene vil kreve betydelig innsats på IKT-området både når det gjelder å sikre at organisasjonen er klar til å ta i bruk nye løsninger og klarer å gjennomføre omstillinger i form av nye behandlingsformer og behov for økonomisk effektivisering. Dette gjelder både i forprosjektfasen og i senere faser i arbeidet med å gjennomføre «Fremtidens OUS». En forutsetning for å lykkes med dette er at de regionale initiativene rettes inn mot å bidra til å løse hele regionens behov for løsninger og tjenester inkludert Oslo universitetssykehus' behov på kort og lang sikt.

Sykehuspartner HF som felles tjenesteleverandør

Oslo universitetssykehus HF og de andre sykehusene i Helse Sør-Øst er avhengig av en hensiktsmessig lokal- og fellesregional IKT-infrastruktur (med dette menes servere, nettverk, klienter og bygningsmessige tilpasninger) for å kunne produsere helsetjenester sikkert og kostnadseffektivt. I Helse Sør-Øst er det Sykehuspartner som i hovedsak eier, drifter og forvalter regionens IKT-infrastruktur og IKT-tjenester. Det er etablert felles prioriteringskriterier for leveranser fra Sykehuspartner og disse er med på å sette rammer for hvilken utvikling det er mulig å realisere innenfor teknologiområdet i Oslo universitetssykehus HF. Leveranser både for tjenesteendringer og vedlikehold av tjenester utover de prioriterte tiltakene vil måtte reflekteres i kostnader til dette .

For å ivareta krav og utvikle kravsett knyttet til sikker og stabil drift, samt nødvendig videreutvikling av teknologitjenestene, samarbeider Oslo universitetssykehus HF nært med Sykehuspartner HF med ressurser (løsningsteam) knyttet til forvaltning og teknisk drift. Det er derfor etablert et felles leveranseteam mellom Sykehuspartner HF og Oslo universitetssykehus HF for å redusere den operasjonelle risikoen. Det gjennomføres i

tillegg kundemøter og regelmessige dialogmøter med Sykehuspartner HF hvor leveransesituasjonen diskuteres.

En vellykket gjennomføring av «Fremtidens OUS» krever at Sykehuspartner HF som tjenesteleverandør leverer gode tjenester til avtalt tid, med kostnadseffektive leveranser og ressursbruk og en kvalitet som samsvarer med det som er avtalt. Dette gjelder både i ordinær drift og i prosjekter og tjenesteendringer.

Oslo universitetssykehus HF er kjent med at Sykehuspartner HF har iverksatt en rekke tiltak både innen organisering av virksomheten og teknologiske tiltak for å utbedre leveransesituasjonen.

3. Status for de viktigste IKT-områdene

Infrastruktur

Infrastrukturen i byggene til Oslo universitetssykehus som kabling, strøm og kjøling er av varierende kvalitet, alder, omfang og tilgjengelighet ved de mange ulike geografiske lokalisasjonene.

Kommunikasjonsrom og dataspredenett har flere steder flere mangler som begrenser mulighetene for utvidelse og som medfører ustabil drift på gammelt utstyr på grunn av plass- og kjøleproblemer. Ved flere kommunikasjonsrom pågår det derfor arbeid for å utbedre situasjonen, mens det fortsatt er mangler ved mange lokalisasjoner. Dette legger begrensninger på hvor, og hvilke nye eller oppgraderte IKT-løsninger som kan tas i bruk.

Oslo universitetssykehus HF deltar i det regionale infrastrukturprosjektet (STIM) som Sykehuspartner gjennomfører, for å sikre at det tas hensyn til sykehusenes behov i løsningene som velges. Sykehuspartner gjennomfører også prosjekt for Applikasjonssanering og konsolidering (ASK) og program for Informasjonssikkerhet og personvern (ISOP).

Arbeidet med å etablere trådløst nettverk i hele Oslo universitetssykehus HF har pågått i tett samarbeid med Sykehuspartner HF gjennom 2018, og det var ved utgangen av året montert om lag 3000 trådløse aksesspunkter. Dette arbeidet vil fortsette gjennom 2019 og 2020. Prosjektet har vært koordinert med utrulling av elektronisk kurve og nytt system for medikamentell kreftbehandling i sykehuset. Når det trådløse nettverket er på plass, vil det blant annet kunne støtte opp om trådløs forbindelse med nytt og moderne medisinsk-teknisk utstyr og også gi inneliggende pasienter bedre tilgang til nettet.

Strukturert journal, DIPS Arena og kurveløsning

Oslo universitetssykehus HF har i de senere årene investert betydelig i å få på plass en gjennomgående løsning for elektronisk pasientjournal (EPJ) i foretaket. Innføringen av journalsystemet DIPS i Oslo Universitetssykehus HF var første ledd i arbeidet med å etablere en regional standard for oppsettet av systemet DIPS i helseregionen. Dette arbeidet ble ferdigstilt i regionen i januar 2019, men DIPS vil utvikles videre som et regionalt prosjekt.

I Områdeplan for teknologi ved Oslo universitetssykehus HF er det en målsetning om at helseforetaket skal innføre strukturert journal i hele virksomheten. DIPS ASA jobber

med å fornye sitt opprinnelige produkt DIPS Classic til en mer fremtidsrettet strukturert journal, det nye produktet kalles DIPS Arena. En strukturert journal innebærer at helsepersonell kan registrere én gang (med god kvalitet) og at data kan gjenbrukes til rapportering, kvalitetssikring, forskning og styringsdata. For å nå denne målsetningen, kreves det et omfattende arbeid på klinisk side for å standardisere kliniske begreper (såkalte arketyper) og en aktiv og kompetent kundepåvirkning av DIPS ASA. Som ledd i det regionale DIPS prosjektet planlegges det i 2019 for å etablere strukturert journal på tykk- og endetarmskreft med elektronisk overføring av data til Kreftregisteret.

Det er i tillegg igangsatt et regionalt prosjekt for å innføre innsyn i journal på tvers av helseforetak for å bedre tilgjengelighet og pasientsikkerhet når pasientene henvises til videre utredning, behandling eller kontroll til annet helseforetak.

For at DIPS Arena skal bli et godt verktøy for klinikere er det nødvendig at hele arbeidsprosesser erstattes med ny Arena-funksjonalitet slik at klinikerne slipper å bruke både DIPS Arena og DIPS Classic. Oslo Universitetssykehus HF legger derfor i sine planer og kommunikasjon med Helse Sør-Øst RHF vekt på å øke bruken av DIPS Arena.

En viktig del av arbeidet med å få på plass en strukturert journal er å digitalisere kurveopplysninger. Den elektroniske kurveløsningen, Metavision, er et regionalt prosjekt hvor flere helseforetak har kommet langt med innføringen inkludert Oslo universitetssykehus. Den elektroniske kurve- og medikasjonsløsningen gir alle behandlere en samlet oversikt over observasjoner og målinger for enkeltpasienter, så som puls, temperatur, blodtrykk, væskebalanse, medisindoser, infusjoner og laboratoriesvar. Dokumentasjonen følger pasienten mellom avdelinger i sykehuset. Det har foregått et betydelig arbeid knyttet til å gjøre løsningen for elektronisk kurve (Metavision) tilgjengelig for alle potensielle brukere i sykehuset, og i løpet av 2018 er systemet Metavision tatt i bruk på de fleste områder, og de resterende delene av sykehuset vil ta løsningen i bruk i løpet av 2019. Det er imidlertid klart at løsningen sliter med ytelse og også på noen områder har vesentlige funksjonelle feil og mangler. Oslo universitetssykehus HF samarbeider derfor med det regionale prosjektet og Sykehuspartner HF for å identifisere tekniske og funksjonelle flaskehals for at disse skal kunne utbedres.

Det er igangsatt et regionalt prosjekt for klinisk logistikk hvor pasientdata skal kunne sammenstilles og gjøres tilgjengelig for helsepersonell i den daglige driften av poliklinikker og sengeposter.

Radiologi, multimedia-lagring og stråledose

Den nåværende situasjonen for radiologiområdet i sykehuset utgjør en pasientsikkerhetsrisiko og er også et hinder for effektiv arbeidsflyt. Dette berører bildediagnostiske utredninger ved alle fagseksjoner i Klinikk for radiologi og nukleærmedisin og har dermed konsekvenser for alle kliniske avdelinger i Oslo universitetssykehus HF.

Helse Sør-Øst RHF har gitt Oslo universitetssykehus HF oppdraget med å gjennomføre en anskaffelse av et nytt regionalt system for radiologi, multimedia lagring og stråledoseregistrering. Arbeidet er startet og etter planen skal det tas en beslutning om å starte anskaffelsen i styret i Helse Sør-Øst RHF i april 2019.

Et felles system for radiologiområdet (RIS/PACS) ved Oslo Universitetssykehus HF er avgjørende for god og sikker pasientbehandling ved sykehuset. Å få på plass håndteringen av multimedia, vil legge grunnlaget for en strukturert og helhetlig håndtering av multimedieobjekter fra multimediedannende medisinsk teknisk utstyr. En multimedialøsning legger også til rette for å starte arbeidet med å digitalisere patologiområdet som vil kunne gi gevinster på linje med digitalisering av radiologi.

Laboratorieområdet

Oslo universitetssykehus HF har i dag flere ulike laboratoriesystemer som det er ønskelig å konsolidere for å oppnå mer effektiv arbeidsflyt og kostnadseffektiv drift både for sykehuset og for Sykehuspartner.

Oslo universitetssykehus HF bidrar med prosjektleder i Helse Sør Øst sitt regionale prosjekt for laboratorieområdet. Det legges i dette prosjektet spesielt vekt på å få tatt i bruk patologidelen av laboratorieløsningen som er Labvantage Medical Suite.

Laboratorieprosjektet endret innføringsstrategi blant annet etter forslag fra OUS, først innføres som nevnt over systemet for patologi, deretter må videre utrulling til andre områder vurderes på nytt.

Kreftområdet

Stråleterapi

Hovedløsningen for doseplanlegging i stråleterapi ved Radiumhospitalet vil ikke lenger ha støtte fra leverandøren i mai 2020 og må derfor erstattes. Etter avklaringer med Helse Sør-Øst RHF gjennomfører Oslo universitetssykehus HF en lokal anskaffelse i 2019. Anskaffelsen vil inneholde en opsjon for andre helseforetak til å gjøre avrop på den doseplanløsningen som Oslo universitetssykehus HF velger. Planlagt oppstart for innføringen av ny doseplanløsning er høsten 2019.

Medikamentell kreftbehandling

Den regionale IKT-løsningen for medikamentell kreftbehandling er delvis tatt i bruk i Oslo universitetssykehus HF og vil i løpet av 2019 være tatt i bruk på alle aktuelle områder i sykehuset. Oslo Universitetssykehus er gitt i oppgave å forvalte kurbiblioteket for alle brukere av løsningen i Helse Sør-Øst.

Digitale innbyggertjenester

Oslo universitetssykehus HF har lang erfaring med elektroniske pasienttjenester og har vært ledende innen bruk, forskning og innovasjon av pasientrettede løsninger på IKT-området. Pasientene ved Oslo universitetssykehus HF har i dag muligheten til å benytte elektroniske tjenester i kommunikasjon med sykehuset. Brukerutvalget og pasientorganisasjoner er aktive pådrivere til slike nye tjenester. I tillegg ser våre klinikere nytten av digitale pasienttjenester.

Helse Sør-Øst har igangsatt et regionalt prosjekt som skal ivareta pasientenes behov for innsyn i egen journal og kommunikasjon med sykehuset. Disse tjenestene skal etableres på en nasjonal plattform som direktoratet for eHelse har etablert og gjøres tilgjengelige gjennom www.helsenorge.no.

Plandokumentene for «Fremtidens OUS» legger stor vekt på pasientens perspektiv og virksomhetsforbedring gjennom en overgang til økt bruk av telemedisin og nye,

interaktive eHelseløsninger. Dette området vil bli gitt høy prioritet i Oslo universitetssykehus HF. Satsning på ny teknologi, pasienttjenester, hjemmesykehus, digitale forløp, medbestemmelse og samvalg, vil bidra til å gjøre Oslo universitetssykehus HF bedre rustet til å utvikle morgendagens behandling sammen med pasientene og den øvrige helsetjenesten.

Oslo universitetssykehus HF har en IKT-plattform som egner seg godt for innovasjon der integrasjon av nye mobile tjenester er enkelt. Denne innovasjons- og forskningsplattformen skal tilrettelegge for at alle nye prosjekter etableres etter nasjonale føringer og anbefalinger. Det forskes frem nye pasienttjenester blant annet i Seksjon for pasientmedvirkning og samhandling. Disse eHelseløsningene kan utprøves og deretter eventuelt breddes.

Teknologiske løsninger for forskning

Oslo universitetssykehus HF har en omfattende aktivitet innen forskning og innovasjon, men forskningen har i dag ikke IKT-støtte av tilstrekkelig omfang og kvalitet. Forskernett, som ble etablert i 2006 som en løsning for Rikshospitalets og Radiumhospitalets forskere, har ikke blitt oppgradert i tråd med beste praksis i påvente av en ny regional løsning.

Oslo universitetssykehus HF vil i samarbeid med Sykehuspartner i løpet av 1. kvartal 2019 etablere løsning for «tunglagring» i OUS-nett sammen med andre avanserte løsninger som er planlagt i løpet av våren 2019 (filsluse, «tungregning», sonemodell). I samarbeid med det regionale prosjektet RIF (Regional IKT for Forskning) og det regionale arbeidet med Forskningsportal, vil sykehuset bidra til at IKT situasjonen for forskning i Oslo universitetssykehus HF kan bedres. Dette vil kunne gi forskerne en robust, sikker og fleksibel infrastruktur som gjør at de kan fokusere på å produsere ny kunnskap fremfor å være sin egen IT-tekniker.

Det er inngått en avtale med Universitetet i Oslo som gjør at omlag 200 ansatte ved Oslo universitetssykehus HF kan ta i bruk tjenester som ellers er begrenset til bruk av ansatte ved universitetet. Denne løsningen skal dekke behovet midlertidig den regionale Forskningsportalløsningen er på plass.

Prehospitale tjenester

Innenfor det prehospitale området er det besluttet å sette i gang en nasjonal anskaffelse av systemstøtte ledet av Helse Vest RHF. Oslo universitetssykehus HF deltar aktivt i dette arbeidet med blant annet fagleder (delprosjektleder) som er ansvarlig for å sikre at løsningen som anskaffes dekker det funksjonelle og tekniske behovet til alle fire helseregioner på en tilfredsstillende måte. Videre skal fagleder håndtere dialog med de regionale referansegrupper, og skal være ansvarlig for gevinstrealisering og kommunikasjon med interne aktører.

Omsetning til faktisk drift av denne første fasen blir tidligst i 2021.

Fase 1 omfatter den funksjonaliteten vi allerede har, slik at videre utvikling først vil skje i tidsrommet fra 2022 og inn i en udefinert tidsperiode.

Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral Oslo vurderer i dag at de ikke har IKT-støtte som er tilstrekkelig tilfredsstillende til volumet og behov som må dekkes i dag og frem i tid. Tidsperspektivet i det nasjonale prosjektet gjør at Oslo universitetssykehus HF har

dialog med Helse Sør-Øst RHF om tiltak som gjør at tjenesten kan leveres forsvarlig frem til det nasjonale prosjektet kan levere nødvendige støtteverktøy.

Det er i tillegg igangsatt et regionalt prosjekt for anskaffelse av ambulansjournal til hele ambulansetjenesten i hele regionen.

Økonomi, innkjøp og logistikk

I 2013 inngikk Helse Sør-Øst RHF en avtale med Accenture om leveranse av en ERP-løsning («Enterprise Resource Planning», i praksis en økonomi-, innkjøp- og logistikk-løsning) basert på programvare fra Oracle og Basware.

Høsten 2015 ble det gjennomført en funksjonell gap-analyse for å avdekke i hvilken grad den regionale løsningen, som det altså er forutsatt at Oslo universitetssykehus HF skal over på, dekker sykehusets behov for systemstøtte på de berørte områdene. Analysen viste et vesentlig omfang av funksjonelle gap. En konsekvensanalyse gjennomført i 2016 viste at det å ta i bruk den regionale løsningen ved Oslo universitetssykehus HF kunne gjøre det vanskelig å opprettholde driften i helseforetaket dersom gapene ikke lukkes. Arbeidet med å lukke de funksjonelle gapene startet sommeren 2017. I tillegg til utfordringene knyttet til de funksjonelle manglene er det også kompliserende at den regionale løsningen er installert på en teknisk plattform som ikke tilfredsstillter Oslo universitetssykehus' krav til sikkerhet.

Håndtering av løsninger for logistikk og forsyningstjenester er en viktig aktivitet i de videre fasene av «Fremtidens OUS». Gap analysen har vist hva som må utbedres for at OUS skal kunne ta løsningen i bruk. Trinn 1 av denne delen av prosjektet (R4) er satt i produksjon, resten er bestilt og kostnadsatt og utvikles når OUS skal på løsningen. Det vil i tillegg bli etablert en egen løsning på utsiden av ERP for fakturering av pasienter for å ivareta personvern og sikkerhet.

Oslo universitetssykehus HF benytter i dag samme programvare som det regionale programmet, Oracle og Basware, men satt sammen noe annerledes enn i det regionale programmet.

4. Ressursbruk og gevinstuttak

Hovedtall

Det brukes betydelige midler på IKT-området i Oslo universitetssykehus HF. Tabellen under viser noen hovedtall.

Driftsmidler tall i mill. NOK	Tall u/mva		
	2018 (bud)	2018 (regnskap)	2019 (bud)
Økonomi IKT området			
Driftsbudsjett IKT lokalt	49,0	38,0	40,2
Driftsbudsjett prosjekter	50,0	30,0	46,0
Budsjett – tjenester fra Sykehuspartner HF	1 025,0	1 023,5	1 104,8
Sum IKT kostnader	1 124,0	1 091,5	1 191,0

Investeringsmidler i 2019

Lokale investeringer	49
Estimerte regionale investeringer for OUS	450
Estimerte totalt IKT investeringer OUS	499

(Tall i millioner kroner)

Tallene som ligger i økonomisk langtidsplan for årene framover viser en ytterligere vekst. Også innenfor arbeidet med nye bygg for Oslo universitetssykehus HF, «Fremtidens OUS», vil det ligge betydelige investeringer i teknologi.

Alle investeringer som gjøres i regional regi eies og regnskapsføres i Sykehuspartner HF. Oslo universitetssykehus HF betaler Sykehuspartner HF en årlig tjenestepreis for bruk av Sykehuspartners maskinvare og programvare som også inkluderer avskrivningskostnadene.

Gevinstuttak

I langtidsplanen for Oslo universitetssykehus HF er det forutsatt et resultat med overskudd. Et bidrag til dette er å øke utnyttelsesgraden av eksisterende IKT-systemer. Dette krever at teknologien tas i bruk og utnyttes på en effektiv og god måte. I gjennomgangen av områdene over er det omtalt flere funksjonelle og kvalitetsmessige gevinster. Arbeidet med å hente ut gevinster av de data som registreres i våre hovedsystemer er et annet viktig gevinstområde.

Klinisk datavarehus og ledelses- informasjonssystem

Det er etablert et klinisk datavarehus i Oslo universitetssykehus HF som gjør det mulig å sammenstille og analysere data fra elektronisk pasientjournal, kurve, laboratorier, røntgen og patologi. Klinisk datavarehus gir nye muligheter for måling og analyse av arbeidsprosesser, pasientforløp og kvalitet i diagnostikk og behandling. Et nettverk bestående av klinikere fra alle klinikker er etablert for å definere og prioritere de rapporter og analyser som skal lages.

Som eksempel kan nevnes at det er utviklet rapporter og analyser som i tilnærmet sanntid kan måle antibiotika forbruket ved sykehuset. Det har gitt antibiotika teamet bedre innsyn i praksis rundt bruk av antibiotika, som igjen fører til at det skal introduseres nye funksjoner for automatisk varsling av bruk av antibiotika i kurvesystemet for å unngå overdreven bruk av antibiotika. Disse rapportene er laget slik at de kan benyttes til måling av forbruk av en hvilken som helst medisin. Tilsvarende oversikter kan også benyttes på bruk av dren, katetre og annet utstyr.

I 2019 vil datavarehuset bygges ut til å omfatte data fra andre systemer, blant annet nytt system for medikamentell kreftbehandling, i tillegg til flere detaljer rundt operasjoner, pakkeforløp og strukturert journal. På litt lengre sikt blir klinisk datavarehus et viktig grunnlag for å ta i bruk ny teknologi for maskinlæring og kunstig intelligens.

Oslo universitetssykehus HF har også et godt fungerende ledelsesinformasjonssystem (LIS) som gir god oversikt over driften i klinikkene ved å sammenstille data fra flere administrative systemer.

Hjemmesykehus og avstandsoppfølging

På slutten av 2018 ble prosjektene «Hjemmebaserte spesialisthelsetjenester ved Oslo Universitetssykehus» og «e-konsultasjoner i Oslo universitetssykehus» etablert under programmet «Forbedret drift». Dette er prosjekter der det er behov for teknologi for å etablere løsninger som gjør at Oslo universitetssykehus HF kan utføre sine oppgaver uten at pasientene trenger å komme inn på sykehuset som tidligere.

Automatisering og nye arbeidsprosesser

På noe sikt ligger det et potensial for i større grad å kunne automatisere prosesser som i dag krever manuelt arbeid. Spesielt gjelder dette innenfor mønstergjenkjenning i bilder (radiologi og patologi). I tillegg vil en mer strukturert journal legge til rette for automatisk høsting og strukturering av data som i dag tastes manuelt inn i pasientens journal. Innenfor rammen av «Fremtidens OUS» vil også mye av varelogistikken i større grad en i dag kunne automatiseres og effektiviseres.

5. Risiko og sårbarhet

I arbeidet med å drifte, vedlikeholde og utvikle IKT-tjenester må det gjøres gode avveininger mellom ulike risikoelementer for at det skal kunne etableres hensiktsmessige og trygge tjenester.

De siste 12 til 18 månedene har det funnet sted flere IKT-sikkerhetshendelser der også helseinstitusjoner har blitt rammet. Så vidt Oslo universitetssykehus HF er kjent med ble ikke sykehuset rammet av det store dataangrepet i Helse Sør-Øst i 1. kvartal 2018.

For å gi ledelsen en oversikt over cybertrusselbildet som Oslo universitetssykehus står overfor utarbeider IKT-avdelingen årlig en trusselvurdering for dette området. Oppsummert viser den siste vurderingen at trusselbildet blir gradvis mer komplekst og at antallet ondsinnede aktører øker i antall og ikke minst i evne.

Den interne trusselvurderingen viser at Oslo universitetssykehus i det neste året fortsatt vil kunne bli utsatt for eksterne angrep som har til hensikt å kompromittere sensitive personopplysninger. Det kan heller ikke utelukkes at vi også vil se interne angrep med hensikt å etablere tilgang til sensitive personopplysninger som kan utnyttes til eget formål eller kan videreselges til tredjeparter. Helseforetakets ledere og ansatte vil trolig fortsatt bli utsatt for angreps- og svindelforsøk som har til hensikt å oppnå eller gjennomføre transaksjoner for økonomisk vinning. Vurderingen gir også et tydelig bilde av et økt trusselnivå ved bruk av tredjepartsleverandører. På teknisk side er arbeidet med å redusere mulige angrepsflater og øke mulighetene for å oppdage sikkerhetshendelser et grunnleggende krav til ny infrastruktur. Oslo universitetssykehus har finansiert og innført nye overvåkningsløsninger som nå også blir tatt i bruk regionalt. Sykehuspartner og Oslo universitetssykehus samarbeider tett for kontinuerlig å utbedre deteksjons- og håndteringsmekanismer, samt håndtering av hendelsene som avdekkes

Oslo universitetssykehus har siden 2013 årlig utarbeidet dokumentene «Verdi- og hendelsesvurdering av IKT og data ved Oslo universitetssykehus» og «Krav til IKT tjenester ved Oslo universitetssykehus». Disse dokumentene oppdateres jevnlig og danner grunnlag for de leveranser Oslo universitetssykehus har behov for fra Sykehuspartner HF i forbindelse med sikkerheten i IKT-løsninger ved Oslo universitetssykehus. I tillegg gis det jevnlig informasjon til medarbeidere i forbindelse med endringer i trusselbildet.

Oppdaterte versjoner av dokumentene nevnt i dette kapittelet vil bli forelagt styret sammen med Områdeplan for teknologi.

6. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

I den regionale strategien for IKT-området legges det stor vekt på standardiserte IKT-løsninger og arbeidsprosesser i sykehusene. Administrerende direktør er positiv til dette og viser til at slik standardisering er nødvendig for en større grad av informasjonsutveksling mellom foretakene i regionen og også nasjonalt. De nasjonale føringene fremkommer spesielt i Stortingsmelding nr 9 (Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger - én journal*).

Oslo universitetssykehus HF bidrar og støtter opp under de regionale og nasjonale programmer og føringer. Dette gjøres ved å stille kompetanse og arbeidskraft til rådighet i programmene samt ved å delta i etablerte styringsstrukturer.

Administrerende direktør konstaterer at det er satt i gang mange regionale prosjekter for bedre løsninger og kapasitet på teknologiområdet. Dette omfatter infrastrukturmodernisering, mange løsninger for å digitalisere arbeidsprosesser og bedre tilgjengelighet og tilbud til pasientene ved nye digitale innbyggertjenester. Riktig innføring og bruk av teknologi vil være svært avgjørende for å hente ut gevinster i arbeidet med å legge til rette for nye arbeidsprosesser i nye bygg –«Fremtidens OUS». Administrerende direktør vil fortsette dialogen med Helse Sør-Øst RHF knyttet til de behovene sykehuset har. Det vil også være behov for at det legges til rette for utvikling av lokale løsninger ofte kalt lettvekts-IKT, med bruk av apper og andre enklere løsninger. Alle disse prosessene må gjennomføres i tett samarbeid med Sykehuspartner HF og med Helse Sør-Øst RHF.

Administrerende direktør konstaterer at det bidrar positivt inn i samarbeidet med og leveransene fra Sykehuspartner HF at Oslo universitetssykehus HF samarbeider tett med Sykehuspartner i planlegging og utførelsen av arbeidet med videreutvikling av IKT området i sykehuset. Det er også viktig for gjennomføringen at det er iverksatt flere tiltak i Sykehuspartner HF for å bedre leveranseevnen, og det er grunn til å tro at man vil kunne se positive effekter av dette arbeidet for Oslo universitetssykehus HF i 2019. Det er derfor viktig å ha regelmessig og tett kontakt med Sykehuspartner både i formelle kundemøter og i mer uformelle dialogmøter.

Administrerende direktør mener det er avgjørende at investeringene som er gjort på teknologiområdet skaper merverdi i virksomheten. Det arbeides derfor med å hente ut effekter av de investeringene som allerede er gjort. Dette gjøres blant annet ved å utvide og utnytte nye muligheter i de investeringene som er gjort i vår infrastruktur for eksempel i form av avansert hjemmesykehus.

Administrerende direktør vil også understreke viktigheten av å få på plass avanserte løsninger innen storlagring og massiv regnekapasitet som vil understøtte arbeidet med en større grad av persontilpasset medisin. Også sekundærbruk av data (klinisk datavarehus og ledelses-informasjonsystemet) vil bidra til kvalitetshevning og effektivisering i sykehusets daglige drift.

Administrerende direktør legger vekt på at kontinuerlig og målrettet innsats er nødvendig for å ivareta sikkerheten i våre systemer generelt, og helseopplysninger spesielt.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 15. februar 2019

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør Økonomi, IKT og Jus

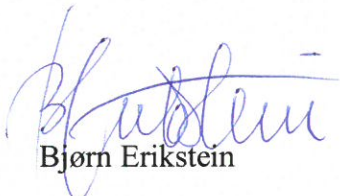
Vedlegg: Avtale om virksomhetsoverdragelse

**SAK 8/2019 VIRKSOMHETSOVERDRAGELSE AV REGIONALT
SENTER FOR KLINISKE IKT-LØSNINGER TIL
HELSE SØR-ØST RHF**

Forslag til vedtak:

- 1. Styret slutter seg til avtale om virksomhetsoverdragelse av ansatte i Regionalt senter for kliniske IKT-løsninger fra Oslo universitetssykehus HF til Helse Sør-Øst RHF.*
- 2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å slutføre og signere avtalen om virksomhetsoverdragelse.*

Oslo, den 8. februar 2019


Bjørn Erikstein

Sammendrag

Regionalt senter for kliniske IKT-løsninger ble etablert i 2016 som en enhet i Oslo universitetssykehus HF. Virksomheten skal bidra til god nytte av regionale kliniske løsninger gjennom koordinerende arbeid og å etablere og ivareta riktig bruk av regionale standarder i foretaksgruppen.

Helse Sør-Øst RHF har besluttet at Regionalt senter for kliniske IKT-løsninger skal overdras til Helse Sør-Øst RHF. Begrunnelsen er at ettersom senteret skal ivareta et helhetlig ansvar og behovene til alle helseforetakene vil det være mest korrekt at ansvaret for driften av senteret legges til Helse Sør-Øst RHF.

Vedlagte utkast til overdragelsesavtale legges på denne bakgrunn frem for vedtak i styret.

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

I Helse Sør-Øst styresak 127/2018 fremgår det at Helse Sør-Øst RHF har gjort en vurdering og konkludert med at oppgaven til Regionalt senter for kliniske IKT-løsninger bør flyttes til det regionale helseforetaket.

Overføring av ansatte vil skje etter arbeidsmiljølovens regler om virksomhetsoverdragelse. Det vil si at de ansatte som overføres tar med seg sine individuelle rettigheter og plikter slik disse følger av lovens kapittel 16.

Den overførte virksomheten fortsetter som den er. De ansatte arbeider på samme sted, i utgangspunktet med de samme oppgavene.

Virksomhetsoverdragelsen er økonomisk nøytral. Oslo universitetssykehus overfører ikke eiendom eller utstyr vi eier i virksomhetsoverdragelsen.

Det er lagt opp til at virksomhetsoverdragelsen til Helse Sør-Øst RHF skjer fra og med 1. mars 2019. Partene er omforent om fremlagte avtale om virksomhetsoverdragelse. Med tilslutning fra styret vil overdragelsen være vedtatt.

Administrerende direktør anbefaler at styret slutter seg til fremlagte avtale om overdragelse.

Saksbeskrivelse

Helse Sør-Øst har opplyst at virksomheten etter overdragelse vil bli del av organisasjonsenheten Teknologi og e-helse som er i linje til konserndirektør. For de ansatte vil ikke organiseringen medføre endringer i arbeidsoppgaver eller ansvar. I etterkant av virksomhetsoverdragelsen vil roller, ansvar, mandat og arbeidsdeling for helsefaglig, funksjonell og teknisk forvaltning mellom Sykehuspartner HF, Helse Sør-Øst RHF og øvrige helseforetak, gjennomgås, ut fra at senteret nå blir en del av Helse Sør-Øst RHF.

Planen er at de ansatte blir værende i dagens kontorlokaler i Forskningsveien i Oslo. Det vil bli inngått en framleieavtale mellom Oslo universitetssykehus og Helse Sør-Øst RHF, slik at enheten fortsatt kan være samlokalisert med fagmiljøet der man er i dag.

I risikokartleggingen i forbindelse med virksomhetsoverdragelsen pekes det på at det bør gjøres avklaringer av sentrets fremtidige rolle i den regionale fagforvaltningen av regionale systemer. Det gjelder spesielt behov for en rask avklaring opp mot fagforvaltning av kurvesystem og system for medikamentell kreftbehandling. Det er dialog mellom Oslo universitetssykehus og Helse Sør Øst om risikoreduserende tiltak, frem til gjennomføring av virksomhetsoverdragelsen.

Det er 13 ansatte fordelt på 13 årsverk enheten Regionalt senter for kliniske IKT-løsninger. Ved virksomhetsoverdragelse har medarbeidere som får overdratt sine arbeidsoppgaver, rett til å være med over til ny arbeidsgiver. Arbeidsforholdet videreføres og arbeidstakerne opprettholder rettigheter og plikter etter arbeidsmiljølovens regler om virksomhetsoverdragelse i kapittel 16. Alle ansatte i enheten arbeider bare med oppgaver knyttet til det regionale senterets ansvarsområder.

De ansatte er holdt informert i prosessen, både av leder og i allmøter. Ansatte er sikret medvirkning ved deltakelse av representanter fra ansattes organisasjoner og vernetjenesten i det interne etableringsprosjektet som har vært gjennomført ved Oslo universitetssykehus HF.

Saken ble etter arbeidsmiljøloven § 16-5 drøftet med foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud onsdag 30. januar 2019. Arbeidsgiversiden orienterte og svarte på spørsmål fra arbeidstakersiden. Det kom ikke fram innvendinger mot overdragelsen.

Etter styrevedtak sendes det informasjonsbrev til de ansatte om rettigheter og plikter ved virksomhetsoverdragelsen, inkludert informasjon om adgang til, og konsekvens av, å reservere seg mot å bli overført.

Ansatte som omfattes av virksomhetsoverdragelse har en rett til å bli med over, men ingen plikt. Dersom enkeltansatte reserverer seg mot overføring, bortfaller imidlertid ansettelsesforholdet ved Oslo universitetssykehus HF ved overføringspunktet.

Helse Sør-Øst RHF har Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet og Kommunal Landspensjonskasse som sine pensjonsordninger. Alle ansatte vil, fra overføringsdato, bli overført til Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet, med unntak av de som etter lov skal være medlem i KLP. Alle ansatte opprettholder sin tidligere pensjonsopptjening.

Virksomhetsoverdragelsen er økonomisk nøytral, ettersom Regionalt senter for kliniske IKT-løsninger er finansiert av Helse Sør-Øst RHF ved at Oslo universitetssykehus har fakturert sine månedlige driftskostnader. Denne faktureringen opphører fra overføringsdato. Oslo universitetssykehus overfører ikke eiendommer eller andre eiendeler i virksomhetsoverdragelsen.

Avtale

om overdragelse av

Regionalt senter for kliniske IKT-løsninger

fra

Oslo universitetssykehus HF

til

Helse Sør-Øst RHF

Dato:

Dato:

.....
Bjørn Erikstein
administrerende direktør
Oslo universitetssykehus HF

.....
Cathrine Lofthus
administrerende direktør
Helse Sør-Øst RHF

1. Bakgrunn, parter

Regionalt senter for kliniske IKT-løsninger ble opprettet i 2015 som en enhet i Oslo universitetssykehus HF på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF. Senterets oppdrag ble nærmere beskrevet i årlige oppdragsdokument og oppdragsbrev.

En gjennomgang av organiseringen av IKT-området i Helse Sør-Øst viser behov for å tydeliggjøre roller, ansvar, mandat og arbeidsdeling for helsefaglig, funksjonell og teknisk forvaltning mellom Sykehuspartner HF, Regionalt senter for kliniske IKT-løsninger, Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene. Helse Sør-Øst RHF har derfor besluttet at Regionalt senter for kliniske IKT-løsninger skal overdras til Helse Sør-Øst RHF.

Regionalt senter for kliniske IKT-løsninger overføres derfor til Helse Sør-Øst RHF. Overføringen skjer i samsvar med helseforetaksloven § 50.

Denne avtalen regulerer de nærmere vilkår for overdragelse av Regionalt senter for kliniske IKT-løsninger fra Oslo universitetssykehus HF til Helse Sør-Øst RHF.

Partene i avtalen er Oslo Universitetssykehus, org nummer 993 467 049, og Helse Sør-Øst RHF org nummer 991 324 968.

2. Virksomheten

Virksomheten som overføres fra Oslo universitetssykehus er Regionalt senter for kliniske IKT-løsninger. Regionalt senter for kliniske IKT-løsninger er før overføringen organisert som del av IKT-stab i Oslo universitetssykehus.

Virksomheten Regionalt senter for kliniske IKT-løsninger består av oppgaver og ansvar for å bidra til god nytte av regionale kliniske løsninger gjennom koordinerende arbeid og å etablere, ivareta og sikre riktig bruk av regionale standarder i foretaksgruppen.

3. Overføringsdato

Overføringen skal finne sted fra og med 1. mars 2019 som er overføringsdato.

4. Overføring av tjenesteansvaret og skjæringstidspunkt for ansvar

Med mindre annet er særskilt angitt skal skjæringstidspunktet for fordeling av partenes rettigheter, plikter og ansvar være overføringsdato.

Fra overføringsdato overtar Helse Sør-Øst RHF ansvaret for å gjøre de oppgaver og yte tjenester som ligger til Regionalt senter for kliniske IKT-løsninger.

Med overtakelsen av tjenesteansvaret påtar Helse Sør-Øst RHF seg å videreføre en forsvarlig ivaretagelse av tjenestene i henhold til krav og oppgaver i lov og regelverk.

Forpliktelse utover normal drift, med konsekvenser for Helse Sør-Øst RHF, som Regionalt senter for kliniske IKT-løsninger pådrar seg fra signeringsdato for denne avtalen og frem til overføringsdato, skal avtales skriftlig mellom partene.

5. Kontinuerlig drift ved overdragelsen

Begge parter vil bidra til at overdragelsen skjer uten avbrudd i driften i virksomheten slik at forpliktelser og rettigheter ivaretas og pasienter, brukere og samarbeidspartnere sikres god tjenesteyting og leveranser.

Helse Sør-Øst RHF har ansvar for å informere aktuelle interessenter, som for eksempel helseforetakene i regionen om virksomhetsoverdragelsen og virkningen av den.

6. Personalforhold

6.1. Overføring av ansatte

Ansatte i enheten Regionalt senter for kliniske IKT-løsninger overføres fra Oslo universitetssykehus til Helse Sør-Øst RHF fra og med overføringsdato, i samsvar med arbeidsmiljølovens regler om virksomhetsoverdragelse. Det vil si at arbeidstakerne som overføres tar med seg sine rettigheter og plikter slik dette fremgår av lovens kapittel 16. En oversikt over ansatte som overføres per overføringsdato skal utarbeides som vedlegg 1 til denne avtalen.

6.2. Gjennomføring av overdragelsen

Partene vil sammen ivareta informasjonen til ansatte om overføring av ansatte fra Oslo universitetssykehus til Helse Sør-Øst RHF. Hver av partene er ansvarlig for at det gis informasjon og gjennomføres medvirkning i samsvar med arbeidsmiljølovens regler i kapittel 16.

6.3. Opplæring

Oslo universitetssykehus forplikter seg til å tilrettelegge for at personell kan få nødvendig opplæring i Helse Sør-Øst sine rutiner mv. før overføringsdato. Helse Sør-Øst forplikter seg til å gi nødvendig opplæring.

6.4. Økonomisk ansvar for forpliktelser

Oslo universitetssykehus skal i størst mulig utstrekning betale ut alle forpliktelser til de ansatte før overføringsdato. Dette omfatter blant annet:

- Eventuell utestående lønn som følge av forsinkelser i lokale lønnsforhandlinger for 2018
- Overtid/kompensasjonssaldo (ikke avspaseringstimer) opptjent av de ansatte før overføringsdato
- Variabel lønn opptjent av de ansatte før overføringsdato
- Lønn for ikke avviklede feriedager, opptjent før overføringsdato
- Reiseregninger for reiser gjennomført før overføringsdato
- Påløpte, ikke utbetalte feriepenger per 28. februar 2019 overføres fra Oslo universitetssykehus og utbetales fra Helse Sør-Øst.

Helse Sør-Øst overtar ansvaret for å utbetale alle forpliktelser til de ansatte opparbeidet f.o.m. overføringsdato.

Ansatte som omfattes av virksomhetsoverdragelsen skal i størst mulig utstrekning gis mulighet til å avspasere opptjente timer (tidskonto) før overføringsdato. Ansatte som omfattes av

virksomhetsoverdragelsen vil uansett ikke kunne ta med seg opptjente avspaseringstimer (tidskonto) utover 45 timer til Helse Sør-Øst. Oslo universitetssykehus skal informere de ansatte om dette.

6.5. Pensjoner

Eksisterende pensjonsordninger for arbeidstakere som omfattes av virksomhetsoverdragelsen, videreføres så langt det lar seg gjøre, jf. aml. §16.2. Helse Sør-Øst er ansvarlig for å inngå nødvendige avtaler for å sikre fremtidige pensjonsordninger.

Helse Sør-Øst overtar ansvaret for de økonomiske forpliktelsene opparbeidet f.o.m. overføringsdato.

7. Eiendom (leiekontrakter)

Det overføres ikke eierskap til fast eiendom eller lokaler som del av overdragelsen.

Dersom Regionalt senter for kliniske IKT-løsninger skal fortsette sin virksomhet i Oslo universitetssykehus lokaler, skal det inngås en separat leieavtale for lokalene gjeldende fra overføringsdato.

8. Utstyr

Det overføres ikke utstyr eid av Oslo universitetssykehus.

9. IKT

IKT-utstyr i Regionalt senter for kliniske IKT-løsninger er eid av Sykehuspartner HF.

IKT-utstyr som er knyttet opp til Helse Sør-Øst/SIKT-plattformen følger med i overdragelsen.

IKT-utstyr som er koblet opp mot Oslo universitetssykehus-plattform eller Oslo universitetssykehus-systemer følger ikke med i overdragelsen.

Fra overføringsdato er det Helse Sør-Øst sitt ansvar å finansiere (betale Sykehuspartner) og sørge for nødvendig IKT, herunder IKT-utstyr, IKT-systemer, lisenser etc., for den overførte virksomheten og for driften av den.

Helse Sør-Øst skal i nødvendig tid før overføringsdato avklare om det ønskes å overta leieforholdet og tilhørende avtaler til eventuell maskinvare leid eller leaset av Oslo universitetssykehus fra eksterne.

10. Overføring av virksomhetsinformasjon/dokumentasjon

Dokumenter etablert før overføringsdato og som er arkivert i Oslo universitetssykehus' elektroniske arkivsystem, forblir i Oslo universitetssykehus. Opplysninger i personalmapper kopieres og overføres til Helse Sør-Øst. Oslo universitetssykehus vil for øvrig gi Helse Sør-Øst informasjon og dokumentasjonen på forespørsel, slik at Helse Sør-Øst er i stand til å videreføre forpliktelser og rettigheter knyttet til drift av alle deler av virksomheten som overføres.

OUS utsteder tjenestebevis til ansatte som er en del av virksomhetsoverdragelsen.

Oslo universitetssykehus skal lagre (elektronisk) historiske driftsdata og informasjon som er lagret i lønns- og personalsystemet i henhold til gjeldende lovkrav dog minimum i en periode på tre år etter virksomhetsoverdragelsen, og vil gi Helse Sør-Øst RHF informasjon om denne dokumentasjonen på forespørsel.

Etter overføringsdato benyttes Helse Sør-Øst sine systemer for arkiv, dokumentstyring, personalmessige forhold, avviksrapportering m.m., og informasjonen tilhører det regionale helseforetaket.

11. Økonomi

11.1 Overføring av ressursgrunnlaget

Regionalt senter for kliniske IKT-løsninger har vært finansiert av Helse Sør-Øst RHF ved at Oslo universitetssykehus har fakturert sine månedlige driftskostnader. Denne faktureringen opphører fra overføringsdato.

11.2 Regnskapsmessig virkning

Virksomhetsoverdragelsen har regnskapsmessig virkning fra overføringsdato.

11.3 Regnskapsmessig kontinuitet

Virksomheten overføres med regnskapsmessig kontinuitet, jf. helseforetaksloven § 50. Partene er i henhold til helseforetaksloven § 43 regnskapspliktig etter regnskapsloven slik at den overtatte virksomheten regnskapsføres i Oslo universitetssykehus etter reglene i regnskapsloven.

11.4 Balanseposter

Det inngår ikke balanseposter i virksomhetsoverdragelsen.

11.5 Investerings- og etableringskostnader

Investerings- og etableringskostnader som følge av overtakelsen, tilfaller det Helse Sør-Øst å betale. Det gjelder også kostnader i tilknytning til IKT.

11.6 Egne kostnader i forbindelse med overdragelsen

Hvert foretak stiller i en prosjektperiode ressurser til rådighet for å sikre overlevering av tjenesten fra Oslo universitetssykehus til Helse Sør-Øst.

Hver av partene bærer sine egne kostnader i forbindelse med utredning, etablering av dokumenter og prosess for å gjennomføre virksomhetsoverdragelsen, herunder kostnader forbundet med ivaretagelse av plikter som avgivende og mottakende arbeidsgiver.

11.7 Leverandørgjeld og feilutbetalinger

Leverandørgjeld som Oslo universitetssykehus eventuelt utbetaler før overføringsdato for vare- og tjenestekjøp som blir overført til Helse Sør-Øst per 1. mars 2019 faktureres Helse Sør-Øst samlet før 30. juni 2019.

Eventuelle feilutbetalinger vil håndteres fortløpende.

11.8 Pro et contra oppgjør

Det skal gjennomføres et pro et contra-oppgjør mellom partene, der inntekter og kostnader knyttet til virksomheten avregnes per overføringsdato i samsvar med prinsippene i denne avtalen.

Partene skal i fellesskap innen 1. juni 2019 sette opp en pro et contra-opstilling per overføringsdato. Dette kommer som et tillegg til oppgjørsordningen beskrevet i punkt 11.7 og skal samle opp utestående som ikke er omfattet i den løpende oppgjørsordningen. Oppgjøret faktureres innen 30. juni 2019.

Dette gjelder forhold som i forbindelse med overføringen enten er feil, ufullstendig eller har fått utilsiktede konsekvenser, for eksempel fordi fullstendig informasjon ikke har vært tilgjengelig på overføringstidspunktet.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 15. februar 2019
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Oversikt over status for tidligere styresaker

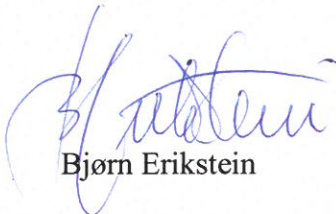
SAK 9/2019 STATUS OG OPPFØLGING AV STYRESAKER

Hvert halvår legges det fram en oversikt over status og oppfølging av styrets vedtak. Vedlagt følger en oppdatert oversikt over status og oppfølging av styresaker per andre halvår 2018. Orienteringssaker er ikke tatt med i oversikten.

Forslag til vedtak:

Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak fram til og med desember 2018 til orientering.

Oslo, den 8. februar 2019


Bjørn Erikstein

Vedlegg til sak 9/2019

Status oppfølging av styrets vedtak

Nedenfor følger oversikt med status og oppfølging av styrets vedtak til og med desember 2018. Tidligere utkvitterte saker, vedtak uten krav til oppfølging som orienteringssaker, herunder administrerende direktørs driftsorienteringer, tas ikke med i oversikten.

Saksnr	Saksnavn	Vedtak	Oppfølging
83/2018	Valgstyre for valg av ansattevalgte til styret	<p>Styret oppnevner følgende valgstyre til valget av styremedlemmer av og blant de ansatte:</p> <p>Ida Merete Skaug, vara Tone Hagedal Wright Bente Aasen, vara Esther Nygård Norseth Vegard Nøtnes, vara Anette Røkholt Truls Gamnes, vara Line Torkildsen Berit Averstad, vara Mette Neergård Kjersti Baksaas-Aasen, vara Øystein Undseth Tove Røsten, vara Karina Torsæter Brynhild Asperud</p>	Valgprosessen er iverksatt
82/2018	Bortfeste til oppføring av modulbygg på Lørenskog	<p>Styret godkjenner bortfeste av deler av eiendommen gnr 113 bnr 363, Sykehusveien 19 til oppføring av modulbygg på Lørenskog og ber administrerende direktør om å gjennomføre bortfeste.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å fremforhandle og inngå en leieavtale i modulbygget på Lørenskog.</p>	Under oppfølging
81/2018	Budsjett 2019	<p>Styret vedtar budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2019 slik det fremgår av tabellene 1, 2 og 3 i styresak 81/2018. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å disponere budsjettet i samsvar med beslutninger i foretaksmøte for Oslo universitetssykehus HF, vedtak i styret i Oslo universitetssykehus HF og gitte fullmakter. Styret ber administrerende direktør legge de vedlagte investeringsplanene til grunn for investeringene i 2019.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å ta opp langsiktige lån fra Helse Sør-Øst RHF og inngå nødvendige leieavtaler for å finansiere investeringer i samsvar med tabell 3.</p>	<p>Under oppfølging</p> <p>OK</p>

		Styret gir administrerende direktør fullmakt innenfor investeringsrammen, til å anskaffe elektronisk logistikk og kvalitetssystem for Sterilavdelingen, en linac og to computertomografer som, inkludert utgifter til ombygging, har estimert anskaffelseskostnad på om lag 20 millioner kroner for hver anskaffelse. Fullmakten forutsetter at administrerende direktør først har fått godkjent anskaffelsene fra Helse Sør-Øst RHF dersom det er nødvendig.	OK
77/2018	Videreutvikling av Aker og Gaustad - konseptfaserapport	<p>Styret tar konseptrapporten Aker og Gaustad til etterretning og anbefaler Helse Sør-Øst RHF å legge rapporten til grunn for videre arbeid med forprosjekt for utbygging på Aker og Gaustad.</p> <p>Styret gir sin tilslutning til oppdatert økonomisk langtidsplan 2019-2062 for Oslo universitetssykehus HF.</p> <p>Styret mener at en utbygging som også inkluderer gynekologi, barn og føde i tillegg til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i etappe 1, vil gi sikrest og mest effektiv drift samt best driftsøkonomi. Styret konstaterer imidlertid at disse områdene bør utredes noe mer før forprosjekt og at finansielle hensyn også tilsier en forskyvning i tid.</p> <p>Styret mener imidlertid at utbyggingen for gynekologi, føde og barn i tillegg til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling må søkes gjennomført i forlengelsen av etappe 1.</p>	Konseptrapport ble behandlet i HSØ styret 31. januar 2019.
74/2018	Anskaffe løsning for radiologi og multimediearkiv	Styret ber administrerende direktør om å følge opp mandatet fra Helse Sør-Øst RHF om anskaffelse av løsning for radiologi og multimediearkiv.	OK
71/2018	Forslag til mulige tema for konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst	Styret har diskutert mulige tema til revisjonsplan 2019 for Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst og ber administrerende direktør oversende mulige tema med bakgrunn i de innspill som ble gitt i møte.	Oversendt HSØ 7.11.2018
69/2018	Virksomhetsoverdragelse prehospitaltjenester Kongsvinger sykehus	Styret slutter seg til avtale om virksomhetsoverdragelse av prehospitaltjenester for opptaksområdet til Kongsvinger sykehus fra Sykehuset Innlandet HF til Oslo universitetssykehus HF.	

		<p>Styret ber administrerende direktør oversende saken til Helse Sør-Øst RHF for vedtak i foretaksmøte.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å undertegne avtalen om virksomhetsoverdragelse etter vedtak i foretaksmøte.</p>	<p>Vedtatt i foretaksmøte 18.12.2018.</p> <p>Avtale er signert</p>
59/2018	Skisseprosjekt for protonster på Radiumhospitalet	Styret anbefaler Helse Sør-Øst RHF at beskrevne skisseprosjekt legges til grunn for videre planarbeid. Det er viktig for Oslo universitetssykehus HF at planlegging av foton- og protonstrålebehandling samles.	Under oppfølging
58/2018	Kjøp av Trondheimsveien 235 på Aker sykehus	<p>Styret anbefaler kjøp av Trondheimsveien 235, gnr. 85, bnr.283 i Oslo kommune, med påstående bygninger og anlegg.</p> <p>Styret ber administrerende direktør signere kjøpekontrakt etter godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF.</p>	Brev med vedtak sendt HSØ 27.9.2018 for godkjenning av kjøp.
54/2018	Rapport per andre tertial 2018	<p>Styret tar rapportering av resultatene per andre tertial 2018 til orientering, men er bekymret for utviklingen i antallet ansatte og at flertallet av klinikkene ligger bak budsjett.</p> <p>Styret ber administrerende direktør komme tilbake til styret i oktobermøtet, med en sak som gir bedre belysning av bemanningsutviklingen.</p>	Sak 67/2018
51/2018	Fremtidens Oslo universitetssykehus - risikovurderinger	<p>Styret tar rapportene om risikovurdering til orientering.</p> <p>Styret mener risikovurderingene av en eventuell faseforskyvning av første etappe mellom utbyggingene på henholdsvis Gaustad eller Aker viser at parallell utbygging og samtidig ibruktaking er mest hensiktsmessig.</p> <p>Styret ber om at rapportene oversendes Helse Sør Øst RHF.</p>	Oversendt HSØ
44/2018	Prinsipper for finansiering av ny storbylegevakt	Styret gir sin tilslutning til de prinsipper for finansiering av ny storbylegevakt som fremgår av denne saken. I samsvar med finansstrategi for Helse Sør-Øst RHF ber styret administrerende direktør søke om godkjenning av en finansiell leieavtale med Oslo kommune basert på de forutsetninger som fremgår av saken, hvor grunnlaget for kapitalelementet i husleien utgjør 1,524 milliarder kroner.	OUS har fått muntlig tilbakemelding etter vedtak i styret i HSØ 13.9.2018 Det er ikke et tilstrekkelig beslutningsunderlag som

		<p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å fremforhandle en husleieavtale med Oslo kommune basert på de prinsipper for kapitalelementet i husleien som fremgår av saken, samt vurdere om forvaltning, drift- og vedlikehold av storbylegevakt skal gjennomføres i egen regi eller ved kjøp av tjenester hos Oslo kommune. Endelig husleieavtale kan ikke fremforhandles før Helse Sør-Øst RHF har godkjent søknad om finansiell leie.</p> <p>Husleieavtale legges frem for styret for godkjenning.</p>	<p>tydeliggjør hvordan man skal sikre kostnadskontroll og styring med prosjektet. Saken gjennomgås på nytt. Følges opp i styresak om dette i februar 2019.</p>
36/2018	Økonomisk langtidsplan 2019-2022 (38)	<p>Styret gir sin tilslutning til forslag til Økonomisk langtidsplan 2019 - 2022(38).</p> <p>Styret anbefaler foreløpig et styringsmål for 2019 på 100 millioner kroner i overskudd. Styret understreker at vurderingen av styringsmålet er betinget av de planforutsetningene som er mottatt fra Helse Sør-Øst RHF når det gjelder utvikling i basisramme og kostnader for 2019 knyttet til medikamenter og IKT.</p> <p>Styret ber administrerende direktør følge opp arbeidet med nye inntektsmodeller, både regionalt og nasjonalt, for å sikre at Oslo universitetssykehus' særskilte utfordringer knyttet til finansiering av regionale og nasjonale oppgaver blir ivaretatt.</p>	Under oppfølging
22/2018	Internrevisjonsplan 2018-2019	Styret tar plan for internrevisjoner 2018-2019 for Oslo universitetssykehus HF til etterretning.	<p>Under oppfølging</p> <p>Internrevisjon av journalføringsplikten flyttes til 2019.</p>
17/2018	Rapport per februar 2018	<p>Styret tar rapporteringen per februar til orientering.</p> <p>Styret er bekymret for driftsresultatet så langt i 2018 og ber administrerende direktør forsterke oppfølgingen av klinikkens tiltaksgjennomføring, herunder planlagt aktivitetsvekst og kontroll med lønnskostnader. Styret ber administrerende direktør komme tilbake til styret i neste møte med konkrete tiltak for å få kontroll på lønnsmassen og bringe driften i balanse. Tiltakene skal risikovurderes med hensyn til kvaliteten i pasientbehandlingen og ansattes arbeidsmiljø.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler om investeringer i</p>	<p>Sak 27/2018</p> <p>Investeringer er</p>

		medisinskteknisk utstyr og bygg for 120 millioner kroner av investeringsrammen for 2019.	gjennomført, budsjett for 2019 er godkjent
8/2018	Budsjett 2018 – status og gjennomføring	Styret tar saken til orientering. Styret ber Helse Sør-Øst RHF om en snarlig avklaring av finansieringen av laboratorievirksomheten.	Under oppfølging
73/2017	Budsjett 2018	Styret vedtar budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2018 slik det fremgår av tabellene 1, 2 og 3 i styresak 73/2017. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å disponere budsjettet i samsvar med beslutninger i foretaksmøte for Oslo universitetssykehus HF, vedtak i styret i Oslo universitetssykehus HF og gitte fullmakter. Styret ber administrerende direktør legge de vedlagte investeringsplanene til grunn for investeringene i 2018. Styret konstaterer at budsjettet for 2018 er krevende og ber administrerende direktør komme tilbake i neste møte med en prognose for økonomisk resultat og redegjøre nærmere for status for gjennomføring av de tiltak som ligger til grunn for budsjettet, med særlig vekt på klinikkenes situasjon. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å ta opp langsiktige lån fra Helse Sør-Øst RHF og inngå nødvendige leieavtaler for å finansiere investeringer i samsvar med tabell 3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å anskaffe Linac, MR, kirurgirobot og utstyr til sterilsentral som, inkludert kostnader til ombygging, har anskaffelseskostnad over 20 millioner kroner for hver anskaffelse. Fullmakten forutsetter at administrerende direktør først har fått godkjent disse anskaffelsene fra Helse Sør-Øst RHF.	OK Sak 8/2018 OK Anskaffelsesprosesser (for Linac, MR og kirurgirobot) er igangsatt. Utstyr til sterilsentralen på Aker, anskaffelsesprosess er gjennomført
29/2017	Plan for internrevisjon 2017-2018	Styret tar revisjonsplan 2017-2018 for Oslo universitetssykehus HF til etterretning.	OK
15/2017	Rapport per februar 2017	Styret tar rapporteringen av resultater per februar 2017 til orientering. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler om investeringer i medisinskteknisk utstyr for 150 millioner kroner av investeringsrammen for 2018.	Gjennomført

9/2017	Storbylegevakt på Aker sykehus	<p>Styret gir sin tilslutning til samarbeidsavtale om gjennomføring av forprosjekt for ny storbylegevakt og gir administrerende direktør fullmakt til å signere avtalen. I forbindelse med nytt bygg til storbylegevakt anbefaler styret salg til Oslo kommune av den angitte eiendommen på Trondheimsveien 235, gnr 85 bnr265 i Oslo kommune. Salget skal skje til markedspris.</p> <p>Styret ber administrerende direktør formidle salgsanbefalingen til Helse Sør-Øst RHF for vedtak i foretaksmøtet.</p>	<p>Avtale er signert</p> <p>Foretaksmøte i HSØ RHF behandlet salg 18.5.17. Venter på tilbakemelding fra HSØ etter styrevedtak 13.9.2018</p>
7/2017	Konsernrevisjonsrapport «Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen»	<p>Styret tar revisjonsrapporten til etterretning.</p> <p>Styret ber om å bli orientert om oppfølgingen av fremlagte handlingsplan.</p>	OK
6/2017	Budsjett 2017 og gjennomføring av virksomheten	<p>Styret mener saksfremlegget viser at det er jobbet godt i klinikkene med å finne ytterligere tiltak for å sikre gjennomføring av budsjett 2017. Styret understreker viktigheten av at de aktuelle tiltakene gjennomføres hensyntatt styringsmålene og ber administrerende direktør gi oppfølging av dette høy prioritet. Styret mener imidlertid at risikoen for negative avvik fra styringsmålet fortsatt er betydelig. Styret ber derfor administrerende direktør løpende vurdere ytterligere virkemidler for å redusere den økonomiske risikoen. Styret understreker at dette er viktig for å kunne gjennomføre de planlagte investeringene i medisinsk teknisk utstyr. Styret ber administrerende direktør gi oppdatert oversikt over tiltak og gjennomføring av disse på styremøtene i 2017.</p> <p>Administrerende direktør gis fullmakt til å gjennomføre seks anskaffelser med anskaffelseskostnad over 20 millioner kroner i samsvar med omtalen i styresak 6/2017. Fullmakten forutsetter at administrerende direktør også har fått godkjent disse investeringene fra Helse Sør-Øst RHF.</p>	Gjennomført
69/2015	Leie av Storgata 40	<p>Styret slutter seg til utkastet til 10-årige framleieavtale i Storgata 40 med Oslo kommune ved Helseetaten.</p> <p>Styret ber adm dir fremme leieavtalen til Helse Sør-Øst RHF for godkjenning.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å slutføre og inngå en 10-årig leieavtale i Storgata 40, forutsatt godkjenning i Helse Sør-Øst RHF og i bystyret i Oslo kommune.</p>	<p>Et utkast til avtale er fremmet til HSØ (ikke behandlet i HSØ).</p> <p>Det sluttforhandles med kommunen om leieavtalen.</p>

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 15. februar 2019

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

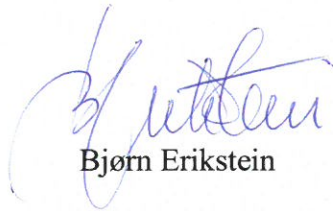
SAK 10/2019 PLAN FOR STYRET I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Styret vedtar at møtet 13. desember 2019 starter klokken 8.

Oslo, den 8. februar 2019



Bjørn Erikstein

Plan for styret i Oslo universitetssykehus HF

Møte	Vedtaksaker	Orienteringssaker
28. mars 2019 kl 10-16	Oppdrag og bestilling 2019 Årsoppgjør 2018 Strategi	Rapport per februar Plan for styret Økonomisk langtidsplan ADs orienteringer
10. mai 2019 kl 10-16	Økonomisk langtidsplan 2020-2023	Rapport per mars Plan for styret Årsrapport HMS 2018
29. mai 2019 kl 10-16	<i>Reservetid</i>	
14. juni 2019 kl 10-16	Styremøter i 2020 Risikovurdering for 2019	Rapport per 1. tertial og resultater per mai 2019 Budsjett 2020 ADs orienteringer
26. september 2019 kl 10-16	Plan for internrevisjon 2020	Rapport 2. tertial 2019 Plan for styret Eierskap i selskaper Oppfølging styresaker Budsjett 2020 Møte med Brukerutvalget ADs orienteringer
1. november 2019 kl 10-16		Rapport per september Plan for styret Budsjett 2020 ADs orienteringer
1. november 2019 kl 16-20	Styreseminar	Styreevaluering
28. november 2019 kl 10-16	<i>Reservetid</i>	
13. desember 2019 kl 10-16	Budsjett 2020	Rapport per november Plan for styret ADs orienteringer

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 15. februar 2019

Saksbehandler: Leder Direktørens kontor

Vedlegg:

SAK 11/2019 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER

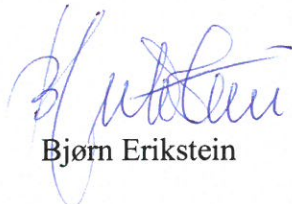
Følgende legges frem til orientering:

1. Oppgavedeling i Oslo sykehusområde
2. Pasientsikkerhet
3. Juridiske forhold - rettsvister
4. OUS i mediene
5. Referat og øvrige vedlegg

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, 8. februar 2019



Bjørn Erikstein

1. OPPGAVEDELING I OSLO SYKEHUSOMRÅDE

Deltakelse i regionalt prosjekt vedr. oppgavedeling i Oslo Sykehusområde

Helse Sør-Øst RHF har i flere styresaker uttrykt at en utnyttelse av potensialet for økt kapasitet ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus må benyttes for å håndtere kapasitetsutfordringene i hovedstadsområdet fremover. Begge de private, ideelle sykehusene skal håndtere befolkningsvekst i egne opptaksområder. I tillegg er det ønskelig å redusere antall oppdelte pasientforløp i Oslo sykehusområde, ved at pasientene kan få en større andel av sine spesialisthelsetjenester ved sitt lokalsykehus. Endret oppgavedeling og økt egendekning ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus har vært fremmet som virkemidler for å sikre mer helhetlige pasientforløp. I tillegg er dette viktig for å avlaste Oslo universitetssykehus HF.

I et regionalt prosjekt med tilhørende fem delprosjekter skal det nå legges planer for å realisere besluttet endret oppgavefordeling innenfor følgende områder med tentativ implementeringsdato:

- Endring i pasientstrømmer ved akutt hjerneslag (innen 1/5-2019) – Ledes av OUS v/Fagdirektør Helsefag
- Medikamentell kreftbehandling (innen 1/9-2019) – Ledes i felleskap av Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus
- Primære og sekundære hud-, bløtdels- og beninfeksjoner (innen 1/9-2019) – Ledes av Lovisenberg Diakonale Sykehus
- Hemodialyse (innen 1/7-2020) – Ledes av Lovisenberg Diakonale Sykehus
- Økonomi – Ledes av HSØ

Det regionale prosjektet ledes av Andres Moan i HSØ med innleid prosjektstøtte fra Deloitte. Prosjektets styringsgruppe består av administrerende direktør for de respektive sykehusene, fagdirektør i HSØ, brukerrepresentanter og konserntillitsvalgte. Et eget prosjektsekretariat med sykehusets fagdirektører forbereder saker til styringsgruppen.

Styret vil holdes oppdatert over status og fremdrift i prosjektet.

2. PASIENTSIKKERHET

Personvern og pasientsikkerhet

Det er de siste ukene fremsatt sterk kritikk mot personvern i sykehus og personvernombudet i Oslo universitetssykehus spesielt. Kritikken som er fremsatt berører også regelverk knyttet til offentlige anskaffelser, IKT-strategi, helserett og forskning.

Personvernreglene er oppdatert og til dels strammet inn i forbindelse med innføring av EUs generelle personvernforordning (GDPR) og ny personopplysningslov. All behandling av personopplysninger krever et grunnlag i GDPR, herunder utlevering og deling av data. Dette gir noen utfordringer i tilknytning til forskning, og særlig samarbeid med 3. land (for eksempel USA). OUS etablerer stadig nye registre og løsninger for datadeling. Vi har over 365 aktive kvalitetsregistre, 60 forskningsregistre, 523 kvalitetsstudier, allet med tilråding fra personvernombudet og

behandlingsgrunnlag iht. GDPR. I tillegg har vi 2600 pågående helseforskningsstudier. Vi er stolte av denne aktiviteten, som er viktig for forskning, kvalitetssikring og pasientsikkerhet.

Godt personvern er derfor også god pasientsikkerhet. Pasientene skal føle seg trygge på at sensitive helseopplysninger er forsvarlig sikret og ikke kommer uvedkommende i hende. Sykehuset retningslinjer skal understøtte kravet om at sensitiv informasjon håndteres på lovlig måte til beste for pasientene, forskningen og undervisningen i sykehuset. Ledelsen imøteser derfor positivt denne debatten i Oslo universitetssykehus og tar innspillene som er kommet på alvor. Det er i januar avholdt to all-møter om temaene som har opprørt fagmiljøene. Sykehuset vil følge dette opp med et nytt møte primo mars hvor flere myndighetsorganer er invitert. Det foregår i tillegg en opprydning internt i tilknytning til flere påpekte forhold som ledd i innføring av ny personvernforordning som tidligere rapportert til styret.

3. JURIDISKE FORHOLD - RETTSTVISTER

Arbeidsrettssakene – individuelle saker:

- Midlertidig ansettelse på prosjekt
Sykehuset er stevnet for tingretten av en ansatt på forskningsprosjekt. Saken gjelder spørsmål om det foreligger ulovlig midlertidig ansettelse og krav om fast ansettelse. Det var hovedforhandling 10-11 september og dom ble avsagt 27. september. Retten kom til at den ansattes arbeid ikke er av midlertidig karakter og vedkommende er å anse som fast ansatt. Dommen blir stående.
- Midlertidig ansettelse
Sykehuset er stevnet for tingretten av en tidligere ansatt. Saken gjelder spørsmål om det foreligger ulovlig midlertidig ansettelse og usaklig oppsigelse med krav om fast ansettelse. Det har vært avholdt rettsmekling uten at det førte fram. Saken forberedes og det avventes beramming.

Kontraktsforhold

- Sykehuset er stevnet av en leverandør med påstand om at sykehuset har brutt regelverket for offentlige anskaffelser i forbindelse med anskaffelse av medisinsk teknisk utstyr (røntgenapparat til bruk ved operasjon ved hånd- og fotkirurgi). Det er varslet erstatningskrav. Saken ble behandlet ved Oslo tingrett 23-24 april 2018 og dom falt med frifinnelse for sykehuset. Leverandøren har anket saken og det avventes tidspunkt for beramming.
- Sykehuset går til søksmål sammen med IF forsikring mot Gjensidige forsikring. Dette gjelder forsikringsoppgjør og regress. Bakgrunnen er installering av sprinkelanlegg i loft i et bygg på Ullevål i 2012-2013. I 2015 ble det brudd i anlegget på grunn av frost. If har betalt for utbedring av skadene fratrukket egenandelen til OUS. If har i samarbeid med OUS i lang tid vært i dialog med Gjensidige (som er entreprenørens forsikringsselskap). Det er uenighet om hva som er årsaken til skaden, og fra vår side hevdes det utførelsesfeil og derved en mangel ved anlegget.

Pasientforhold – erstatning

- Sykehuset er stevnet av pårørende til tidligere pasient som døde. Det gjelder krav om oppreisning til etterlatte etter dødsfall. Ambulansepersonell fra OUS var på pasientens bopel 2 ganger. Ved første besøk ble det vurdert at pasienten ikke hadde behov for innleggelse ved sykehus. Det er nedlagt påstand om erstatning for ikke økonomisk tap/oppreisning fastsatt etter rettens skjønn med hjemmel i det ulovfestede organansvaret. Det arbeides med tilsvarende. Saken er prinsipiell når det gjelder rammene for organansvaret. Saken er prinsipielt viktig for helseforetak i sin alminnelighet.

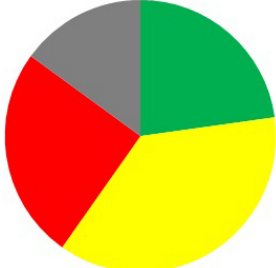
Kjernen i saken er anførsler fra saksøker om at OUS har ansvar grunnet manglende rutiner/systemsvikt og at dette utgjør et grovt uaktsomt forhold. I helsetjenesten skjer det feil og ordningen med NPE er opprettet for at det enkelte sykehus ikke skal måtte håndtere erstatningssaker i sin alminnelighet. NPE ordningen omfatter imidlertid ikke krav om oppreisning, slike saker må det enkelte helseforetak håndtere på egen hånd. Det er lite relevant rettspraksis og juridisk teori om rammene for organansvaret. OUS mottar med jevne mellomrom krav om oppreisning på dette grunnlag parallelt med at krav om erstatning for økonomisk tap fremmes for NPE. Da dette ansvaret er ulovfestet og det er lite veiledning i praksis vil denne saken være med på å belyse hvordan slike saker kan og bør vurderes i fremtidige saker. Saken er i stor utstrekning av teoretisk juridisk art, selv om det også er sentralt å klargjøre hva som har skjedd i saken og grad av klanderverdighet mv.

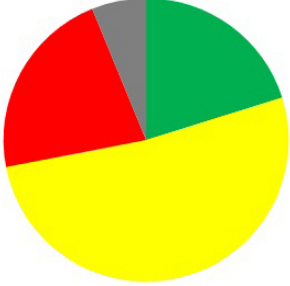
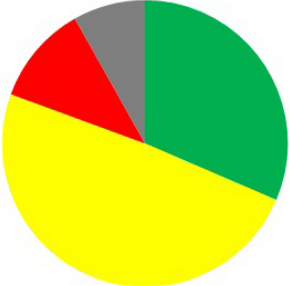
Saken gikk for retten i tiden 26. - 28. november og dom ble avsagt 11. desember 2018. OUS ble frifunnet. Saksøker har anket saken til lagmannsretten, og det forventes om den blir sluppet inn.

- Sykehuset er stevnet av en pasient med krav om erstatning og oppreisning på grunnlag av arbeidsgiveransvar/organansvar for feildiagnostisering som fikk store konsekvenser for vedkommendes disposisjoner, handleevne m.v. Det pågår en parallell prosess i NPE om erstatning for pasientskade. OUS har sluttført saken for sin del ved å inngå rettslig forlik.

4. OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS I MEDIENE NOVEMBER 2018 – JANUAR 2019

I perioden november 2018 - januar 2019 ble det registrert 5004 mediasaker om sykehuset.

Periode	Antall saker	Vekting/etterlatt inntrykk	Vekting prosent	Kommentar
Januar 2019	2194		Positiv: 23 Nøytral: 37 Negativ: 25 Ikke vektet: 15*	Økt andel negative oppslag knyttet til debattene om personvern og framtidens OUS.

Desember 2018	1280		Positiv: 20 Nøytral: 52 Negativ: 22 Ikke vektet: 6*	Økt andel negative oppslag knyttet til debattene om personvern og framtidens OUS.
November 2018	1530		Positiv: 31 Nøytral: 49 Negativ: 11 Ikke vektet: 8*	Høy andel positive oppslag skyldes flere enkeltsaker der sykehusets ansatte utmerker seg positivt.

*) Grått er andelen meldinger om personskaade, disse vektet ikke.

Sentrale saker i perioden:

Framtidens OUS

Byggeplanene for sykehuset er mye omtalt og diskutert i mediene i perioden, også på kommentarplass i flere toneangivende medier. I perioden har planene vært til behandling i flere styremøter både i Oslo universitetssykehus og Helse Sør-Øst.

Både representanter for sykehuset, Helse Sør-Øst, politikere og kritikere har deltatt aktivt i debatten.

Implantater

Aftenposten har over lengre tid arbeidet med en serie om implantater i vid forstand, alt fra pacemakere og hjertepumper til skruer og hofteproteser, som feiler, og manglende systemer for å fange opp feilene. Dette er et samarbeid mellom 59 mediehus i hele verden. Oslo universitetssykehus har vært involvert i og bidratt med kommentarer og faktainformasjon til flere av enkeltsakene. Sakene har vært av både positiv og negativ art.

Pacemakerregister og personvern i sykehus

I forlengelsen av serien om implantater fulgte Aftenposten opp med en sak om pacemakerregister i Norge. Dette kunne ifølge fagpersoner ha reddet mange liv, men personvernregler beskyldes for stå i veien for utvikling av funksjonelle registre. Dette ble innledningen til en større debatt om personvern i helsevesenet, noe som har engasjert stort, spesielt blant fagfolk, men også samfunnet for øvrig.

Sykehuset i sosiale medier:

Mest leste saker på sykehusets Facebook-side i perioden:

- Høysesong for norovirus – husk håndvask (ekstern artikkel)
- Jubel for sykehusets egen superhelt – Rasmus årets navn (ekstern artikkel)
- Selv om pasienten puster, kan du starte hjerte-lunge-redning (egen kronikk)
- Vi gratulerer alle portører med dagen (eget bilde)
- 1 av 5 innlagt på sykehus får akutt forvirringstilstand (egen blogg)

Formidling av fag og forskning i «Ekspertsykehuset»

Satsingen på fag- og forskningsformidling gjennom «Ekspertsykehuset» følger månedlige temaer; i november var dette «hjernen», i desember «fremtidens sykehus» og i januar «genetisk diagnostikk». Temaene blir presentert med blogginnlegg fra fagmiljøene, videosnutter og annet redaksjonelt innhold.

Kommunikasjon med medarbeidere

Intranett er sykehusets primære kanal for informasjon til ansatte, supplert av instagram og nyhetsbrevet Ukenytt.

Intranettet har debattfelt/diskusjonsforum for ansatte. De siste månedene er diskusjonsforumet på intranettet løftet høyere opp på startsidene for å se om det kan bidra til flere konstruktive debatter. Så langt har ikke dette hatt særlig effekt.

De siste månedene er dette blant de sakene som har fått særlig oppmerksomhet i sykehusets interne kanaler:

- Framtidens OUS
- Personvern i sykehuset
- Ny LIS-utdanning
- Oona Dunlop ny leder for klinisk etikk-komite (KEK)
- Gratulasjoner på portørenes dag

5. REFERAT OG ØVRIGE VEDLEGG

- Protokoll fra Brukerutvalgets møte 10. desember 2018 (vedlegg)
- Protokoll fra Helse Sør-Øst RHF styremøte 13. desember 2018 (vedlegg)
- Foreløpig protokoll fra Helse Sør-Øst RHF styremøte 31. januar 2019 (vedlegg)

PROTOKOLL

Møtetema: **Brukerutvalgsmøte 10.desember 2018 kl 13.00-17.00**

Til: Brukerutvalget ved OUS HF

Kopi: Styret ved OUS HF, Brukerutvalget HSØ RHF

Dato dok: 12.12.2018

Dato møte: 10.12.2018

Referent: Stine Arntzen Selfors

Tilstede: Tove Nakken, Kim Fangen, Anne Giertsen, Pål Kjeldsen, Susan Smerkerud, Stine B. Dybvig, Marius Korsell, Twinkle Dawes, Solveig Rostøl Bakken, Arne Olav G. Hope
Fra OUS: Bjørn Erikstein (13-14), Kari Skredsvig (13-15), Stine A. Selfors

Forfall: Mari Ourom, Kjell Silkoset, Brita Rønnebech Bølgen

Sak nr	
60/2018	<p>Godkjenning av innkalling og agenda</p> <p>Vedtak Innkalling og agenda er godkjent</p>
61/2018	<p>Direktørens time Temaer det ble snakket om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Søndra Ålvsborg sjukehus i Borås har et brukermidvirkningsprosjekt som det kunne vært interessant å se nærmere på, med tanke på overføringsverdi til OUS HF • Pasientregistre og personvern • Persontilpasset medisin/presisjonsmedisin • Diagnostisering av Lymfekreft • Henvendelse fra Norsk Tourettes forening om manglende behandlingstilbud
62/2018	<p>Styremøtesaker Gjennomgang av styremøtesaker med særlig fokus på beslutning om konseptfaserapporten.</p> <p>Vedtak Tove Nakken og Kim Fangen representerer BU i Styremøtet.</p>
63/2018	<p>Fremtidens OUS – medvirkning og videre arbeid, hvordan gjør vi det best Nina Fosen informerte om status for og videre arbeid med fremtiden OUS. Hun ønsket også tilbakemeldinger fra BU på brukermidvirkningen i konseptfasen så langt.</p> <p>Vedtak BU anbefaler at det i det videre arbeidet fortsettes med brukerrepresentasjon i fokusgrupper ol, men at det i tillegg legges opp til en bredere og mer tilgjengelig medvirkning i form av for eksempel workshop, testing etc.</p>

64/2018	<p>Brukermedvirkning på systemnivå på OUS</p> <p>Vedtak Saken ble utsatt til neste møte.</p>
65/2018	<p>Brukerundersøkelsen Thomas J. Riiser og Anee Hvass gjennomgikk OUS HF sin brukerundersøkelse med fokus på hvordan sykehuset nyttiggjør innspillene de får fra brukerne.</p> <p>Vedtak BU ønsker å bidra til at flere svarer på brukerundersøkelsen og at helseforetaket kan få enda bedre nytte av innspillene. I første omgang vil BU sikre at brukerrådene i klinikk jevnlig gjennomgår resultatene av undersøkelsen og gjennom dette bidrar til å sette fokus på forbedringsområder i klinikkene.</p>
66/2018	<p>Årsrapport 2018 Årsrapporten skal legges ved helseforetakets årlige melding.</p> <p>Vedtak Innspill til årsrapporten sendes til koordinator innen 8. desember.</p>
67/2018	<p>Erfaringsutveksling En gjennomgang av aktivitet siden forrige møte.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasientsikkerhetsseminaret – Innledning ved leder av BU • PPO fagdag • Innlegg på stormøte i samarbeidsutvalget • Læringsnettverk pasientforløp • Innlegg på styremøtet førte til invitasjon til boklansering og mulig innslag på God morgen Norge på TV2. • Siste møte i ungdomsrådet denne perioden. • Brukerråd i OPK, KVI, BAR, KRE • Workshop HSØ Nytt opplæringsprogram brukermedvirkning • Regional arbeidsgruppe – brukermedvirkning utviklingsplan 2035 • Digitale pasientforløp – e-konsultasjonstakster på plass • Forskning på effekten av erfaringskonsulent i poliklinikk • Fontan-prosjektet – prosjektseminar • Regionalt forskningsutvalg • Forskningsgruppe Lymfom • Nasjonal rutine for forebygging og behandling av underernæring – revisjon • Fellessamling Konseptfase Aker/Gaustad <p>Vedtak Til orientering</p>
68/2018	<p>Eventuelt Ingen saker meldt</p>

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Helse Sør-Øst RHF, Hamar
Dato:	Styremøte 13. desember 2018
Tidspunkt:	Kl 0915-1700

Følgende medlemmer møtte:

Svein Ingvar Gjedrem	Styreleder
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder
Kirsten Brubakk	
Christian Grimsgaard	
Bushra Ishaq	Forfall
Vibeke Limi	
Einar Lunde	
Geir Nilsen	
Sigrun E. Vågeng	
Svein Øverland	

Fra brukerutvalget møtte:

Rune Kløvtveit	
Nina Roland	Til kl 15:00

Følgende fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus (fra sak 114-2018)
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Konserndirektør Atle Brynestad, direktør medisin og helsefag Jan Frich, økonomidirektør Hanne Gaaserød, direktør personal- og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø og kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande

Saker som ble behandlet:

112-2018	GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE
----------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

113-2018	GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 15. NOVEMBER 2018
----------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Protokoll fra styremøte 15. november 2018 godkjennes.

114-2018	REGIONAL UTVIKLINGSPLAN 2035 FOR HELSE SØR-ØST
----------	---

Innledningsvis ble det vist til drøftingsprotokoll fra de konserntillitsvalgte og administrerende direktørs tilsvar hvor det er foreslått noen konkrete endringer og tillegg til plandokumentet. Dette vil bli innarbeidet i endelig vedtatt regional utviklingsplan.

Oppsummering

Basert på nasjonale og regionale føringer og helseforetakenes utviklingsplaner, samt en omfattende høringsrunde, foreligger et forslag til endelig versjon av *Regional utviklingsplan 2035* for Helse Sør-Øst.

Planen er godt forankret gjennom dialog med brukerutvalg, tillitsvalgte, helseforetakene, myndigheter og kommunene. I høringsuttalelsene kom det mange gode forslag til endringer som er fulgt opp i endelig versjon av planen.

Regional utviklingsplan har både et langt perspektiv mot 2035 og et fireårs perspektiv.

Kommentarer i møtet

Styret ønsker at aktuelle tema som gjelder oppfølgingen av den regionale utviklingsplanen presenteres for styret.

Styret ba også om at administrerende direktør kommer tilbake til styret med saker knyttet til organisatoriske forhold som ikke er omtalt i planen. Dette gjelder blant annet kontrollspennet (antallet helseforetak i Helse Sør-Øst), organisering av Sykehuspartner og vedlikeholdsbehov i eiendomsmassen.

Merknader gitt av styret i møtet følges opp og innarbeides i endelig plan.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret gir sin tilslutning til *Regional utviklingsplan 2035* for Helse Sør-Øst med de merknader som fremkom i møtet.
2. Styret ber om å bli holdt orientert om oppfølging av planen

Stemmeforklaring fra styremedlemmene Øverland, Brubakk og Grimsgaard:

Vi viser til drøftingsinnspillet i saken. Planen bygger på valg av endringsfaktorer i modellen for dimensjonering som påvirker forventet behovsvekst i spesialisthelsetjenesten. Vi er bekymret for at den samlede behovsveksten stipuleres for lavt.

115-2018	OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF – KONSEPTRAPPORT VIDEREUTVIKLING AV AKER OG GAUSTAD
----------	--

Det ble vist til den utsendte drøftingsprotokollen fra de konserntillitsvalgte.

Oppsummering

Konseptrapport for videreutvikling av Aker og Gaustad, Oslo universitetssykehus HF, ble avgitt fra prosjektorganisasjonen i Helse Sør-Øst RHF 16. november 2018. Rapporten ble behandlet i styringsgruppen for videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF 30. november 2018 og behandlet i styret ved Oslo universitetssykehus HF 6. desember 2018.

Proessen for videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF, Aker og Gaustad, er omfattende og det er et svært komplekst prosjekt. Behandlingen i styret ved Oslo universitetssykehus HF 6. desember må inngå i grunnlaget for beslutning i styret i Helse Sør-Øst RHF. I denne saken gis styret derfor en redegjørelse for prosess og innhold i konseptrapporten som nå er ferdigstilt.

Til styremøtet i januar 2019 vil styret få seg forelagt en beslutnings sak for endelig behandling av konseptrapporten.

Kommentarer i møtet

Styret har kommet et skritt videre i forståelsen av økonomisk bærekraft og kalkylene for investeringer i foreliggende konseptrapport.

Det ble stilt spørsmål til hvor realistisk effektiviseringen i forkant og etterkant av innflyttingen i nye bygg vil være. Dette ønsker styret nærmere belyst i styresaken i januar 2019. Dette påvirker den økonomiske bærekraften i prosjektet, men ikke sammenligningen med null-alternativet.

Styret ber også om at det blir vurdert løsninger på Aker som minimerer behovet for tomte kjøp. Videre ønsket styret en nærmere beskrivelse av nullalternativet.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar redegjørelsen om konseptrapport for videreutvikling av Aker og Gaustad til orientering.
2. Styret ber om at det fremlegges en beslutnings sak i januar 2019 for endelig behandling av konseptrapporten, inkludert vurdering av reguleringsrisiko og risiko knyttet til økonomisk bærekraft.

116-2018	OSLO UNIVERITETSSYKEHUS HF – SKISSEPROSJEKT PROTONSENTER VED RADIUMHOSPITALET
-----------------	--

Oppsummering

I forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2018 ble det besluttet at det første protonsentret i Norge skal etableres ved Oslo universitetssykehus HF, Radiumhospitalet, mens det andre skal etableres i Helse Bergen HF.

Det er bevilget 1,841 milliarder kroner (P85; prisenivå oktober 2017) til Helse Sør-Øst RHF til formålet, finansiert ved investeringslån tilsvarende 70 prosent og investeringstilskudd tilsvarende 30 prosent av kostnadsrammen.

Helse Sør-Øst RHF har lagt til grunn at gjennomføringen av nytt protonsent samkjøres med nytt klinikkbygg ved Radiumhospitalet, Oslo universitetssykehus HF, slik at utbyggingen på Radiumhospitalet organiseres og styres som ett prosjektet. Styret behandlet sak om dette i møte 1. februar 2018 (sak 011-2018).

Denne saken omhandler oppfølging av punkt 5 i ovennevnte vedtak: «*Styret legger til grunn at det utarbeides et skisseprosjekt for protonsentret, tilpasset de lokale forhold og at det gjennomføres en økonomisk usikkerhetsanalyse for å verifisere både P50 og P85-estimatet. Skisseprosjektet legges frem for styret for godkjenning*».

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret godkjenner skisseprosjekt for konseptfasens del II for protonsent på Radiumhospitalet og ber om at dette legges til grunn for det videre arbeidet med prosjektet.
2. Styret forutsetter at prosjektet tilpasses kostnadsrammen på 1,841 milliarder kroner (P85; prisenivå oktober 2017) og at dette bekreftes i forprosjektet.
3. Styret ber om å få seg forelagt forprosjektet for godkjenning før prosjektet gjennomføres.
4. Styret legger til grunn at Oslo universitetssykehus HF arbeider videre med å konkretisere driftskonseptet og økonomiske konsekvenser av etablering av protonsent ved Radiumhospitalet.

117-2018

VIDEREUTVIKLING AV SYKEHUSET INNLANDET HF

Oppsummering

Saken gir en redegjørelse for idéfaserapporten fra Sykehuset Innlandet HF og en orientering fra arbeidet i en arbeidsgruppe med medlemmer fra Sykehuset Innlandet HF og Helse Sør-Øst RHF som ble nedsatt våren 2018.

Det fremlegges en beslutningssak i januar 2019 med forslag til et målbilde for videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF og en konkretisering av aktiviteter som skal skje frem til oppstart av en konseptfase.

Kommentarer i møtet

Styret ga sin tilslutning til saken og ba om at det legges vekt på å ivareta vårt «sørge for»-ansvar for hele Innlandet.

Styret er enig i at det er nødvendig å samle de spesialiserte funksjonene og at det er behov for nybygg. Den fremtidige sykehusstrukturen i Innlandet må ivareta nødvendig balanse mellom de østlige og vestlige deler av Innlandet.

Videre pekte styret på behovet for vurderinger av økonomisk bærekraft i en fremtidig sykehusstruktur.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar redegjørelsen om idéfaserapporten fra Sykehuset Innlandet HF til orientering.
2. Styret ber om at det fremlegges en beslutningssak i januar 2019 med forslag til et målbilde for videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF og en konkretisering av aktiviteter som skal skje frem til oppstart av en konseptfase.

118-2018

PLANER FOR OVERFØRING AV KONGSVINGER SYKEHUS FRA SYKEHUSET INNLANDET HF TIL AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS HF OG OSLO UNIVERSITETS-SYKEHUS HF

Oppsummering

I foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 29. juni 2017 ble det vedtatt å overføre ansvaret for spesialisthelsetjenester til innbyggere i kommunene Kongsvinger, Grue, Nord-Odal, Sør-Odal, Eidskog og Nes fra Sykehuset Innlandet HF til Akershus universitetssykehus HF.

Prehospitaltjenester for Akershus sykehusområde utføres i dag av Oslo universitetssykehus HF. Samtidig med overføringen av spesialisthelsetjenester for

Kongsvinger-regionen til Akershus universitetssykehus HF overføres derfor de prehospitale tjenestene for opptaksområdet til Kongsvinger sykehus til Oslo universitetssykehus HF.

Endringen av foretakstilhørighet vil bli gjennomført som en virksomhetsoverdragelse etter arbeidsmiljølovens kap. 16. Overføringen skjer i samsvar med helseforetaksloven § 50. De berørte helseforetakene har utarbeidet avtaler som omhandler virksomhetsoverføringen.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret godkjenner planer for overføringen av Kongsvinger sykehus med tilhørende opptaksområde fra Sykehuset Innlandet HF til Akershus universitetssykehus HF, behandlet i styret for Sykehuset Innlandet HF og i styret for Akershus universitetssykehus HF 23. november 2018.
2. Styret godkjenner planer for overføringen av prehospitale tjenester ved Kongsvinger sykehus fra Sykehuset Innlandet HF til Oslo universitetssykehus HF, behandlet i styret for Sykehuset Innlandet HF 23. november 2018 og i styret for Oslo universitetssykehus HF 25. oktober 2018.
3. Styret ber om at det gjennomføres foretaksmøte for de tre helseforetakene for å stadfeste og gjennomføre virksomhetsoverføringene.

119-2018	AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS HF – AVHENDING AV REGULERT VEITRASE I SKI VEST, VESTVEIEN 15, 1400 SKI, GNR. 136, DEL AV BNR. 235 I 0213 SKI KOMMUNE
----------	--

Oppsummering

Saken gjelder avhending av regulert vei/komst til utviklingsområdet Ski vest, Vestveien 15, 1400 Ski, gnr. 136, del av bnr. 235 i 0213 Ski kommune. Veitraseen er i vedtatt arealplan avsatt til *kjøreveg, planidentifikasjon 201508*. Kjøreveien skal tjene som atkomst til eksisterende og fremtidige bolig- og skoleprosjekter i utviklingsområdet Ski vest.

Siden eiendommen vurderes å ha en verdi på mer enn 10 millioner kroner, må sak om avhending i henhold til helseforetakslovens § 31 forelegges foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF før vedtak kan fattes i helseforetakets foretaksmøte.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF oversender Akershus universitetssykehus HF sin anmodning om samtykke til salg av eiendom ved DPS Follo, Vestveien 15, 1400 Ski, gnr. 136, del av bnr. 235 i Ski kommune til foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF for behandling.

2. Styret legger til grunn at intensjonene i samhandlingsreformen ivaretas ved at utbygger og vertskommunen Ski inngår avtale om fremtidig eierskap og driftsansvar for eiendommen.
3. Frigjort likviditet kan benyttes til nedbetaling av gjeld, til investeringer i varige driftsmidler eller til rehabilitering og verdibevarende vedlikehold av bygninger som er nødvendig for klinisk drift.
4. Investeringer, herunder langsiktige leieavtaler, må behandles i henhold til gjeldende fullmaktstruktur.
5. Styret presiserer at Akershus universitetssykehus HF har ansvaret for at avhendingen gjennomføres korrekt og bærer all risiko knyttet til avhendingen.

120-2018	OPPDRAG OG BESTILLING 2019 – KRAV TIL ØKONOMISK RESULTAT
-----------------	---

Oppsummering

Hensikten med denne saken er å fastsette økonomiske resultatkrav for helseforetakene i 2019. Det økonomiske resultatkravet fastsettes som en del av oppdrag og bestilling, men av hensyn til helseforetakenes budsjettprosesser gjøres denne beslutningen før det samlede oppdrag og bestilling er utformet og lagt frem for styret i Helse Sør-Øst RHF. Det redegjøres i saken også for arbeidet og prosess med utforming av oppdrag og bestilling for 2019 til helseforetakene og de private ideelle sykehusene i regionen.

Endelig versjon av oppdrag og bestilling 2019 vil bli forelagt styret 31. januar 2019 og vil bli gjort gjeldende for helseforetakene i foretaksmøter 13. februar 2019.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Det fastsettes følgende krav til økonomisk resultat i 2019 (tall i hele tusen kroner):

Akershus universitetssykehus HF	125 000
Oslo universitetssykehus HF	200 000
Sunnaas sykehus HF	14 000
Sykehusapotekene HF	7 000
Sykehuset i Vestfold HF	105 000
Sykehuset Innlandet HF	0
Sykehuset Telemark HF	30 000
Sykehuset Østfold HF	-129 000
Sørlandet sykehus HF	40 000
Vestre Viken HF	225 000

2. Administrerende direktør gis fullmakt til å fastsette resultatkrav og investeringsbudsjett for Sykehuspartner HF i forbindelse med endelig oppdrag og bestilling 2019.
3. Styret tar redegjørelsen om utformingen av oppdrag og bestilling 2019 til orientering.

121-2018	FORDELING AV REGIONALE FORSKNINGS- OG INNOVASJONSMIDLER FOR 2019
-----------------	---

Oppsummering

De regionale forsknings- og innovasjonsmidlene skal brukes til implementering av den regionale forsknings- og innovasjonsstrategien og støtte forskning og innovasjon i regionen. Dette for å legge grunnlaget for videreutvikling og kvalitetsforbedring av spesialisthelsetjenesten gjennom økt kunnskap og kompetanse.

Regionale midler til forskning og innovasjon består av frie midler tilgjengelige for nye aktiviteter og midler bundet opp i videreføring av flerårige tiltak. For 2019 utgjør de regionale forsknings- og innovasjonsmidlene til sammen 593 mill. kroner.

Forslag til fordeling av regionale forsknings- og innovasjonsmidler i 2019 har samme innretning som i 2018 og fremlegges styret for vedtak. Tildeling av konkurranseutsatte midler fremlegges styret i egen sak.

Kommentarer i møtet

Styret ber om at det ved neste års tildeling blir vurdert nærmere størrelsen på fordelingen av midler til ikke-universitetssykehus.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret vedtar fordeling og videreføring av regionale forsknings- og innovasjonsmidler slik det fremgår av saksframlegget.

122-2018	TILDELING AV REGIONALE, KONKURRANSEUTSATTE FORSKNINGSMIDLER FOR 2019
-----------------	---

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus fratrådte under behandlingen av saken på grunn av inhabilitet. Administrerende direktør Stig Slørdal i Helse Midt-Norge har vært ansvarlig for fremleggelse av saken for styret.

Oppsummering

De regionale midlene til forskning og innovasjon omfatter det øremerkede tilskuddet til forskning fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD-midlene) og regionale forsknings- og innovasjonsmidler fra det regionale helseforetakets eget budsjett.

En andel av de regionale forskningsmidlene konkurransenutsettes årlig til nye prosjekter og tiltak i en åpen søknadsprosess. Det regionale forskningsutvalget i Helse Sør-Øst har behandlet føringer for søknadsprosessen og ga i møtet 28. november 2018 sin tilslutning til gjennomføringen av denne.

Det er Samarbeidsorganet for Helse Sør-Øst RHF og Universitetet i Oslo som vedtar innstilling av HOD-midlene, mens styret i Helse Sør-Øst RHF vedtar tildeling av den konkurransenutsatte delen av de regionale forskningsmidlene (kfr. styresak 102-2018).

Samarbeidsorganet vedtok i møte 30. november 2018 innstillingen for tildeling av HOD-midlene og sluttet seg til innstillingen om fordeling av de regionale, konkurransenutsatte forskningsmidlene.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret slutter seg til innstilling vedtatt i Samarbeidsorganet for Helse Sør-Øst RHF og Universitetet i Oslo om fordeling av det øremerkede tilskuddet fra Helse- og omsorgsdepartementet og vedtar innstilling for tildeling av regionale, konkurransenutsatte forskningsmidler for 2019.

123-2018	ANSKAFFELSE OG INNFØRING AV REGIONAL AMBULANSEJOURNAL
----------	--

Saken ble behandlet i lukket møte, jfr. helseforetakslovens § 29 a, annet ledd og protokollføres i B-protokoll.

124-2018	REVISJONSPLAN 2019 FOR KONSERNREVISJONEN HELSE SØR-ØST
----------	---

Oppsummering

Styrets revisjonsutvalg legger i denne saken frem forslag til revisjonsplan 2019 for konsernrevisjonen Helse Sør-Øst. Revisjonsutvalget skal i henhold til sin instruks utforme forslag til revisjonsplan og fremlegge denne for styret for godkjenning. I henhold til helseforetakslovens § 21 a skal styret godkjenne planen.

Kommentarer i møtet

Styret understreket at det må være god dialog med styrene i helseforetakene om ønsker og behov for gjennomføring av revisjoner. Styret ba også om at revisjonsutvalget kom tilbake til styret med en vurdering av et opplegg for følgerevisjon av program for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering i Sykehuspartner HF.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner revisjonsplan 2019 med de innspill som ble gitt i møtet.

125-2018	VALGKOMITEEN – SUPPLERING AV HELSEFORETAKSSTYRER
----------	---

Saken ble behandlet i lukket møte, jfr. helseforetakslovens § 29 a, annet ledd og protokollføres i B-protokoll.

126-2018	ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER
----------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Årsplan styresaker tas til orientering.

127-2018	ORIENTERINGSSAK: DRIFTSORIENTERINGER FRA ADMINISTRERENDE DIREKTØR
----------	--

I lukket møte, jf helseforetakslovens § 29a, annet ledd orienterte administrerende direktør om forhold hos en privat leverandør.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Andre orienteringer

1. Styreleder orienterte om avholdte møter
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 12. og 13.november 2018
3. Foreløpig protokoll fra møte i revisjonsutvalget 14. november 2018
4. Brev fra aksjonsgruppen Redd Ullevål sykehus om byggeplaner OUS
5. Brev fra Fylkestinget i Oppland om framtidig sykehusstruktur i Innlandet
6. Brev fra Regionrådet i Gjøvikregionen om hovedsykehus ved Mjøsbrua
7. Brev fra Bjørg Marit Andersen om nytt sykehus på Gaustad
8. Brev fra Bente Odner og Randi Werner-Erichsen om sykehus på Gaustad
9. Brev fra Legeforeningens Regionutvalg Sør-Øst og foretakstillitsvalgte om sykehusutbygging i Oslo
10. Brev fra overlege dr. med./tillitsvalgt Steinar Solberg om utbygging på Rikshospitalet/Gaustad
11. Protokoll fra drøftinger med konserntillitsvalgte datert 12.12.2018

Temasaker

- **TEMA: Virksomhetsrapport per november 2018**
Presentasjon av den foreløpige rapporten ble gitt.
- **TEMA: Program for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering (STIM)**
Presentasjon fra Sykehuspartner HF

Kommentarer i møtet:

Styret pekte på at det er viktig at fremdriften i ISOP og STIM koordineres der dette er nødvendig. Videre var styret opptatt av at det må gjøres nødvendige prioriteringer, slik at ambisjonsnivået blir realistisk. Styret ba om en nærmere redegjørelse om strategi for bruk av leverandørmarkedet.

Møtet hevet kl 16:50

Hamar, 13. desember 2018

Svein Ingvar Gjedrem
styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
Nestleder

Kirsten Brubakk

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Vibeke Limi

Einar Lunde

Geir Nilsen

Sigrun E. Vågeng

Svein Øverland

Tore Robertsen
styresekretær

Møteprotokoll

Styre: Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Helse Sør-Øst RHF, Hamar
Dato: Styremøte 31. januar 2019
Tidspunkt: Kl 09:15-16:45

Følgende medlemmer møtte:

Svein Ingvar Gjedrem	Styreleder
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder
Kirsten Brubakk	
Christian Grimsgaard	
Bushra Ishaq	Forfall
Vibeke Limi	
Einar Lunde	
Geir Nilsen	
Sigrun E. Vågeng	Fra kl 10:15
Svein Øverland	

Fra brukerutvalget møtte:

Rune Kløvtveit
Nina Roland

Følgende fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Konserndirektør Atle Brynestad, direktør medisin og helsefag Jan Frich,
økonomidirektør Hanne Gaaserød, direktør personal- og kompetanseutvikling Svein
Tore Valsø og kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande

Saker som ble behandlet:

001-2019	GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE
----------	---------------------------------------

Styrets enstemmige**V E D T A K**

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

002-2019	GODKJENNING AV PROTOKOLL OG B-PROTOKOLLER FRA STYREMØTE 13. DESEMBER 2018
----------	---

Styrets enstemmige**V E D T A K**

Protokoll og B-protokoller fra styremøte 13. desember 2018 godkjennes.

003-2019	FORELØPIG VIRKSOMHETSRAPPORT PER DESEMBER 2018
----------	--

Oppsummering

Ventetider for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet er for alle tjenesteområder isolert sett bedre i desember enn gjennomsnittet for året. Dette er som forventet, og skyldes i hovedsak redusert planlagt aktivitet i forbindelse med avvikling av juleferie. I 2018 har det vært en økning i gjennomsnittlig ventetid til 58 dager, som er én dag mer enn i 2017.

For økonomi er samlet resultat i desember positivt, selv om resultatene varierer mellom foretakene. Det er også flere engangsforhold som påvirker resultatet i desember. Videre er det et relativt stort merforbruk når det gjelder bemanning ved flere helseforetak også i desember. Det store positive resultatet i desember, og også for hele året, er i stor grad knyttet til det regionale helseforetaket.

Kommentarer i møtet

Styret viste til at det var positive trekk ved den økonomiske utviklingen og det ble konstatert at utviklingen i ventetider og aktivitet for prioriteringsregelen er blitt bedre gjennom året, selv om målet ikke er nådd innen alle områder. Tallene for pakkeforløp kreft er også litt bedre, men det er fortsatt utfordringer.

Styret er innforstått med de utfordringer som helseforetakene og de ansatte rapporterer om og understreker at arbeidspress for ansatte følges opp i dialogen med helseforetakene.

Styret viste også til at det er bedt om en sak om organisatoriske forhold i regionen. Saken bør belyse ulike forhold, blant annet vedlikeholdsetterslep og tiltak for å lukke etterslepet.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar foreløpig virksomhetsrapport per desember 2018 til etterretning.

004-2019	DELSTRATEGIER FOR FORSKNING OG INNOVASJON
----------	---

Oppsummering

De to delstrategiene representerer en oppdatering av gjeldende regionale forsknings- og innovasjonsstrategi. I tillegg diskuteres problemstillinger knyttet til fordelingen av de regionale forskningsmidlene i Helse Sør-Øst.

Kommentarer i møtet

Styret ba om at administrerende direktør komme tilbake til styret på egnet måte med saker knyttet til personvern og forskning. Det samme gjelder generelle forhold for personvern i den løpende tjenesteproduksjonen og diskusjon om tolkning av regelverket.

Styret ønsker også en temasak om forskningsinfrastruktur.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar regionale delstrategier for forskning og innovasjon til etterretning.
2. Sak om fordelingen av de regionale forskningsmidlene i Helse Sør-Øst skal fremlegges styret første halvår 2019.

005-2019	MÅLBILDE FOR VIDEREUTVIKLINGEN AV SYKEHUSET INNLANDET HF
----------	---

Oppsummering

Saken presenterer forslag til et målbilde for videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF og en konkretisering av aktiviteter som skal skje frem til oppstart av en konseptfase.

Kommentarer i møtet

Det var bred oppslutning i styret for administrerende direktørs forslag til vedtak. Det ble foreslått at det skulle presiseres at det må avklares hvilke av dagens sykehus som skal være henholdsvis akutt- og elektivt sykehus i framtidig struktur. Videre ble det påpekt at det må utredes behovet for investeringer i de av dagens sykehus som skal videreføres. Dette er momenter som er tillegg i styrets vedtak.

Styret fester seg ved at brukerutvalget i Sykehuset Innlandet HF ønsker en avklaring av målbildet, og styret vektlegger dette.

Styret viser til at Sykehuset Innlandet står foran en stor omstilling og understreker de ansattes medvirkning, se vedtak.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret gir sin tilslutning til et fremtidig mål bilde for Sykehuset Innlandet HF slik det fremgår av saksfremstillingen. Dette innebærer en samling av spesialiserte funksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i et nytt akutt sykehus, Mjøssykehuset, et akutt sykehus på Tynset og fortsatt sykehusdrift ved to av dagens somatiske sykehus i form av et akutt sykehus og et elektivt sykehus med døgnfunksjoner. Prehospitale tjenester og lokalmedisinske sentra skal videreutvikles.
2. Styret understreker at den fremtidige sykehusstrukturen i Innlandet må ivareta en balanse mellom østlige og vestlige deler av sykehusområdet. Videre skal gjenbruk av eksisterende investeringer og økonomisk bærekraft vektlegges. Muligheter for trinnvis utvikling skal belyses.
3. Styret ber administrerende direktør konkretisere det fremtidige virksomhetsinnholdet internt i Sykehuset Innlandet HF.
4. Styret forutsetter at alle spesialiserte funksjoner innen somatikk, somatisk virksomhet fra to av dagens sykehus, og sykehusbaserte tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling inngår i utredningen av virksomhetsinnholdet i et nytt Mjøssykehus ved Mjøsbrua. Det skal avklares hvilke av dagens sykehus som skal være henholdsvis akutt- og elektivt sykehus.
5. Det skal utarbeides et mandat for det videre arbeidet med virksomhetsinnhold og tilhørende lokalisering. Det må også utredes behovet for investeringer i de av dagens sykehus som skal videreføres. Resultatet av dette arbeidet skal presenteres for styret senest første halvår 2020.
6. Styret forutsetter at Sykehuset Innlandet HF etablerer bærekraft på helseforetaksnivå. Dette vil være avgjørende for den videre utviklingen av helseforetaket. Fagområder og funksjoner som kan og bør samles skal, så langt det er mulig, samles i forkant av en framtidig innflytting i et nytt bygg. Den regionale omstillingsavtalen legges til grunn for de endringer som Sykehuset Innlandet vil gjennomføre.

7. Konseptfase skal starte i 2021, forutsatt at den økonomiske situasjonen for Sykehuset Innlandet HF er slik at det kan etableres økonomisk bærekraft på helseforetaksnivå for byggeplanene. Planleggingsrammen er 8,65 milliarder kroner (2018-kroner).
8. Målbildet for Sykehuset Innlandet HF innebærer en vesentlig endring av sykehusstrukturen i Innlandet. Styret ber derfor om at saken oversendes Helse- og omsorgsdepartementet for behandling i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF.

Stemmeforklaring fra styremedlemmene Brubakk, Grimsgaard og Øverland:

Det vises til pkt 4 og 5 i styrevedtaket. Styremedlemmene Brubakk, Grimsgaard og Øverland bemerker at endelig lokalisering av hovedsykehuset bør fastsettes når den øvrige strukturen er nærmere detaljert.

006-2019	OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF – KONSEPTRAPPORT VIDEREUTVIKLING AV AKER OG GAUSTAD
-----------------	--

Det foreligger konseptrapport for videreutvikling av Aker og Gaustad og tilleggsutredning for virksomheten innen gynekologi, fødselshjelp og barnesykdommer som er eksternt kvalitetssikret. Styret ved Oslo universitetssykehus HF anbefaler at konseptrapporten legges til grunn for det videre arbeid med forprosjekt for utbygging på Aker og Gaustad. Videre mener styret ved Oslo universitetssykehus at en utbygging i etappe 1 som også inkluderer gynekologi, fødselshjelp og barnesykdommer, i tillegg til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, vil gi sikrest og mest effektiv drift. Styret ved Oslo universitetssykehus åpner også for at en utbygging for fagområdene gynekologi, fødselshjelp og barnesykdommer, i tillegg til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling kan skje i forlengelsen av etappe 1.

Oppsummering

Videreutviklingen av Aker og Gaustad er et ledd i realisering av målbildet for Oslo universitetssykehus HF slik det ble godkjent i foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF 24. juni 2016.

Målbildet innebærer at Oslo universitetssykehus HF utvikles med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. I tillegg skal det etableres en regional sikkerhetsavdeling (RSA) til erstatning for nåværende virksomhet på Dikemark. Styret ble i møtet 13. desember 2018, sak 115-2018, orientert om konseptrapporten for videreutvikling av Aker og Gaustad som ble avgitt medio november 2018.

Denne saken skal gi grunnlag for behandling av konseptrapporten og beslutning om veien videre for arbeidet med videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF. Det redegjøres i den forbindelse for vedtak i styret ved Oslo universitetssykehus HF fra sak 77/2018. Foreløpig protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst RHF 13. desember i sak 115-2018 følges opp gjennom at realisme i forutsetningene om effektivisering, muligheter for minimering av tomtekjøp og nullalternativet beskrives nærmere og drøftes.

Kommentarer i møtet

Styret viste til at det hadde vært en god meningsutveksling i styret og at administrerende direktør hadde svart godt på de spørsmål som ble stilt.

Uansett valg av alternativ vil det måtte investeres for store beløp i sykehusene i Oslo. Noen av risiko-områdene vil være felles uansett alternativer. Dette gjelder fremtidig kapasitetsbehov, helseforetakets økonomiske utvikling før byggene er ferdig og gjennomføring av forutsatte innsparinger når byggene tas i bruk.

Styret erkjenner utfordringer når det gjelder innsparinger, særlig i perioden like etter at byggene tas i bruk.

Det ble vist til at noen av de økonomiske prognosene er nøkterne og kan representere en oppside.

Styret understreket også at Oslo universitetssykehus HF i fortsettelsen må arbeide godt med samarbeid og medvirkning fra de ansatte.

De ansattevalgte representantene i styret mente at det fortsatt gjenstod uavklarte forhold som tilsa at det bør vurderes alternativ lokalisering og arbeides med gjennomføringsrisiko.

Styrets

V E D T A K

1. Styret godkjenner konseptrapporten og ber om at tilleggsutredningen videreutvikles til en full konseptfaseutredning. Styret forutsetter at Aker og Gaustad utvikles i parallell.
2. Kapasitetsberegningene for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal kvalitetssikres, og behov for endringer skal tas hensyn til i det videre arbeidet.
3. Styret ber om at Oslo universitetssykehus HF ytterligere belyser planlagt virksomhetsinnhold og driftskonsepter for både Aker og Gaustad i forkant av oppstart forprosjekt. Spesielt skal det for fagområdene traume- og akuttmedisin, fødselshjelp, nyfødtintensiv og kreft beskrives hvordan de valgte løsningene tilrettelegger for beredskap, utvikling av kompetanse, kvalitet i pasientbehandlingen og faglig utvikling.
4. Utnyttelse av tomten på Aker skal vurderes med sikte på å redusere behovet for tomteervert.
5. Styret viser til stemmeforklaring fra de tillitsvalgte ved behandling av konseptrapporten i prosjektets styringsgruppe og ber om at Ullevål belyses som alternativ lokalisering til Gaustad, med samme virksomhetsinnhold.
6. Resultatet av arbeidet under vedtakets punkt 2, 3, 4, og 5 forelegges styret for behandling senest innen juni 2019.
7. Styret skal holdes orientert om utviklingen i reguleringsprosessen.

8. Oslo universitetssykehus HF skal etablere et opplegg for kartlegging og håndtering av risiko i prosjektet.
9. Økonomisk bærekraft for byggeplanene må realiseres, både ved effektivisering i forkant og gevinstrealisering etter innflytting. Det må etableres et organisasjonsutviklingsprosjekt ved Oslo universitetssykehus HF for dette arbeidet.
10. Styret ber administrerende direktør om å søke Helse- og omsorgsdepartementet om lån til i henhold til gjeldende retningslinjer, slik at prosjektet sikres finansiering fra og med 2020. Lånesøknaden skal omfatte konseptrapportens innhold inkludert psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og tilleggsutredningen for fagområdene gynekologi, fødselshjelp og barnesykdommer. Oppstart av forprosjekt forutsetter styrets godkjenning.

Alternativt forslag til vedtak fra styremedlem Grimsgaard:

Styret ser behovet for rask progresjon i sykehusplanleggingen og tar konseptfaserapporten til foreløpig orientering. Styret merker seg at det er avdekket betydelig risiko, særlig knyttet til de økonomiske forutsetningene i prosjektet, reguleringsprosessen, tilgjengelig reserve-areal, og fremtidig fleksibilitet. Utredningen etterlater også en del uavklarte spørsmål knyttet til driftskonsept, innhold i første etappe, og ivaretagelse av samlet kapasitet i hovedstadsområdet.

Styret ber om at alternativ lokalisering utredes jfr pkt 5 i styrevedtak 072-2017. Null-alternativet skal gjennomgås og optimaliseres i forhold til prosjektets målsetting. Styret ber om at det parallelt jobbes med avklaringer i forhold til gjennomføringsrisikoen og uavklarte forhold i prosjektet.

Votering:

Det alternative forslaget fikk tre stemmer (Grimsgaard, Øverland og Brubakk).

Administrerende direktørs forslag til vedtak fikk seks stemmer (Gjedrem, Frøstrup, Vångeng, Limi, Nilsen og Lunde).

Administrerende direktørs forslag er vedtatt.

007-2019	OPPDRAGSDOKUMENT 2019 FRA HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET OG PROTOKOLL FRA FORETAKSMØTE I HELSE SØR-ØST RHF 15. JANUAR 2019. OPPDRAG OG BESTILLING 2019 TIL HELSEFORETAKENE I HELSE SØR-ØST
----------	---

Oppsummering

Helse- og omsorgsdepartementets styring av regionale helseforetak gis i form av styringsbudskap gjennom:

- Oppdragsdokumentet som omhandler «sørge for» -ansvaret og supplerer den styring som skjer gjennom foretaksmøte, lover, forskrifter og øvrige myndighetstiltak. I oppdragsdokumentet tas spesialisthelsetjenestens overordnede mål opp og det bevilges midler til å gjennomføre oppgavene som er lagt til det regionale foretaket.

- Vedtak i foretaksmøte, der det stilles krav i kraft av at Helse- og omsorgsdepartementet er eier. Foretaksmøtet omhandler overordnede styringsbudskap, styringskrav og rammer for inneværende år.

For enkelte krav og oppgaver legger Helse- og omsorgsdepartementet opp til rapportering på fastsatte indikatorer slik at styringsdialogen kan baseres på felles kunnskap.

I oppdrag og bestilling til helseforetakene samordner Helse Sør-Øst RHF krav og bestillinger fra Helse- og omsorgsdepartementet med vedtak i det regionale helseforetakets styre.

Oppdrag og bestilling 2019 gjøres gjeldende i helseforetakenes foretaksmøte 13. februar 2019. For de private ideelle sykehusene undertegnes oppdrag og bestilling 2019 som en avtale mellom administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF og administrerende direktør i de private ideelle sykehus.

Kommentarer i møtet

Styre ønsker at det ble rapportert særskilt på program informasjonssikkerhet og personvern (ISOP) i tillegg til program for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering (STIM).

Styret ber om at det ble tatt inn en omtale av to oppdrag:

- Det bør stilles krav til helseforetakene om oppfølging av ForBedring-undersøkelsen og at det prioriteres tiltak knyttet til arbeidsbelastning
- Krav til at helseforetakene satser på å fremme ledelse, og spesielt utviklingen av gode team, ledergrupper og at ledelse og koordinering av pasientforløp prioriteres.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret tar Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument 2019 og protokoll for Helse Sør-Øst RHF fra felles foretaksmøte for de regionale helseforetakene 15. januar 2019 til etterretning.
2. Styringsbudskapene følges opp gjennom å integreres i oppdrag og bestilling 2019 til helseforetakene og de private ideelle sykehusene i Helse Sør-Øst.
3. Styret slutter seg til egendefinerte mål for 2019 i Helse Sør-Øst for:
 - Gjennomsnittlig ventetid, somatikk: 55 dager
 - Gjennomsnittlig ventetid, psykisk helsevern (voksne og barn/unge): 40 dager
 - Gjennomsnittlig ventetid, tverrfaglig spesialisert rusbehandling: 35 dager
 - Andel av pasientavtaler som overholdes sammenlignet med 2018: 93 %
 - Bruk av bredspektrede antibiotika redusert i forhold til 2012: 20 %
4. Oppdrag og bestilling 2019 til helseforetakene og de private ideelle sykehusene i Helse Sør-Øst godkjennes med de innspill som ble gitt i møtet.
5. Styret ber om å bli orientert om gjennomføringen av oppdraget i den ordinære rapporteringen og i årlig melding.

6. For Sykehuspartner HF fastsettes følgende:
- Et totalt investeringsbudsjett på 726 millioner kroner for 2019, hvorav investeringsrammen for program for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering (STIM) er 200 millioner kroner og investeringsrammen for program for informasjonssikkerhet og personvern (ISOP) er 101 millioner kroner.
 - Midler innenfor budsjett 2019 for investeringsaktiviteter som faller innenfor kategoriene reinvesteringer og skalering/økning kapasitet kan disponeres av helseforetaket.
7. Administrerende direktør gis fullmakt til å beslutte de enkelte prosjektene i program for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering (STIM) og i program for informasjonssikkerhet og personvern (ISOP). Prosjekter av vesentlig strategisk betydning skal fremmes for styret.
8. Det skal rapporteres til styret tertialvis på utviklingen i programmet for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering (STIM) og programmet for informasjonssikkerhet og personvern (ISOP).

008-2019	ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER
-----------------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker tas til orientering.

009-2019	ORIENTERINGSSAK: DRIFTSORIENTERINGER FRA ADMINISTRERENDE DIREKTØR
-----------------	--

Det ble i lukket møte, jf helseforetakslovens § 26 a, orientert om en sak som var behandlet i revisjonsutvalget 29. januar 2019.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Andre orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 11. og 12. desember 2018
3. Foreløpig protokoll fra møte i revisjonsutvalget 12. desember 2018
4. Brev fra leder i Lillehammer Høyre
5. Brev fra Gjøvik og Ringsaker kommuner
6. Brev fra FFO Oslo
7. Uttalelse fra Brukerutvalget i Sykehuset Innlandet HF
8. Brev fra ordføreren i Hamar – med to vedlegg
9. Brev fra Hamar formannskap
10. Brev fra Eilif Holte
11. Protokoll fra drøftingsmøte 30. januar 2019

Temasaker

- Forprosjekt for nytt sykehus i Drammen, Vestre Viken HF
- Tomteerverv – nytt sykehus i Drammen, Vestre Viken HF

Kommentarer i møtet:

Styret tok redegjørelsen om forprosjekt og tomteerverv for nytt sykehus i Drammen, Vestre Viken HF til orientering. Det ble bedt om at oppdaterte kapasitetsberegninger ble lagt frem for styret.

Møtet hevet kl 16:45

Hamar, 31. januar 2019

Svein Ingvar Gjedrem
Styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
Nestleder

Kirsten Brubakk

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Vibeke Limi

Einar Lunde

Geir Nilsen

Sigrun E. Vågeng

Svein Øverland

Tore Robertsen
styresekretær

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 15. februar 2019
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg:

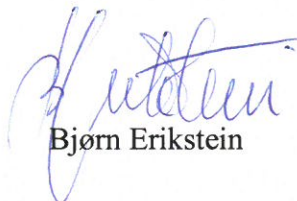
**SAK 12/2019 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA
STYREMØTE 15. FEBRUAR 2019**

Protokoll blir lagt frem for vedtak i slutten av styremøtet.

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 15. februar 2019.

Oslo, den 8. februar 2019



Bjørn Erikstein