

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

Møtenavn:	Styremøte 2/2018
Dato møte:	16. februar 2018
Møtetid:	Klokken 10.00 – ca 16.00
Møtested:	Radiumhospitalet, Forskningsbygget, seminarrom 1 og 2.

4/2018	Beslutning:	Godkjenning av innkalling og sakliste
5/2018	Beslutning:	Godkjenning av protokoll fra styremøtet 24. januar 2018
6/2018	Orientering:	Rapport per desember 2017
7/2018	Beslutning:	Årlig melding 2017
8/2018	Beslutning:	Budsjett 2018
9/2018	Orientering:	Utviklingsplan for Oslo universitetssykehus
10/2018	Orientering:	Innovasjonsstrategi
11/2018	Orientering:	Status og oppfølging av styresaker
12/2018	Beslutning:	Plan for styret
13/2018	Orientering:	Administrerende direktørs orienteringer
14/2018	Beslutning:	Godkjenning av protokoll fra styremøtet 16. februar 2018

Gunnar Bovim
sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 16. februar 2018
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Sakliste
Protokoll fra styremøte 15. desember 2017

SAK 4/2018 GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Oslo, den 8. februar 2018

Gunnar Bovim
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Protokoll

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	15. desember 2017
Dato møte:	15. desember 2017 kl 11.00 – 13xx på Radiumhospitalet, Oslo
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

Tilstede: Gunnar Bovim, Anne Carine Tanum, Else Lise Skjæret-Larsen, Svein Erik Urstrømmen, Aasmund Magnus Bredeli, Berit Kjøll, Bjørg Månum Andersson og Svein Stølen

Forfall: Ingen

Til stede fra administrasjon: Bjørn Erikstein, Morten Reymert, Morten Meyer, Lisbeth Sommervoll, Erlend Smeland, Annelene Foss Svingen m.fl.

Tilstede ellers: observatør fra brukerutvalget og publikum

Sak 71/2017 Godkjenning av innkalling og sakliste

Vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Sak 72/2017 Rapport per november 2017

Rapporten ble ettersendt per e-post tirsdag 12.12.2017.

Vedtak:

Styret tar rapportering per november til orientering.

Sak 73/2017 Budsjett 2018

Vedtak:

1. 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.
2. 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 klinikkens situasjon.
3. 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.
4. 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.

Styremedlemmene Svein Erik Urstrømmen, Else Lise Skjæret-Larsen og Aasmund M. Bredeli ønsket følgende ført i protokollen til sak 75/2017:

Styremedlemmene Svein Erik Urstrømmen, Else Lise Skjæret og Aasmund Bredeli stemmer mot vedtakspunkt 1 og nytt vedtakspunkt 2 i Sak 73/2017 – Budsjett 2018, med følgende begrunnelse: Budsjettforslaget for 2018 er svært urealistisk i henhold til sykehusets oppgaver. Effektiviseringskravet, planlagt økt aktivitet og reduksjon i utgifter sett i sammenheng med det økonomiske resultatkravet medfører høy risiko for pasientsikkerheten, kvaliteten i tjenestene, arbeidsbelastningen og mulighet for kompetanseutvikling. Aktivitetsveksten må håndteres uten bemanningsøkning. Samtidig er støttetjenester knyttet til pasientbehandlingen redusert de siste årene. Dette kan medføre feil bruk av kompetanse og bidra til å svekke driftseffektiviteten. Vi er sterkt bekymret for at nedbemanningen i driften vil medføre redusert tilbud for pasientene, økt risiko for redusert kvalitet i pasientbehandlingen, svekket pasientsikkerhet og økt arbeidsbelastning med negative konsekvenser for arbeidsmiljøet. Samlet vil dette bety et økende gap mellom pasientenes behov for behandling og pleie og tilgjengelig bemanning og kompetanse mange steder i virksomheten. En marginal bemanningssituasjon vil redusere muligheten for kompetanseutvikling, slik at det blir mer krevende å rekruttere, utvikle og beholde kompetanse. Klinikken har utarbeidet forslag til nye effektiviseringstiltak. Premissene for reell gjennomføring av disse synes svært usikre og uavklarte. Det mangler fremdeles tiltak og de budsjetterte tiltakene synes heller ikke å være innbyrdes avstemt mellom klinikken når det gjelder kapasitet. Det anses derfor som lite realistisk å nå styringsmålet kommende budsjettår. Endelig budsjettbehandling bør utsettes i påvente av videre dialog med eier om styringsmålet og reell saldering av budsjettet med tilhørende konsekvensanalyse for pasienttilbudet og arbeidsmiljø. Forøvrig henvises det til ansatteorganisasjonenes protokoller som er vedlagt saken.

Sak 74/2017 Oppnevning av styre i Kreftregisteret

Vedtak:

Styret i Oslo universitetssykehus HF oppnevner følgende styre for Kreftregisteret med funksjonstid fra 1. januar 2018 til 31. desember 2019:

Lisbeth Sommervoll	Oslo universitetssykehus	Gjenoppnevning
Siv Cathrine Høymork	Helse Nord	Ny
Jo-Åsmund Lund	Helse Midt-Norge	Gjenoppnevning
Hartwig Kørner	Helse Vest	Gjenoppnevning
Ole Tjomsland	Helse Sør-Øst	Gjenoppnevning
Eva Skovlund	Ekstern	Gjenoppnevning
Björg Veen	Ekstern	Gjenoppnevning

To medlemmer velges av og blant de ansatte ved Kreftregisteret

Sak 75/2017 Plan for styrets arbeid

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 76/2017 Administrerende direktørs orienteringer

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 77/2017 Godkjenning av protokoll fra styremøte 15. desember 2017

Vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 15. desember 2017.



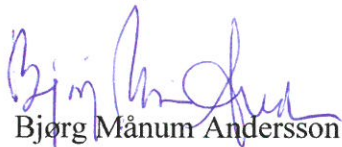
Gunnar Bovim
styreleder



Anne Carine Tanum
nestleder



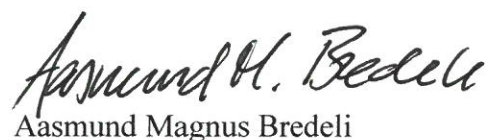
Berit Kjöll



Björg Månun Andersson



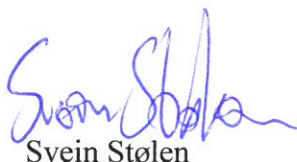
Else Lise Skjæret-Larsen



Aasmund Magnus Bredeli



Svein Erik Urstrømmen



Svein Stølen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 16. februar 2018
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Protokoll fra styremøte 24. januar 2018

SAK 5/2018 GODKJENNING AV PROTOKOLL 24. JANUAR 2018

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøtet 24. januar 2018.

Oslo, den 8. februar 2018

Gunnar Bovim
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Protokoll

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	24. januar 2018
Dato møte:	24. januar 2017 kl 16.30 – 17.10 på Ullevål sykehus, Oslo
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

Tilstede: Else Lise Skjæret-Larsen, Aasmund Magnus Bredeli, Bjørg Månum Andersson og Bjørn Wølstad Knudsen

Tilstede per telefon: Gunnar Bovim, Anne Carine Tanum, Berit Kjøll og Svein Stølen

Forfall: Svein Erik Urstrømmen

Til stede fra administrasjon: Bjørn Erikstein, Morten Reymert, Einar Hysing, Erlend Smeland, Annelene Foss Svingen m.fl.

Tilstede ellers: observatør fra brukerutvalget og publikum

Sak 1/2018 Godkjenning av innkalling og sakliste

Administrerende direktør ba om å få orientere om to saker på slutten av møtet.

Vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Sak 2/2018 Skisseprosjekt nytt klinikkbygg Radiumhospitalet og samordning med nytt protonsent

Vedtak:

1. Styret anbefaler skisseprosjektet som grunnlag for nytt klinikkbygg ved Radiumhospitalet.
2. Styret anbefaler at byggeprosjektene for nytt klinikkbygg og protonsent ved Radiumhospitalet samordnes.
3. Styret ber administrerende direktør legge til rette for god koordinering mellom daglig drift og prosjektene ved Radiumhospitalet for å redusere risiko og ivareta forsvarlig virksomhet i byggeperioden.

Sak 3/2018 Eventuelt

Administrerende direktør redegjorde for cyberangrep på IKT-systemene til Sykehuspartner HF og om foreløpig årsresultat for 2017.

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Gunnar Bovim
styreleder

Anne Carine Tanum
nestleder

Berit Kjøll

Björg Månum Andersson

Else Lise Skjæret-Larsen

Aasmund Magnus Bredeli

Svein Erik Urstrømmen
sett

Svein Stølen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 16. februar 2018

Saksbehandler: VAD økonomi og finans
VAD fag, pasientsikkerhet og samhandling

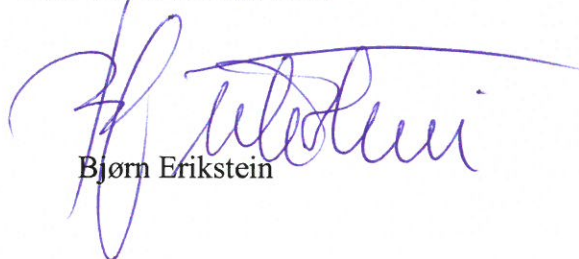
Vedlegg: 1. Tabellvedlegg - månedsrapport desember 2017
2. Risikoanalyse 1. tertial 2018

SAK 6/2018 RAPPORT PER DESEMBER 2017

Forslag til vedtak:

- 1. Styret tar rapporteringen per desember til orientering.*
- 2. Styret tar risikoanalysen per 1. tertial 2018 til orientering.*

Oslo den 8. februar 2018


Bjørn Erikstein

1. Innledning – styringsmål 2017

Det fremgår av oppdragsdokument 2017 til Oslo universitetssykehus HF at virksomheten skal innrettes med sikte på 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 2017 inngår i tabellvedlegget. I rapporteringen redegjøres det for styringsmålene hvor det rapporteres månedlige resultater. Rapporteringen utvides tertialvis og årlig med resultater for øvrige styringsmål.

2. Sammendrag

Gjennomgang av status og resultater for 2017 (foreløpig årsrapportering) beskrives under. Det gjøres oppmønstret på at rapportering av endelige resultater for 2017 først skjer når årsregnskapet for 2017 er ferdigstilt, slik at det kan forventes endringer i tallene. Årsregnskap for 2017 vil bli lagt frem i styremøte 22. mars 2018.

- I desember var gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter 57 dager. Dette er en reduksjon på 4 dager sammenlignet med samme periode i 2016. De nasjonale måltallene for 2017 var 60 dager og 45 dager eller lavere for henholdsvis somatikk og psykisk helsevern/TSB, og gjennomsnittstallene for Oslo universitetssykehus HF var om lag i samsvar med de nasjonale måltallene.
- For pasienter som venter på utredning/behandling var gjennomsnittlig ventetid per utgangen av desember 55 dager. Dette er en reduksjon på 9 dager fra samme periode i 2016.
- Antall fristbrudd av ventende pasienter per utgangen av desember var 95. Dette er 6 høyere enn rapportert på samme tidspunkt i 2016.
- Antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer per utgangen av desember var 14 mot 101 ved utgangen av samme periode i 2016.
- Andel kreftpasienter som er inkludert i pakkeforløp var i 2017 69 prosent og andelen pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid var 62 prosent.
- Registrert aktivitet innenfor somatikken var i 2017 om lag som budsjettet og økte med 1,4 prosent fra 2016.
- Innenfor psykisk helsevern både for voksne og barn var den rapporterte aktiviteten i 2017 høyere enn planlagt innenfor døgnvirksomheten, mens den polikliniske aktiviteten var noe lavere enn budsjettet.
- Den polikliniske aktiviteten innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling var i 2017 høyere enn planlagt og høyere enn i 2016. Det samme var tilfelle for antall utskrevne pasienter, mens antall liggedøgn var noe lavere enn budsjettet.
- Rapportert økonomisk resultat etter desember 2017 (foreløpig årsregnskap) viser et overskudd på 268 millioner kroner, mot et budsjettet overskudd på 250 millioner kroner. Dette gir et positivt budsjettavvik på 18 millioner kroner.
- Gjennomsnittlig antall brutto månedsverk i 2017 var 18 885. Dette er en økning på 375 fra samme periode i 2016. Av økningen på 375 månedsverk gjelder 89 årsverk ordinær drift og 286 eksternt finansiert virksomhet, hvorav 220 årsverk

er ansatte innenfor rettsmedisinske fag som ble virksomhetsoverdratt til Oslo universitetssykehus HF i januar 2017.

- Sykefraværet hittil i 2017 (til og med november da sykefravær rapporteres med 2 måneders forsinkelse) har vært 7,2 prosent.

3. Administrerende direktørs vurderinger

Styringsmålene for 2017 fremgår av Oppdrag og bestilling 2017. Administrerende direktør er fornøyd med at Oslo universitetssykehus HF i hovedtrekk har gjennomført oppdraget for 2017 som forutsatt i oppdragsdokumentet. Fullstendig rapportering på oppdragsdokumentet inngår i Årlig melding. Ventetid til avvikling var ved utgangen av 2017 innenfor det nasjonale målet for 2017, og antall fristbrudd var lavt. Innenfor kreftområdet var måloppnåelsen for andel nye kreftpasienter inkludert i pakkeforløp nær målet. Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstider var imidlertid svakere enn det nasjonale målet, men viste en bedring mot slutten av året.

Aktiviteten i pasientbehandlingen var som budsjettert eller bedre på de fleste områdene. Innenfor psykisk helsevern har det vært noe lavere vekst poliklinisk aktivitet enn lagt til grunn i budsjettet, særlig de siste månedene. Det arbeides med å bemanne ledige fagstillinger for å legge til rette for økt aktivitet på dette området. Administrerende direktør er fornøyd med at omfanget av pasientbehandlingen er økt gjennom 2017 samtidig som resultatet for noen av de mest sentrale indikatorene for tilgjengelighet er bedret.

Administrerende direktør er fornøyd med at det økonomiske resultatet er i samsvar med vedtatt budsjett. Dette bidrar til økonomisk handlingsom for å finansiere nødvendige investeringer i medisinsk teknisk utstyr og bygg.

Selv om administrerende direktør er fornøyd med det samlede økonomiske resultatet er administrerende direktør bekymret for økte negative økonomiske avvik og noe økning i månedsvik i mange av klinikkene de siste månedene av året.

Det rapporterte økonomiske resultatet er noe bedre enn det som ble forventet ved forrige rapportering til styret. Dette skyldes i stor grad at forholdet det har vært arbeidet med over lang tid (sykehotell) delvis nå er løst til fordel for Oslo universitetssykehus HF, at datterselskapene ikke hadde den forventede negative utviklingen de siste månedene, økte inntekter fra Helse Sør-Øst RHF knyttet til pensjon finansiert av andre regioner og at de samlede årsoppgjørdisposisjonene har slått ut noe positivt.

4. Risikoanalyse 1. tertial 2018

Klinikkene startet medio oktober 2017 sin risikoanalyse på bakgrunn av virksomhetens forventede pasientbehandling/tjenesteleveranse, utstys-, areal- og arbeidssituasjonen for ansatte, data om uønskede hendelser, innmeldte effektiviseringsplaner og budsjettammer 2018 som på det tidspunktet var gjort kjent i sykehuset.

Klinikkenes innspill om risikoforhold er deretter samlet, kategorisert og risikovurdert på sykehusnivå av stabsdirektørene. Vernetjenesten og

fagorganisasjonene har deltatt i arbeidet. Risikoforholdene er også denne gangen fremstilt i de fire perspektivene fra strategidokumentet. Det vurderes å endre denne framstillingen.

Noen av de tidligere risikoforholdene er redusert og fjernet fra risikokartene som nå legges frem. I alle fire perspektivene er mange risikoforhold kjente utfordringer som sykehuset har arbeidet med i lang tid. Enkelte risikoforhold er justert (markert med blå pil), og det har også blitt identifisert ny risiko (markert «NY»). Tiltaksplanen viser at mange tiltak er langsiktige og videreføres fra 2017.

5. Tilgjengelige helsetjenester

Det arbeides kontinuerlig med å sikre god tilgjengelighet av helsetjenester med god kvalitet. En viktig del av dette er kvalitetssikring av ventelistedata og å sikre at alle pasienter får time innen fastsatt tid. Sykehuset har forsterket oppfølgingen av nyhenviste pasienter og pasienter som er i et forløp der planlagt dato for kontakt er overskredet.

5.1. Status ventetider

I oppdragsdokumentet for 2017 har Helse Sør-Øst RHF stilt krav om at gjennomsnittlig ventetid innenfor somatikken skal være under 60 dager. Innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det satt som mål at gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 45 dager. I desember var gjennomsnittlig ventetid for alle avviklede pasienter 57 dager. Dette er en reduksjon på 4 dager sammenlignet med samme periode i 2016. Innenfor Klinikk for psykisk helse og avhengighet var gjennomsnittlig ventetid til avvikling i desember 42 dager. For hele 2017 var gjennomsnittlig ventetid til avvikling for alle pasienter ved Oslo universitetssykehus HF 60 dager. Innenfor Klinikk psykisk helse og avhengighet var gjennomsnittlig ventetid til avvikling 46 dager.

Gjennomsnittlig ventetid til avvikling er høyest i Ortopedisk klinikk og i Akuttklinikken (smertebehandling). Ortopedisk klinikk oppgir at pasientgrupper i seksjon for barne- og rekonstruktiv kirurgi, fot,- ankelkirurgi, hånd- og mikrokirurgi og ryggdeformiteter er pasientgrupper som venter lenge, mens ventetiden i akuttklinikken skydes økt pågang til radiofrekvensbehandling.

For pasienter som venter på utredning/behandling var gjennomsnittlig ventetid per utgangen av desember 55 dager. Innenfor Klinikk for psykisk helse og avhengighet var gjennomsnittlig ventetid for ventende 35 dager. Samlet er dette en reduksjon på 9 dager fra samme tidspunkt i 2016.

5.2. Status langtidsventende (ventet 12 måneder eller mer)

Per utgangen av desember var antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer 14. Sammenlignet med samme periode i 2016 er det en reduksjon på 87 langtidsventende. De fleste av de 14 pasientene er henvist fra andre HF, hvor rettighetsopplysninger medfølger, men ventetid slutt er ikke satt.

5.3. Status fristbrudd

Per utgangen av desember var det 95 fristbrudd for ventende pasienter. Sammenlignet med samme tidspunkt i 2016 er dette en økning på 6 fristbrudd. Årsaken til at fristbrudd ventende ikke er i null skyldes i stor grad at time er avtalt

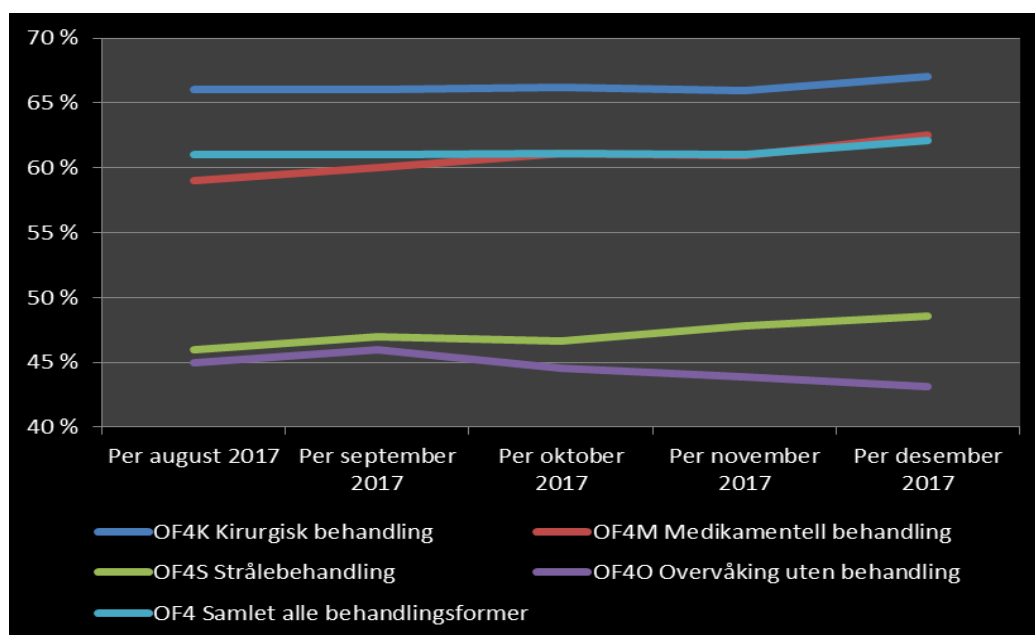
og tildelt pasient kort tid etter frist, forsinkelser i oppretting av ikke registrerte rettighetsopplysninger fra andre helseforetak, manglende registrering eller feil registrering av utsattkode eller av ventetid slutt og forsinkelse i utredning kvittering av prøvesvar fra ALERIS til seksjon for Bryst og endokrinkirurgi. I Avdeling for urologi er det avdekket svikt i forebygging av fristbrudd samt manglende kvalitetssikring i etterlevelse av regionale prosedyrer. Dette følges nå opp med egen møteserie, og det er gjennomført en internrevisjon. Forebygging av fristbrudd pågår kontinuerlig og i de tilfeller hvor pasientene må vente utover frist, kontaktes pasienten for samtykke til forlenget ventetid.

5.4. Pakkeforløp for kreftpasienter

Andelen nye kreftpasienter i pakkeforløp skal være minst 70 prosent, og minst 70 prosent av pakkeforløpene for kreftpasienter skal være gjennomført innen standard forløpstid.

Kreftpasienter registrert i pakkeforløp	Per november 2017		Per desember 2017	
	Antall nye kreftpas.	Andel i pakkeforløp	Antall nye kreftpas.	Andel i pakkeforløp
OA1 Nye kreftpasienter i pakkeforløp	4 081	69 %	4 603	69 %
Innfrielse av forløpstid	Antall forløp	Andel innen forløpstid	Antall forløp	Andel innen forløpstid
OF4K Kirurgisk behandling	1 856	66 %	2 049	67 %
OF4M Medikamentell behandling	701	61 %	785	63 %
OF4S Strålebehandling	450	48 %	482	49 %
OF4O Overvåking uten behandling	189	44 %	204	43 %
OF4 Samlet alle behandlingsformer	3 196	61 %	3 520	62 %

Andelen kreftpasienter registrert i pakkeforløp i 2017 var 69 prosent mens andelen gjennomført innenfor standard forløpstider var 62 prosent for alle behandlingsformer sett samlet. Figuren under viser andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for alle behandlingsformer og for ulike behandlingsformer, for siste del av 2017.



Det har vært en svak bedring i andelen gjennomført innenfor standard forløpstider mot slutten av 2017. For pasienter i forløp som skal overvåkes uten behandling er imidlertid andelen innen standard forløpstid redusert.

Manglende måloppnåelse gjelder for alle behandlingsmodaliteter. For kirurgi var andelen pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid lav, særlig i 2. tertial. Dette henger sammen med kapasiteten gjennom ferieperioden. Det er identifisert 7 forløp hvor kapasiteten bør økes om sommeren hvorav 4 forløp hvor kapasiteten må økes for sommeren 2018. Dette gjelder brystkreft, prostatakreft, livmorkreft og eggstokkreft.

Sykehuset gjennom Driftsstyret for kreft har ambisjon om å utvikle standardiserte pasientforløp for alle forløp. Arbeidet er startet opp og første forløp som ble beskrevet var livmorhalskreft. Der er forløpstidene vesentlig bedre i 2017 enn i 2016; 73 prosent versus 44 prosent. Driftsstyret vil følge opp implementering av standardiserte pasientforløp gjennom 2018 og 2019 og med en konkret tidsplan. Blant annet skal det utarbeides standardiserte forløp for de andre gynkreft-forløpene og ambisjonen er at det skal medføre bedring i forløpstider også for disse

Av forløp med mangelfull måloppnåelse framstår særlig prostatakreft. Forløpet utgjør ca 20 prosent av pasientene totalt i helseforetaket og under 40 prosent av pasientene totalt sett får behandling innen normert tid og for alle behandlingsmodalitetene er andelen < 50 prosent. Utarbeidelse av standardisert pasientforløp for prostatakreft med forbedringsplan er prioritert aktivitet våren 2018.

For flere forløp er tidsbruken fram til første frammøte i Oslo universitetssykehus for lang. Det handler om organisering og prioritering av arbeid med henvisninger og også samarbeid med henvisende instans der for mye tid går tapt på grunn av mangelfulle henvisninger.

Innføring av regionale MDT-møter (møter i tverrfaglige team) kom i gang på slutten av 2017. Erfaringene er gode og mange pasienter kan avklares i møtet uten å henvises til regionssykehuset/starte opp behandling på lokalsykehus. Møtene skaper en faglig arena i regionen der håndtering og utforming av for eksempel henvisninger (se punkt over) kan bestemmes. Dette er startet opp innen gynekologisk kreft og vil utvides for lungekreft til også å omfatte Helse-Øst delen og startet opp innenfor ulike områder av mage/tarm, kreft og urologi. I tilknytning til drøfting av samarbeidet om regionale MDT-møter, er det også tatt opp forbedringspunkter på andre områder i samhandlingen om pasientforløp mellom regionsykehus og andre helseforetak i Helse Sør-Øst. Dette vil bli fulgt opp i 2018.

6. Pasientbehandling

6.1. Aktivitet somatikk

For hele 2017 var det budsjettert med 238 057 ISF-poeng (DRG-poeng er i ISF-regelverket for 2017 endret til ISF-poeng). ISF-poengene omfatter tradisjonell

behandling som utføres på sykehus, men også andre typer tjenester hvor pasienten i større grad administrerer egen behandling som for eksempel hjemmedialyse og pasientadministrert legemiddelbehandling (H-reseptor). Det ble beregnet en positiv effekt fra nytt regelverk for 2017 med om lag 700 ISF-poeng for Oslo universitetssykehus HF.

Innenfor somatikken viser foreløpig registrert aktivitet for 2017 et resultat som ble 139 ISF-poeng (0,1 prosent) høyere enn budsjettet. Sammenligning med 2016 viser at antall ISF-poeng for aktivitet utført i Oslo universitetssykehus HF økte med 1,4 prosent. I den rapporterte aktiviteten for 2017 er det inkludert estimat for forventet etterregistrering frem til tertiallukking i klinikkene.

Det var variasjoner mellom klinikkene i gjennomføringen av planlagt aktivitet gjennom fjoråret. Klinikker med mye kirurgisk aktivitet hadde gjennomgående bedre resultater enn de mer medisinske klinikkene. De fleste klinikkene hadde høyere aktivitet i 2017 enn i 2016. Veksten var størst i Hjerte-, lunge- og karklinikken, Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi og Ortopedisk klinikk som alle hadde en vekst på 4 prosent eller mer. Hjerte-, lunge- og karklinikken hadde den største meraktiviteten i forhold til budsjett med høy aktivitet innenfor alle avdelingene.

Medisinsk klinikk og Kvinneklinikken registrerte redusert aktivitet fra foregående år og hadde de største negative avvikene i forhold til budsjett. For Medisinsk klinikk skyldtes aktivitetsreduksjonen færre ø-hjelpspasienter sammenlignet med 2016, noe forsinkelser i tiltaksgjennomføring og noe redusert aktivitet ved en avdeling som følge av utstysproblemer. For Kvinneklinikken var en stor del av aktivitetsavviket knyttet til en reduksjon i antall fødsler og færre/mindre kompliserte keisersnitt sammenlignet med 2016. Reproduksjonsmedisinsk avdeling hadde også vesentlig lavere aktivitet enn i 2016. Dette skyldes redusert kapasitet i forbindelse med ombygging i 1. halvår og at det tok tid å øke aktiviteten opp mot plan når ombyggingen var ferdig. Innenfor Barne- og ungdomsklinikken var samlet aktivitet i 2017 noe over 2016, men lavere enn budsjettet for 2017.

Aktivitetsavviket var i hovedsak innenfor Nyfødt intensiv-avdelingen hvor pasientsammensetningen i 2017 var noe endret sammenliknet med 2016. Antall intensiv- og respiratordøgn økte med 2 pst, mens DRG-aktiviteten ble redusert med om lag 6 prosent. Aktiviteten for klinikken for øvrig, dvs for barn etter nyfødtperioden, økte mer enn budsjettet.

6.2. Aktivitet psykisk helsevern for voksne

Innenfor voksenpsykiatrien ble det i 2017 skrevet ut 554 flere pasienter (30,8 prosent) enn plantall mens antall liggedøgn var 1 565 (2,2 prosent) høyere enn budsjettet. Sammenlignet med 2016 økte antall utskrevne pasienter med 340 (16,9 prosent), mens antall liggedøgn for døgnbehandling ble redusert med 1 465 (2,0 pst) fra 2016.

For antall polikliniske konsultasjoner rapporteres fra og med juni 2017 ISF-godkjente opphold basert på informasjon fra NPR-meldingen. Dette har medført at det rapporteres tall som ikke utenvidere kan sammenliknes med de som lå til grunn for styrets budsjettvedtak , og tallene kan heller ikke direkte sammenliknes med

rapporterte tall for 2016. For intern bruk har derfor Oslo universitetssykehus HF utarbeidet et korrigerert rapporteringsgrunnlag for å kunne følge opp aktiviteten i forhold til forutsetningene i budsjettet og faktisk endring i antall konsultasjoner fra 2016 til 2017. Dette er lagt til grunn i kommentarene nedenfor for poliklinisk aktivitet innenfor voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og TSB.

Antall rapporterte polikliniske konsultasjoner innenfor voksenpsykiatrien i 2017 viste en faktisk økning i antall konsultasjoner fra 2016 til 2017 på 1 674 (1,7 prosent). Den faktiske økningen er mindre enn lagt til grunn i forutsetningen i budsjettet for 2017. Den forholdsvis lave veksten skyldtes i hovedsak vakante stillinger på grunn av sykdom og turnover samt fysisk flytting av en poliklinikk i desember.

6.3. Aktivitet psykisk helsevern for barn og unge

Antall utskrivninger innenfor barne- og ungdomspsykiatrien ble i 2017 2 (1,3 prosent) høyere enn budsjettet med en tilsvarende økning fra 2016. Antall liggedøgn ble 1 167 (20,8 prosent) høyere enn plantall og 1 404 (26,1 prosent) høyere enn i 2016. Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri har en krevende og sammensatt pasientgruppe og arbeider fortløpende for å få til god pasientflyt.

Avdelingen har et stort omfang av gruppebehandling for å møte behandlingsbehovet. Dette gjelder både for barn og ungdom. Antall oppholdsdager med dagbehandling ble i 2017 464 (14,3 prosent) høyere enn plantall og økte med 461 (14,2 prosent) fra 2016.

Den registrerte polikliniske aktiviteten innen barne- og ungdomspsykiatrien viste en økning i antall konsultasjoner med 164 (0,4 prosent) fra 2016. Økningen er mindre enn lagt til grunn i budsjettet. Det har over lengre tid vært arbeidet med tiltak på flere områder for å øke antall polikliniske konsultasjoner innenfor barne- og ungdomspsykiatrien. Det arbeides for å besette ledige stillinger, og noen er ansatt og vil tiltre i løpet av de nærmeste månedene. Dette forventes å gi en økning i antall polikliniske konsultasjoner fremover.

6.4. Aktivitet tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Innenfor TSB ble det i 2017 skrevet ut 84 flere pasienter (3,7 pst) fra døgnbehandling enn plantall. Dette var en økning på 61 utskrivninger (2,6 pst) fra 2016. Det arbeides med tiltak for å forhindre drop-out og avbrudd i behandlingen. Antall liggedøgn i 2017 ble 1,2 prosent (312 liggedøgn) lavere enn planlagt. Sammenlignet med 2016 var det en reduksjon i antall liggedøgn med 933 (3,6 pst). Den registrerte polikliniske aktiviteten viser en økning i antall faktiske konsultasjoner fra 2016 til 2017 økning på 3,6 prosent (855 konsultasjoner) fra 2016.

7. Økonomi

7.1. Budsjettet overskudd i 2017

Oslo universitetssykehus HF budsjettet med et overskudd for 2017 på 250 millioner kroner.

7.2. Pensjonskostnad i 2017

For 2017 har Oslo universitetssykehus HF budsjettert med en pensjonskostnad på 2 195 millioner kroner. Oppdaterte NRS-beregninger fra januar 2017 viste imidlertid at pensjonskostnadene ved Oslo universitetssykehus HF økte med om lag 38 millioner kroner i forhold til det som var lagt til grunn i budsjettet, til totalt 2 233 millioner kroner. De økte pensjonskostnader ble delvis finansiert gjennom økt basisramme med 24,5 millioner kroner og delvis gjennom økt statlig tilskudd til rettsmedisinske fag. De økte pensjonskostnadene i 2017 ble imidlertid ikke fullfinansiert. På årsbasis ble de økte pensjonskostnadene underfinansiert med om lag 4 millioner kroner og bidro dermed isolert sett til et tilsvarende negativt budsjettavvik.

7.3. Rapportert resultat

Det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF viste etter desember 2017 (foreløpig årsregnskap) et regnskapsmessig overskudd på 268,7 millioner kroner, mot et budsjettert overskudd på 250 millioner kroner. Dette gir et positivt avvik i forhold til budsjett på 18,7 millioner kroner. Selv om kjente forhold er vurdert og hensyntatt i rapportert resultat, er det enkelte områder hvor fullstendig informasjon om påløpte kostnader og inntekter for 2017 ikke foreligger på rapporteringstidspunktet. Dette innebærer at det må forventes noen justeringer i rapportert resultat frem mot ferdigstilling av endelig årsregnskap for 2017 som vil bli lagt frem for styret i møte 22. mars 2018.

Isolert for desember viser rapporteringen et positivt avvik på 46 millioner kroner. Klinikken har økt sitt negative avvik siste måned, mens det er et økt positivt avvik innenfor IKT-området samtidig som det er flere andre forhold som på sykehusnivå bidrar til et positivt avvik for desember. Dette gjelder blant annet:

- Redusert avsetning på tap knyttet til sykehotell fra andre regioner med 18 millioner kroner. Denne inntekten har vært lagt til grunn i de økonomiske prognosene for 2017, men ikke resultatført på grunn av stor usikkerhet til om og når helseforetakene i andre regioner ville gjøre opp for utestående krav fra tidligere år.
- Økte pensjonskostnader for aktivitet fra andre regioner ble 9 millioner kroner høyere enn lagt til grunn i foretakets regnskap til og med november. Oppgjøret ble 31,6 millioner kroner, mot budsjettert 22,5 millioner kroner.
- Endring i forpliktelser knyttet til årsoppgjørsvurderinger (overlegepermisjoner, feriedager og pasienter som er innlagt over årsskiftet) bidrar med en netto positiv resultateffekt på om lag 12 millioner kroner i regnskapet for desember. Dette er forhold som kun kan vurderes årlig og som erfaringsmessig kan påvirke årsresultatet både positivt og negativt. For 2017 bidrar disse forholdene så langt positivt.

Tabellen under (høyre kolonne) viser avvik hittil i år for ulike inntekts- og kostnadstyper tilknyttet ordinær drift med korte kommentarer. Avvik som gjelder øremerkede prosjekter mv og teknisk omlegging av regnskapsføringen er holdt utenom.

Tall i MNOK	Budsjett 2017	Rapportert avvik	Justert avvik per des	Kommentarer til avvik justert for avvik innenfor øremerkede prosjekter, pensjon og teknisk endring pasientreiser (fra netto til brutto)
Basisramme	11 586	24	-	Økt basisramme for å finansiere økte pensjonskostnader.
Aktivitetsbaserte innleker	8 155	55	45	Avviket skyldes i hovedsak høye gjestepasientinntekter (etterfakturering 2016 og BUP poliklinikk mv).
Andre innleker	2 436	342	51	Økt komp pensjonskostnader andre regioner, salgsinntekter, økt avsetning for overliggere fra 2017 til 2018 mv.
Sum driftsinntekter	22 177	421	95	
Lønn - og innleiekostnader	15 324	-208	-67	Kostnader til lønn (ekskl økte pensjonskostnader) og innleie er om lag 67 mnok høyere enn budsjettet. Det er store variasjoner mellom klinikkene. Klinikken har per desember et akkumulert merforbruk av lønn og innleie på over 200 mnok. Avvik knyttet til øremerkede midler er da holdt utenom.
Kjøp av helsejenester	471	-27	-11	Høyere kostnader enn budsjettet både innenfor somatikk og psykisk helsevern. Som følge av endret kontobruk ifm mva-reformen må avviket ses i sammenheng med avvik for varekostnader.
Varekostnader mv	2 410	-33	-32	Store negative avvik i flere av klinikkene (LAR-medikamenter, cochleaimplantater, ECP-behandling av transplanterte pasienter, behandlingshjelpemidler mv). Avviket gjelder både medikamenter og andre medisinske forbruksvarer mv.
Andre driftskostnader	3 729	-154	12	Lavere IKT-kostnader enn budsjettet og høyere kostnader på andre områder, blant annet energi (15), avskrivninger (28), kostnadsføring av Anlegg under utførelse (52), store merkostnader i enkelte klinikker.
Sum driftskostnader	21 934	-422	-97	
Driftsresultat	242	-1	-2	
Netto finans	8	19	20	Datterselskapene bidrar med 20 mnok i positivt avvik.
Resultat OUS	250	19	19	

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

7.4. Vurdering av resultatutvikling i klinikkene gjennom 2017

Gjennom 2017 har alle klinikkene levert prognoser for forventet resultatavvik ved utgangen av året. Klinikkenes prognoser er gjennomgått i møter med administrerende direktør hver måned sammen med vurdering av nye tiltak for å redusere de økonomiske avvikene i klinikkene. I etterkant av den interne rapporteringen for desember 2017 er det foretatt en felles gjennomgang av den enkelte klinikks faktiske resultatutvikling sett opp mot hvordan klinikken selv gjennom året hadde prognostisert forventet resultat ved utgangen av året. Gjennomgangen viste at flere av klinikkene hadde gode vurderinger mens det i andre klinikker var en svakere resultatutvikling, særlig i siste del av 2017 enn lagt til grunn i prognosene. For flere av klinikkene må det bemerkes at det er noen uforutsette forhold som har påvirket resultatutviklingen, og som klinikkene ved inngangen til 2017 ikke kunne forutse. Erfaringene fra 2017 brukes til å bedre økonomistyringen i 2018 og klinikkene er blant annet bedt om å lage prognoser også for aktivitet og bemanning hver måned. For å øke fokus på klinikkens gjennomføring av virksomheten i 2018 vil det hver måned bli laget et eget klinikkvedlegg som vil følge styresakene.

I tabellvedlegget inngår en overordnet beskrivelse av klinikkens resultatavvik ved utgangen av 2017. I stabens avvik utgjør avvik innenfor IKT-området en hoveddel. Nedenfor gis en beskrivelse av hvilke hovedmomenter som har bidratt til det store positive avviket innenfor IKT-området og innenfor Fellesposter:

Nærmere om avvik innenfor IKT-området:

IKT-avdelingens driftsbudsjett for 2017 var på 1 111 millioner kroner. Dette omfatter drift av lokal IKT-avdeling, lokale prosjekter og kostnader til Sykehuspartner. Regnskapet viser samlede kostnader på 977 millioner kroner, dvs det ble et positivt avvik på 134 millioner kroner. Manglende framdrift i regionale/lokale prosjekter og bestillinger var hovedårsaken til det store positive kostnadsavviket. Forsinkelsene skyldes først og fremst manglende kapasitet hos Sykehuspartner. Videre kom det gjennom de siste månedene informasjon om reduserte kostnader fra Sykehuspartner som følge av andre forhold. I punktene under fremgår de viktigste forholdene som bidro til det relativt store overskuddet:

- Ved behandling av budsjett 2017 (sak 75/2016) i desember 2016 ble administrerende direktør bedt om å komme tilbake til styret med en tydeligere konkretisering av tiltak for å gjennomføre driften for 2017 innenfor budsjett. Dette ble lagt frem for styret i sak 6/2017. Som en del av dette fikk IKT-avdelingen krav om å levere et overskudd på 50 millioner kroner for 2017.
- For høye avsetninger i regnskapet for 2016 (om lag 15 millioner kroner)
- Overskudd lokal drift (5 millioner kroner)
- Viderefakturering av kostnader til rettsmedisin (som dekker egne kostnader med 8 millioner kroner)
- Reduserte kostnader til leverandøravtaler fra Sykehuspartner (7 millioner kroner)
- Viderefakturering av tjenestepreis for Min journal (2 millioner kroner)
- Lavere kostnader til lokale prosjekter (6 millioner kroner)
- Regional beslutning ultimo 2017 om at registerkostnader til Norsk helsenett betales regionalt (2 millioner kroner)
- Forsinkelser i investeringsprosjekter har gitt lavere avskrivningskostnader i 2017 (5 millioner kroner)
- Reduksjon i bestilling av utstyr, flytte- og samordningsprosjekter og andre bestillinger (om lag 27 millioner kroner)

Nærmere om avvik innenfor Fellesposter:

For Fellesposter er det et positivt avvik for 2017 på 115 millioner kroner. En del av avviket knyttes til forhold av engangskarakter, i hovedsak fra tidligere år og noe til ikke-disponerte midler i budsjettet. For andre områder er det reelle avvik i forhold til budsjett 2017. Områder med reelle avvik i forhold til budsjett 2017 gjelder blant annet lønnsoppjøret for 2017 som ble noe lavere enn budsjettet, høyere avskrivningskostnader, lavere rentekostnader, høyere investeringstilskudd og noe ikke-disponerte midler (reserve). Det er videre kostnadsført over 50 millioner kroner fra anlegg under utførelse, og det er løst opp betydelige avsetninger innenfor lønnsområdet fra tidligere år.

7.5. Gjennomføring av tiltak

Klinikkene rapporterer hver måned faktisk effekt av planlagte tiltak og forventet prognose for tiltaksgjennomføring 2017. Klinikkene rapporterer per desember at den økonomiske verdien av gjennomførte tiltak er beregnet til 240 millioner kroner. Dette tilsvarer en gjennomføringsgrad på 66 prosent.

7.6. Investeringer og finansiering av investeringer

I styresak 75/2016 ble investeringsbudsjettet for 2017 lagt frem, og styret vedtok et investeringsbudsjett på 1 526 millioner kroner. Investeringene i 2017 var forutsatt delfinansiert med positive årsresultater for 2016 og 2017.

For 2017 ble det regnskapsført investeringer på 1 120 millioner kroner. Dette inkluderte et overheng på 138 millioner kroner fra 2016, det vil si investeringer som ble besluttet i 2016 eller tidligere år, men først ble realisert i 2017. Det ble videre regnskapsført i 2017 investeringer for 982 millioner kroner av investeringsrammen for 2017 på 1 526 millioner kroner. Regnskapsførte investeringer fra 2017-rammen var dermed 534 millioner kroner lavere enn godkjent ramme. Over tid blir hele den vedtatte investeringsrammen benyttet, men da noe tidsforskjøvet.

Totalt ble det gjennomført anskaffelser av medisinsk-teknisk utstyr for 410 millioner kroner i 2017. Blant de største anskaffelsene som er finansiert av investeringsrammen for 2017, men som først blir tatt i bruk i 2018, er røntgenlaboratorier til Rikshospitalet, CT-er til Ullevål, monitoreringsutstyr til Radiumhospitalet, oppgradering av MR-er, flytting av SpectCT og PETCT, angiologaboratorium til Ullevål, samt Linac til Radiumhospitalet. De fleste av disse anskaffelsene er nå gjennomført og er i prøvedrift. Når prøvedriftsperiodene er over blir anskaffelsene fakturert fra leverandørene og rapportert som investeringer i regnskapet.

Avviket knyttet til investeringer i bygg i 2017 gjelder i hovedsak såkalte ordinære investeringer og investeringer til lukking av avvik knyttet til brudd på lov og forskrift på bygg (Fase 2). En del av de ordinære investeringene i bygg er ombygginger som følge av anskaffelse av medisinskteknisk utstyr. En del av avviket knyttet til disse investeringene er således en følge av tidsforsinkelsene i anskaffelsene av medisinteknisk utstyr. For øvrig skyldes avviket at planlagt vedlikehold av tak, fasader og noen tverrgående systemer på Rikshospitalet, bredding av kommunikasjonsrom som skal understøtte IKT, samt en del virksomhetstilpasningene for klinikkene er forsinket og først blir gjennomført i 2018.

Etter en gjennomgang av balanseførte anlegg under utførelse (prosjekter som tidligere er rapportert som investeringer, men som ikke er aktivert) er utgifter til prosjekter som ikke blir fullført kostnadsført i driftsregnskapet. Totalt er 61 prosjekter vurdert og besluttet kostnadsført. Dette omfatter blant annet brystkreftsenter (10 millioner kroner), samlokalisering av DPS (3 millioner kroner), infrastruktur elektrisitet (7 millioner kroner), kontorarealer og postombygging (4 millioner kroner), samt utredning av fellesløsning for gruppe 2 rom (3 millioner kroner).

7.7. Likviditet

Periodisert kontantstrømbudsjett for 2017 ble lagt frem for styret i sak 6/2017. Budsjettet innebar et redusert trekk på bevilget driftskreditt med 843 millioner kroner gjennom 2017. Ved utgangen av året ble det reduserte trekket om lag 1 100 millioner kroner. Det er en forbedring i forhold til budsjett på 257 millioner kroner. Avviket skyldes enkelte forskyvninger av inn- og utbetalinger mellom 2017 og

2018 i forhold til det som ble lagt til grunn i budsjettet og at gjennomførte investeringer ble lavere enn planlagt, jf omtale ovenfor.

8. Bemanning og sykefravær

8.1. Bemanningsutvikling

Gjennomsnittlig brutto månedsverk for hele 2017, for perioden januar – desember er 18 885. Dette er en økning på 375 månedsverk (2,0 prosent) fra samme periode i 2016. Av økningen på 375 i gjennomsnittlig brutto månedsverk hittil i år er 89 månedsverk knyttet til internt finansierte månedsverk, mens eksternt finansierte øker med 286 månedsverk. I økningen for månedsverk med eksternt finansiering inngår om lag 220 månedsverk ved Rettsmedisinske fag. Økningen i internt finansierte månedsverk gjelder blant annet planlagt økning innenfor psykisk helsevern (Front-team mv), patologi og ambulansetjenesten.

8.2. Sykefravær

Sykefraværet for perioden januar - november 2017 var 7,2 prosent, fordelt på 2,6 prosent korttidsfravær og 4,6 prosent langtidsfravær (avrundet). Isolert for november 2017 var sykefraværet 7,7 prosent.

Styresak 6/2018 Tabellvedlegg – månedssrapport desember 2017

Oslo universitetssykehus HF
OUS HF

Rapporteringsperiode: Desember 2017

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

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, internt finansierte

4.3 Utvikling sykefravær

4.4 Sykefravær per klinikk

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	Nevroklubben
OPK	Ortopedisk klinikk
BAR	Barne- og ungdomsklubben
KVI	Kvinneklubben
KIT	Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon
KRE	Kreftklubben
HLK	Hjerte-, lunge- og karklubben
AKU	Akuttklubben
PRE	Prehospital klinikk
KLM	Klinikk for laboratoriemedisin
KRN	Klinikk for radiologi og nukleærmedisin
KRG	Kreftregisteret
OSS	Oslo sykehusservice
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

1. Styringsmål 2017 (fra oppdrag og bestilling)

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

- Mål 2017:
 1. Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenlignet med 2017, og skal være under 45 dager for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og under 60 dager for somatikk.
 2. Ingen fristbrudd.
 3. Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp skal være minst 70 %.
 4. Minst 70 % av pakkeforløpene for kreft er gjennomført innen standard forløpstid.
 5. Variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom sykehusene er redusert
- Sikre god drift og budsjetterte resultat for å kunne gjennomføre investeringer i bygg og utstyr.
- Riktig bruk av avtalespesialister og private leverandører; bedre utnyttelse og tettere samhandling med helseforetakene.

Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

- Mål 2017:
 1. Det er høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatisk helsetjeneste.
 2. Antall tvangsinnleggelse er redusert - i samarbeid med kommunene, sammenlignet med 2016.
 3. Antall pasienter i døgnbehandling som har minst ett tvangsmiddelvedtak, er redusert.
 4. Sikre færrest mulig avbrudd i døgnbehandling innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

- Mål 2017:
 1. Andelen sykehusinfeksjoner skal være mindre enn i 2016 og under 3 %.
 2. Minst 20% av pasientene med hjerneinfarkt får trombolysebehandling innen 40 minutter etter innleggelse.
 3. Ingen koridorpasienter.
 4. Minst 30% av dialysepasientene får hjemmedialyse.
 5. 30% reduksjon i forbruk av bredspektrert antibiotika i sykehus i 2020 sammenlignet med 2012.
- 1.5 % av pasientene skal bære inkludert i klinisk forskning.
- Sikre at utdanning og kompetanse er i samsvar med helseforetakenes fremtidige behov.
- Standardisering av elektronisk pasientjournal og videre innføring av regionale løsninger innen kurve og medikasjon, radiologi og laboratoriemedisin.
- Etablere en moderne IKT-infrastruktur som legger til rette for innføring av regionale kliniske løsninger.

Følges opp gjennom månedlig, tertialvis og årlig rapportering

1. Styringsmål 2017 - rapportering

Styringsmål 2017	Mål 2017	Rapporteres:		
		Måned	Tertial	Årlig
Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	1 Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres i alle helseforetak sammenlignet med 2016, og skal være under 45 dager for psykisk helsevern/TSB og under 60 dager for somatikk	X		
	2 Ingen fristbrudd.	X		
	3 Andelen nye kreftpasienter i pakkeforløp skal være minst 70 %.	X		
	4 Minst 70 % av pakkeforløpene for kreftpasienter er gjennomført innen standard forløpstid.	X		
	5 Variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom sykehusene er redusert.			X
	* Sikre god drift og budsjetterte resultat for å kunne gjennomføre investeringer i bygg og utstyr.	X		
	* Riktig bruk av avtalespesialister og private leverandører; bedre utnyttelse og tettere samhandling med helseforetakene.			X
Prioritere psykisk helsevern og TSB	1 Det er høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatisk helsetjeneste.			X
	2 Antall tvangsinnleggelse er redusert - i samarbeid med kommunene, sammenlignet med 2016.		X	
	3 Antall pasienter i døgntilrettelagt behandling som har minst ett tvangsmiddelvedtak, er redusert.		X	
	4 Sikre færrest mulig avbrudd i døgntilrettelagt behandling for tverrfaglig spesialisert rusbehandling.		X	
Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	1 Andelen sykehusinfeksjoner skal være mindre enn i 2016 og under 3 %.		X	
	2 Minst 20 % av pasienten med hjerneinfarkt får trombololysebehandling innen 40 minutter etter innleggelse.		X	
	3 Ingen korridorpasienter.	X		
	4 Minst 30 % av dialysepasientene får hjemmedialyse.			X
	5 30 % reduksjon i forbruk av bredspektret antibiotika i sykehus i 2020 sammenlignet med 2012.			X
	* 5 % av pasientene skal være involvert i klinisk forskning.			X
	* Sikre at utdanning og kompetanse er i samsvar med helseforetakenes fremtidige behov.			X
	* Standardisering av elektronisk pasientjournal og videre innføring av regionale løsninger innen kurve og medikasjon, radiologi og laboratoriemedisin.			X
	* Etablere en moderne IKT- infrastruktur som legger til rette for innføring av regionale kliniske løsninger.			X

2.1 Aktivitet somatikk (DRG-poeng)

Oppdatert per 11/01-2018						
Periode: DESEMBER 2017	Periodens tall		HITTIL I ÅR		Sammenligning 2016	
Klinikk	Avvik	Avvik i %	Avvik	Avvik i %	Endring	i %
Medisinsk klinikk	-75	-3,3 %	-1 290	-4,6 %	-540	-2,0 %
Hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	-67	-3,8 %	78	0,4 %	884	4,1 %
Nevroklirikken	-17	-0,8 %	287	1,1 %	732	2,8 %
Ortopedisk klinikk	183	11,4 %	121	0,6 %	753	4,0 %
Barn- og ungdomsklinikken	99	8,3 %	-349	-2,3 %	39	0,3 %
Kvinneklirikken	-118	-7,2 %	-880	-4,0 %	-521	-2,4 %
Kirurgi, inflammasjonsmedisin og transpl	133	4,9 %	122	0,4 %	778	2,3 %
Kreftklinikken	-114	-4,4 %	-129	-0,4 %	264	0,9 %
Hjerte-, lunge- og karklinikken	-162	-5,9 %	1 046	3,2 %	1 513	4,7 %
Akuttklinikken	-82	-35,8 %	-955	-33,0 %	-859	-30,7 %
Laboratoriemedisin	4	40,0 %	23	14,4 %	23	14,4 %
SUM TOTALT	65	0,3 %	135	0,1 %	3 105	1,4 %

- Estimat for forventet etterregistrering er inkludert med 132 DRG-poeng.
- Ved sammenligning med 2016 er 2016-data fremstilt med vektor og logikk for 2017.

2.1 Aktivitet – psykisk helsevern

Rapporteringsperiode: DESEMBER 2017	Denne periode				Hittil i år				2017 mot 2016	
Oslo universitetssykehus HF	Resultat	Budsjett	Awik	%	Hittil i år	Budsjett	Awik	%	Endring	%
Psykisk helsevern - voksen										
Antall utskrevne pasienter døgntil behandling	236	146	90	61,6 %	2 352	1 798	554	30,8 %	340	16,9 %
Antall liggedøgn døgntil behandling	6 262	5 974	288	4,8 %	72 477	70 912	1 565	2,2 %	-1 465	-2,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner (gammel indikator)	7 040	8 085	-1 045	-12,9 %	103 458	103 840	-382	-0,4 %	-702	-0,7 %
Justert sammenligning konsultasjoner 2016 - 2017									1 674	1,7 %
Psykisk helsevern - barn og unge										
Antall utskrevne pasienter døgntil behandling	12	13	-1	-7,7 %	156	154	2	1,3 %	2	1,3 %
Antall liggedøgn døgntil behandling	678	470	208	44,3 %	6 776	5 609	1 167	20,8 %	1 404	26,1 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	487	265	222	83,8 %	3 698	3 234	464	14,3 %	461	14,2 %
Antall polikliniske konsultasjoner (gammel indikator)	3 338	3 722	-384	-10,3 %	46 522	47 456	-934	-2,0 %	662	1,4 %
Justert sammenligning konsultasjoner 2016 - 2017									164	0,4 %
TSB										
Antall utskrevne pasienter døgntil behandling	192	192	0	0,0 %	2 367	2 283	84	3,7 %	61	2,6 %
Antall liggedøgn døgntil behandling	2 068	2 001	67	3,3 %	24 686	24 998	-312	-1,2 %	-933	-3,6 %
Antall polikliniske konsultasjoner (gammel indikator)	1 753	1 797	-44	-2,4 %	24 770	24 508	262	1,1 %	855	3,6 %

Merknad: Det er innført innsatsstyrt finansiering for poliklinisk aktivitet innenfor psykisk helsevern og TSB fra 1.1.2017. Dette medfører endring i telling av polikliniske konsultasjoner. Budsjettet er imidlertid fastsatt etter tidligere tellemåte, og det er derfor denne indikatoren som vises i tabellen over.

2.1 Aktivitet radiologi per modalitet

Vektede aktivitetstall

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

	Vekter (NCRP-vekt)	Mnd 2016	Mnd 2017	HiÅ 2016	HiÅ 2017	%-vis endring 2016-2017 Mnd	%-vis endring 2016-2017 HiÅ
Modalitet		H	H	H	H	H	H
Angio	25,8	6 734	5 702	76 136	76 084	-15,3 %	-0,1 %
CT	9,9	53 856	53 618	656 271	680 902	-0,4 %	3,8 %
MG	17,3	7 249	11 505	80 514	119 941	58,7 %	49,0 %
MR	16,1	42 520	39 381	549 541	564 160	-7,4 %	2,7 %
NM	12,3	5 363	5 683	81 192	79 421	6,0 %	-2,2 %
PET	37,1	14 506	13 171	195 777	184 981	-9,2 %	-5,5 %
RG	1	13 085	13 375	164 055	166 032	2,2 %	1,2 %
UL	1,9	5 464	5 273	73 268	69 950	-3,5 %	-4,5 %
Totalt		148 777	147 706	1 876 754	1 941 472	-0,7 %	3,4 %

H = henvisninger

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

MG = mammografi

NM = nukleærmedisin

RG = konvensjonell røntgen

2.1 Aktivitet avdeling PO/Intensiv

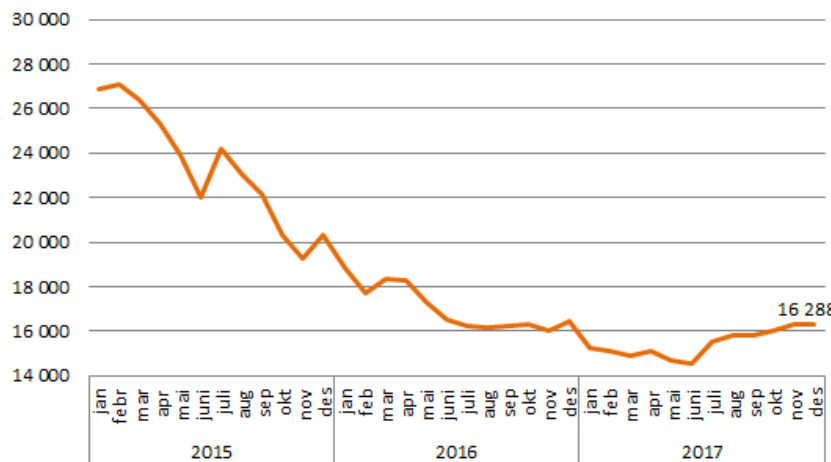
Klinikk	Aktivitet	Des 2017	Akkumulert aktivitet Des 2017	Des 2016	Akkumulert aktivitet Des 2016	Akkumulert endring 2016-2017	Endring 2016-2017 i %
	Antall intensivpasienter	250	3 091	280	3 183	-92	-2,9 %
	Antall intensivdøgn	1 318	14 268	1 130	14 114	154	1,1 %
	Antall respiratordøgn:						
	Barneintensiv, RH	128	861	76	907	-46	-5,1 %
	Generell Intensiv UL	160	2 116	116	2 063	53	2,6 %
	Generell int 1, RH	220	2 182	206	2 500	-318	-12,7 %
	Generell int 2, RH	109	1 222	113	1 246	-24	-1,9 %
	Nevrointensiv, Ullevål	51	1 278	97	1 318	-40	-3,0 %
	PO, Aker	0	3	-	7	-4	
	PO, Radium	0	43	-	97	-54	-55,7 %
	PO, RH	0	3	-	1	2	
	PO, Ullevål	5	169	3	182	-13	-7,1 %
	SUM Antall respiratordøgn	673	7 877	611	8 321	-444	-5,3 %

2.1 Aktivitet avdeling PO/Intensiv

Klinikk	Aktivitet	Des 2017	Akkumulert aktivitet Des 2017	Des 2016	Akkumulert aktivitet Des 2016	Akkumulert endring 2016-2017	Endring 2016-2017 i %
Antall PO-pasienter							
	Barneintensiv, RH	32	601	39	572	29	5,1 %
	Generell Intensiv UL	30	229	22	175	54	30,9 %
	Generell int 1, RH	24	254	12	238	16	6,7 %
	Generell int 2, RH	39	305	14	292	13	4,5 %
	Nevrointensiv, Ullevål	13	124	18	137	-13	-9,5 %
	PO, Aker	394	5 350	386	4 926	424	8,6 %
	PO, Radium	228	2 939	232	2 813	126	4,5 %
	PO, RH	712	10 558	796	10 959	-401	-3,7 %
	PO, Ullevål	403	4 847	414	4 749	98	2,1 %
	Sum antall PO-pasienter	1 875	25 207	1 933	24 861	346	1,4 %
Liggedøgn PO-pasienter							
	Barneintensiv, RH	6	139	9	145	-6	-4,1 %
	Generell Intensiv UL	13	92	11	82	10	12,2 %
	Generell int 1, RH	7	72	3	63	9	14,3 %
	Generell int 2, RH	8	82	6	89	-7	-7,9 %
	Nevrointensiv, Ullevål	7	59	9	70	-11	-15,7 %
	PO, Aker	68	973	77	965	8	0,8 %
	PO, Radium	48	651	46	666	-15	-2,3 %
	PO, RH	75	1 207	92	1 349	-142	-10,5 %
	PO, Ullevål	115	1 375	124	1 391	-16	-1,2 %
	Sum antall liggedøgn PO-pasienter	347	4 650	377	4 820	-170	-3,5 %

2.2 Ventelisteutvikling – antall ventende

Antall ventende

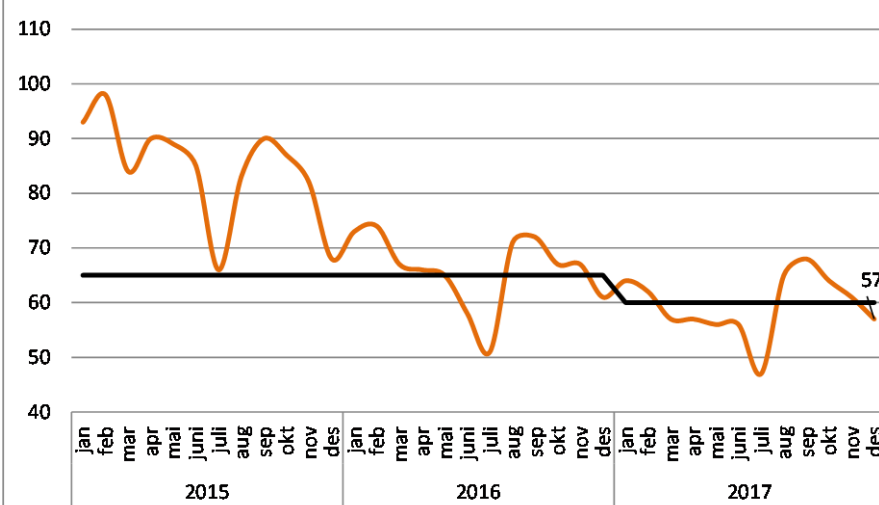


Antall ventende	2016				2017				Utvikling
	sep	okt	nov	des	sep	okt	nov	des	
PHA	476	490	585	679	420	493	555	636	
MED	2 244	2 171	2 061	2 126	2 257	2 391	2 416	2 439	
HHA	2 351	2 383	2 352	2 361	2 465	2 584	2 669	2 613	
NVR	1 754	1 863	1 890	1 897	1 703	1 657	1 875	1 967	
OPK	1 956	1 972	1 901	1 817	1 714	1 624	1 539	1 539	
BAR	675	683	672	807	634	770	796	866	
KVI	1 225	1 182	1 124	1 126	974	820	829	696	
KIT	3 276	3 241	3 292	3 389	3 596	3 688	3 638	3 605	
KRE	297	288	329	286	376	426	390	350	
HLK	1 311	1 296	1 136	1 214	778	738	701	737	
AKU	141	143	108	106	170	164	177	182	
KLM	523	575	560	641	700	637	704	658	
Sum klinikker	16 229	16 298	16 010	16 449	15 787	15 992	16 289	16 288	
Diff vs. 2016								-161	
Diff %								-1 %	

Antall ventende = ikke avviklede henvisningsperioder

2.2 Gjennomsnittlige ventetider til avvikling

Gj.sn. ventetider til avvikling

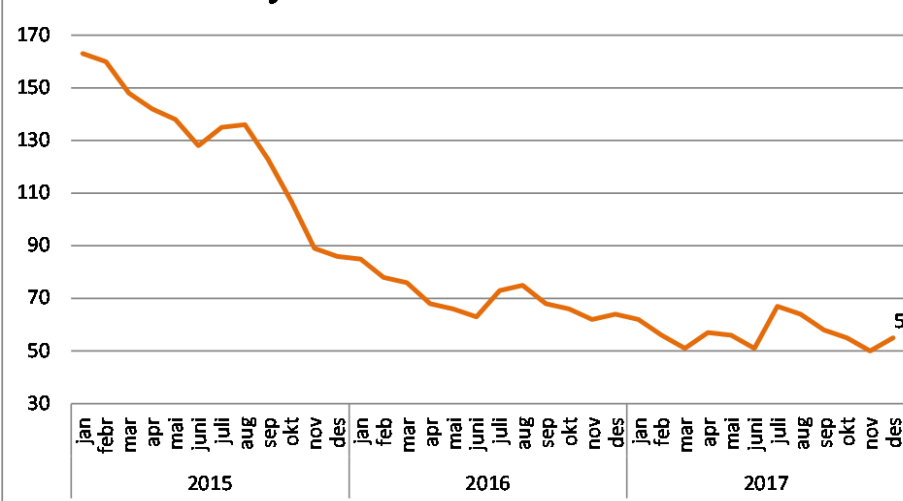


Gj.sn. v.tid til avvikling	2016				2017				Utvikling
	sep	okt	nov	des	sep	okt	nov	des	
PHA	45	40	43	39	47	43	39	42	
MED	65	59	65	58	71	64	64	56	
HHA	69	60	61	59	74	69	68	64	
NVR	76	72	65	63	67	58	56	57	
OPK	90	107	107	121	92	90	76	80	
BAR	88	74	66	59	73	61	64	60	
KVI	90	66	63	59	68	59	47	41	
KIT	75	83	76	61	73	77	74	67	
KRE	37	23	21	22	27	25	26	27	
HLK	115	116	107	72	69	62	59	66	
AKU	72	56	53	53	94	91	69	77	
KLM	36	33	34	33	43	43	35	32	
OUS	72	67	67	61	68	64	61	57	
Diff vs. 2016									-4
Diff %									-7 %

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

2.2 Gjennomsnittlige ventetider ventende

Gj.sn. ventetider ventende

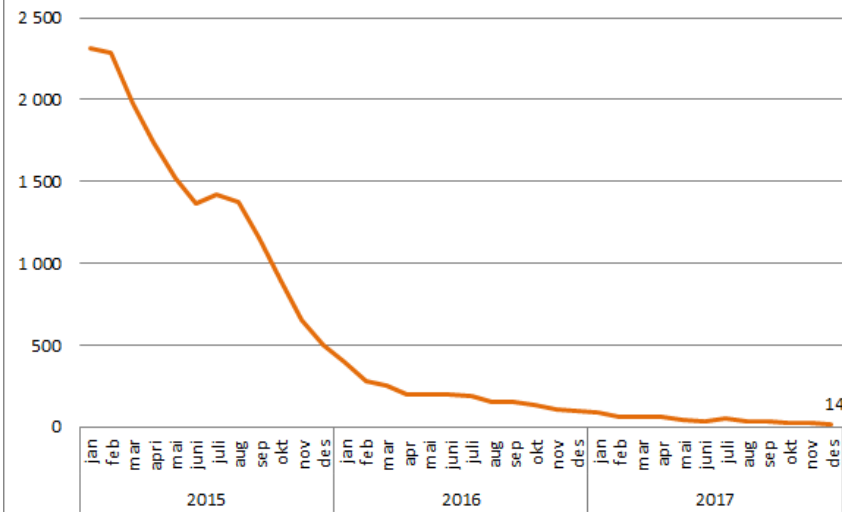


Gj.sn. v.tid ventende	2016				2017				Utvikling
	sep	okt	nov	des	sep	okt	nov	des	
PHA	33	30	30	38	29	31	29	35	
MED	56	57	55	57	56	52	50	56	
HHA	71	69	65	70	72	64	57	63	
NVR	47	46	47	51	43	42	38	46	
OPK	112	113	105	101	73	68	64	65	
BAR	64	59	54	57	54	52	51	59	
KVI	55	51	47	53	45	40	32	40	
KIT	70	63	55	60	64	62	57	60	
KRE	44	56	48	31	40	35	26	30	
HLK	92	89	91	100	52	61	48	52	
AKU	35	35	39	48	60	60	64	57	
KLM	32	31	31	38	44	40	33	41	
OUS	68	66	62	64	58	55	50	55	
Diff vs. 2016									-9
Diff %									-14 %

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

2.2 Langtidsventende (≥ 12 mnd)

Ventende ≥ 12 mndr.



Antall ventet ≥ 1 år	2016				2017				Utvikling
	sep	okt	nov	des	sep	okt	nov	des	
PHA	1	-	-	2	-	1	-	-	
MED	1	-	3	4	-	1	4	1	
HHA	16	8	4	6	22	6	6	3	
NVR	5	1	3	7	2	2	-	2	
OPK	86	92	70	57	3	2	2	1	
BAR	-	-	-	1	-	-	-	1	
KVI	1	3	3	4	1	-	-	-	
KIT	35	22	14	14	5	6	9	4	
KRE	3	5	7	1	1	1	2	1	
HLK	4	5	2	3	2	5	-	-	
AKU	-	-	-	-	-	-	1	-	
KLM	-	-	-	2	1	1	-	1	
Sum	152	137	106	101	37	25	24	14	
Diff vs. 2016									-87
Diff %									-86 %

2.3 Fristbrudd

Fristbrudd ordinært avviklede	2016									2017									Utvikling
	Antall				Antall				Andel	Antall				Andel					
	sep	okt	nov	des	sep	okt	nov	des	des	sep	okt	nov	des	des					
PHA	3	-	1	-	1	3	1	2	0,9%										
MED	4	7	3	3	3	1	1	1	0,1%										
HHA	11	3	2	5	6	8	7	2	0,2%										
NVR	9	23	15	1	3	7	2	6	1%										
OPK	5	7	23	21	2	2	-	1	0,2%										
BAR	17	1	2	-	9	2	5	5	2,3%										
KVI	6	9	3	7	5	5	1	7	1,5%										
KIT	14	13	14	13	42	32	43	17	1,6%										
KRE	17	7	6	9	14	3	7	3	0,9%										
HLK	4	-	2	2	11	3	2	5	2,6%										
AKU	-	-	-	-	-	-	-	-	0%										
KLM	-	-	3	-	-	-	-	-	0%										
Sum	90	70	74	61	96	66	69	49	0,9%										
Endr fra 2016									-12										
Endr i %									-20 %										

Fristbrudd ventende	2016									2017									Utvikling
	Antall				Antall				Andel	Antall				Andel					
	sep	okt	nov	des	sep	okt	nov	des	des	sep	okt	nov	des	des					
PHA	2	2	3	8	-	-	2	-	0%										
MED	-	1	-	10	-	-	4	1	0%										
HHA	-	3	1	4	8	3	1	3	0,1%										
NVR	7	11	4	8	4	2	1	4	0,2%										
OPK	-	5	9	12	-	2	2	3	0,2%										
BAR	-	-	-	2	1	9	12	31	3,6%										
KVI	-	1	1	1	-	2	4	-	0%										
KIT	9	12	20	33	20	27	26	37	1%										
KRE	9	13	1	7	13	2	3	12	3,4%										
HLK	3	-	1	4	3	4	1	4	0,5%										
AKU	-	-	-	-	-	-	-	-	0%										
KLM	-	-	-	-	-	-	-	-	0%										
Sum	30	48	40	89	49	51	56	95	0,6%										
Endr fra 2016									6										
Endr i %									7 %										

Fristbrudd avviklede: Frist var overskredet på tidspunkt for avvikling.

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

3.1 Økonomisk resultat (foreløpig årsregnskap)

Tall i hele 1000 kr	Budsjett 2017	Desember				Hittil i 2017			
		Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %
Basisramme	11 585 683	1 052 484	1 050 419	2 066	0,2 %	11 610 146	11 585 683	24 463	0,2 %
Aktivitetsbaserte inntekter	8 155 273	664 367	647 743	16 624	2,6 %	8 210 223	8 155 273	54 950	0,7 %
Andre inntekter	2 435 669	299 404	211 422	87 982	41,6 %	2 777 700	2 435 669	342 031	14,0 %
Sum driftsinntekter	22 176 625	2 016 255	1 909 583	106 671	5,6 %	22 598 069	22 176 625	421 444	1,9 %
Lønn -og innleiekostnader	15 324 383	1 362 786	1 330 005	-32 781	-2,5 %	15 532 457	15 324 383	-208 074	-1,4 %
Kjøp av helsetjenester	471 052	55 219	39 302	-15 917	-40,5 %	498 513	471 052	-27 461	-5,8 %
Varekostnader mv	2 409 726	206 348	199 468	-6 880	-3,4 %	2 442 500	2 409 726	-32 774	-1,4 %
Andre driftskostnader	3 729 312	325 084	317 122	-7 962	-2,5 %	3 883 176	3 729 312	-153 864	-4,1 %
Sum driftskostnader	21 934 473	1 949 437	1 885 896	-63 540	-3,4 %	22 356 646	21 934 473	-422 173	-1,9 %
Driftsresultat	242 152	66 818	23 687	43 131	2,3 %	241 423	242 152	-729	0,0 %
Netto finans	7 848	158	-2 853	3 011	105,5 %	27 264	7 848	19 416	247,4 %
Resultat OUS	250 000	66 976	20 834	46 142	2,4 %	268 687	250 000	18 687	0,1 %



3.1 Kommentarer til resultat per ØBAK-linje

Art_ØBAK	Resultat	Budsjett	Awik	Kommentarer til de største avvikene
Basisramme	11 532 779	11 508 316	24 463	Awiket gjelder økt basisramme for å finansiere økte pensjonskostnader.
Kvalitetsbasert finansiering	77 367	77 367	0	
ISF egne pasienter	3 852 546	3 875 584	-23 038	Innen somatikken er aktiviteten om lag som budsjettet hva gjelder antall DRG-poeng. Tilhørende ISF-inntekter er om lag 11 mnok lavere enn budsjettet. Det er negative aktivitetsawik i enkelte klinikker, størst i Medisinsk klinikk og Kvinneklinikken. For
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	821 563	809 376	12 187	pasientadministrerte legemidler er det et negativt awik på 2,1 mnok som i hovedsak skyldes lavere ISF-inntekt fra de nye
ISF-refusjon fritt behandlingsvalg	0	0	0	legemidlene som ble overført fra folketrygden fra og med 2017. Innen PHA er det et negativt awik på om lag 4% (antall poeng)
ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	55 308	57 513	-2 205	og 2,2 mnok. Totalt viser ISF-inntektene et negativt awik på 15,2 mnok.
ISF-refusjon pasientadministrerte leger	58 379	60 497	-2 118	
Utskrivningsklare pasienter	4 653	2 011	2 642	Antall utskrivningsklare pasienter er noe høyere enn forventet, derfor også noe høyere inntekt.
Gjestepasienter	661 063	631 900	29 163	Inntekter for pasienter fra andre regioner er om lag 29 mnok høyere enn budsjettet og gjelder i hovedsak poliklinisk behandling innen både somatikken og PHA/TSB. Kurddøgninntektene er 4,3 mnok lavere enn budsjettet.
Salg av konserninterne helsetjenester	2 081 278	2 037 358	43 920	Samlede konserninterne gjestepasientinntekter har et positivt awik på om lag 44 mnok per desember. Innenfor psykisk helse er inntektene om lag 15 mnok høyere enn budsjettet, mens innen somatikken er det positive awik både når det gjelder poliklinisk behandling, kurddøgn og innen lab-og røntgenområdet.
Polikliniske inntekter	675 434	681 034	-5 600	De polikliniske inntektene er 5,6 mnok lavere enn budsjett. PHA har et negativt awik på 3 mnok, mens somatikken om lag som budsjettet. Laboratorie- og røntgenområdet viser et negativt awik på 8,6 mnok.
Øremerkede tilskudd raskere tilbake	52 841	61 202	-8 361	Det er inntektsført noe lavere inntekter enn budsjettet for Raskere tilbake. Awiket gjelder Kreftklinikken og Nevroklinikken.
Andre øremerkede tilskudd	1 330 414	1 326 468	3 946	Inntektene føres i takt med faktisk forbruk (kostnadene).
Andre driftsinntekter	1 394 445	1 047 999	346 446	Positivt awik på 346 mnok gjelder bl.a. tilskudd fra private (som salderes under "andre øremerkede tilskudd" og må ses i sammenheng med denne ØBAK-linjen), høyere salgsinntekter og refusjon av egenandeler fra HELFO (blant annet innenfor pasientreiser hvor omlegging av bokføring fra netto til brutto gir en økt inntekt på 105 mnok per desember, med tilsvarende økt kostnad). Det er også flere andre små positive awik som fordeler seg over flere poster som bidrar til det positive awiket.
Sum driftsinntekter	22 598 069	22 176 625	421 444	
Kjøp av off helsetjenester	67 080	43 956	-23 124	Awiket gjelder i hovedsak opptrekkskostnader cytostatika, samt kjøp av offentlige laboratorietjenester.
Kjøp av private helsetjenester	336 219	360 290	24 071	Kostnadene til kjøp av private helsetjenester er om lag 24 mnok lavere enn budsjettet. Awiket fordeler seg med positive awik på flere poster, blant annet lavere kostnader ved kjøp av behandling i utlandet enn budsjettet.
Varekostnader	2 442 500	2 409 726	-32 774	Varekostnadene er om lag 33 mnok høyere enn budsjettet. Det er bl. a. høyere kostnader enn budsjettet vedr kjøp av medikamenter, blodprodukter og andre medisinske forbruksvarer. Awik for varekostnader må delvis ses i sammenheng med awik for kjøp av offentlige helsetjenester, da blant annet kostnader til kjøp av mva-frie tjenester fra apoteket, som opptrekk av cytostatika bokføres der, men er budsjettet under varekostnader.
Innleid arbeidskraft	219 910	157 099	-62 811	Innleiekostnadene er høyere enn budsjettet og økt med om lag 20 mnok (10 %) fra samme tid i fjor.
Kjøp av konserninterne helsetjenester	95 214	66 806	-28 408	De totale kostnadene til kjøp av konserninterne helsetjenester er om lag 28 mnok høyere enn budsjett per desember. Awiket gjelder i både innen PHA og somatikken (både dag/døgn og poliklinikk).
Lønn til fast ansatte	10 656 614	10 682 790	26 176	De samlede lønnskostnadene er om lag 145 mnok høyere enn budsjettet. I resultatet inngår 38 mnok i høyere pensjonskostnader enn forutsatt i budsjettet (motpost økt basisramme). Deler av awiket kan relateres til aktivitet med øremerket finansiering. Lønnsrefusjonene er høyere enn budsjettet, men må ses i sammenheng med høyere kostnader til overtid og ekstrasjelp.
Overtid og ekstrasjelp	1 293 086	1 072 148	-220 938	
Pensjon	2 233 060	2 194 866	-38 194	
Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft	-742 578	-673 635	68 943	
Annen lønn	1 872 366	1 891 115	18 749	
Avskrivninger	903 707	875 900	-27 807	Avskrivningene er om lag 28 mnok høyere enn budsjettet. Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for ibrukttagelse.
Andre driftskostnader	2 979 469	2 853 412	-126 057	Andre driftskostnader er 126 mnok høyere enn budsjettet. En del av awiket gjelder øremerkede midler, som har tilsvarende høyere inntekter. Endret bokføring av kostnader til pasientreiser (fra netto til brutto) etter at budsjettet var ferdigstilt medfører et awik på om lag 105 mnok (tilsvarende inntekt under andre driftsinntekter). IKT-området bidrar med et stort positivt awik. Energiutgiftene er om lag 15 mnok høyere enn budsjettet. Det er bokført kostnader fra Anlegg under utførelse med om lag 52 mnok.
Sum driftskostnader	22 356 646	21 934 473	-422 173	
Finansinntekter	-78 030	-71 148	6 882	Positiv netto finans kommer i hovedsak som følge av positivt bidrag fra datterselskap (SMOS).
Finanskostnader	50 766	63 300	12 534	
Netto finans	-27 264	-7 848	19 416	
TOTALT	268 687	250 000	18 687	

3.2 Økonomisk resultat – per klinikk

Rapportering Desember 2017 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	-7 638	0	-7 638	-3,8 %	-35 156	0	-35 156	-1,7 %
Medisinsk klinikk	-2 257	0	-2 257	-1,8 %	-57 336	0	-57 336	-4,2 %
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	-5 567	0	-5 567	-7,9 %	-18 346	0	-18 346	-2,2 %
Nevroklinikken	-7 350	-29	-7 322	-7,7 %	-31 805	0	-31 805	-3,1 %
Ortopedisk klinikk	-1 522	0	-1 522	-2,4 %	-25 941	0	-25 941	-3,8 %
Barne- og ungdomsklinikken	-537	0	-537	-0,5 %	-33 527	0	-33 527	-3,0 %
Kvinneklinikken	-3 413	0	-3 413	-6,0 %	-26 468	0	-26 468	-3,9 %
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	-2 945	0	-2 945	-2,9 %	-55 582	0	-55 582	-4,8 %
Kreftklinikken	-3 390	-55	-3 335	-2,1 %	-6 192	0	-6 192	-0,4 %
Hjerte-, lunge- og karklinikken	-3 296	0	-3 296	-3,3 %	12 877	0	12 877	1,1 %
Akuttklinikken	-1 724	0	-1 724	-1,0 %	-13 342	0	-13 342	-0,7 %
Prehospital klinikk	10 906	0	10 906	13,1 %	31 919	0	31 919	3,4 %
Klinikk for laboratoriemedisin	-6 287	0	-6 287	-3,8 %	-12 652	0	-12 652	-0,7 %
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	-3 066	0	-3 066	-4,2 %	-2 884	0	-2 884	-0,3 %
Oslo sykehuservice	-2 605	0	-2 605	-1,3 %	-3 460	0	-3 460	-0,2 %
Direktørens stab	49 494	0	49 494	52,5 %	161 383	0	161 383	10,7 %
Fellesposter	54 312	21 878	32 434	45,6 %	346 362	230 852	115 510	12,1 %
Konsern	3 862	-960	4 822		38 836	19 148	19 688	
Sum OUS	66 976	20 834	46 142	2,4 %	268 687	250 000	18 687	0,1 %

3.2 Kommentarer til klinikkens resultater

Klinikk	Avvik i mill kr	Overordnet beskrivelse av avvik
Klinikk psykisk helse og avhengighet	-35	Klinikken har betydelig høyere kostnader enn budsjettert (49 mnok). Høyere inntekter, i hovedsak gjestepasientinntekter bedrer isolert resultatet med 14 mnok.
Medisinsk klinikk	-57	Om lag 25 mnok av klinikkens avvik skyldes lavere aktivitet enn budsjettert. Klinikken har høyere kostnader enn budsjettert for både lønn, innleie av helsepersonell og varekostnader.
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	-18	Klinikken har merinntekt på 10 mnok. Samlet merforbruk på kostnadssiden er 28 mnok. Det er hovedsakelig på lønn og varekost. Det er også noe merforbruk på innleie og andre driftskostnader.
Nevroklinikken	-32	Klinikken har store merinntekter. På kostnadssiden har i hovedsak lønn hatt en ytterligere forverring av resultatet de siste månedene. På interne kostnader er også et stort avvik, på bla. blodprodukter, pasienthotell og tolketjenester.
Ortopedisk klinikk	-26	Klinikken har en merinntekt på 14 mnok som hovedsak knyttes til utleie av personell. Klinikken har et merforbruk på overtid, innleie og ekstrahjelp og avviket for driftskostnader er -40 mnok.
Barne- og ungdomsklinikken	-34	Klinikken har et negativt resultat på 34 mnok. Avviket skyldes i hovedsak merforbruk på innleie fra vikarbyrå og medikamenter, samt lavere aktivitet enn forutsatt i budsjettert.
Kvinneklinikken	-26	Klinikken har et negativt avvik på 26 mnok hvor lavere aktivitet/ISF-inntekter utgjør om lag 22 mnok. Hovedårsaken er færre fødsler enn plan.
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	-56	Klinikken har høyere aktivitet og høyere inntekter enn budsjettert (7 mnok). Samtidig er det et avvik på driftskostnader (-62 mnok). Høyere kostnader til blodprodukter samt merforbruk knyttet til intern innleie og tolketjenester bidrar til det negative resultatet.
Kreftklinikken	-6	Klinikken har lavere aktivitet enn budsjettert. Dette gir et negativt inntektsavvik på 4 mnok. Varekostnader og lønn er om lag som budsjettert. Driftskostnadene i klinikken er klart høyere enn budsjettert. Det skyldes i hovedsak pasientskadeerstatning (egenandeler NPE) og avsetninger for tap på øremerkede midler.
Hjerte-, lunge- og karklinikken	13	Klinikken har et avvik på inntektssiden pga høy aktivitet på om lag 46 mnok. Varekostnadene er om lag som budsjettert, mens lønns- og innleiekostnadene er høyere. Samlet gir dette et positivt avvik på 13 mnok.
Akuttklinikken	-13	Klinikkens negative resultat kan i hovedsak forklares ved lav DRG-aktivitet ved Smerteklinikken, samt merforbruk på varekostnader og lønn/innleie.
Prehospital klinikk	32	Vesentlig høyere driftsinntekter enn budsjettert henger sammen med inntekter fra egenandeler fra HELFO, som føres med bruttobeløp mot tidligere netto. Driftskostnader for øvrig er om lag som budsjettert, mens det er noe høyere lønnskostnader enn budsjettert.
Klinikk for laboratoriemedisin	-13	Klinikkens resultat skyldes en kombinasjon av lavere inntekter enn budsjettert (5 mnok) og høyere kostnader (7 mnok). Det er særlig varekostnadene som har et negativt avvik.
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	-3	2017 har vært et år preget av utskifting av flere maskiner (flere MR og to PET/Cter). Det har påvirket aktiviteten og dermed inntektene og varekostnadene. Lønn er omtrent i balanse.
Oslo sykehusservice	-3	Klinikken har lavere lønnskostnader enn budsjettert, mens høye energikostnader og kostnader til behandlingshjelpemidler bidrar negativt.
Stab	161	Om lag 135 mnok av avviket kan relateres til lavere kostnader enn budsjettert innenfor IKT-området og 27 mnok til øvrig stab (inntekter for utleie av personell mv.).
Fellesposter / konsern mv	135	Datterselskap bidrar positivt med 17 mnok (hovedsakelig SMOS). Fellesposter viser et positivt avvik på 115 mnok som bla skyldes at lønnsoppgjøret for 2017 ble lavere enn budsjettert, oppløsning for lønnsoppgjør mv 2016, kurdøgnsinntekter fra 2016, høyere avskrivningskostnader og kostnadsføringer fra anlegg under utførelse.
Samlet avvik	19	

3.2 Gjennomføring av tiltak

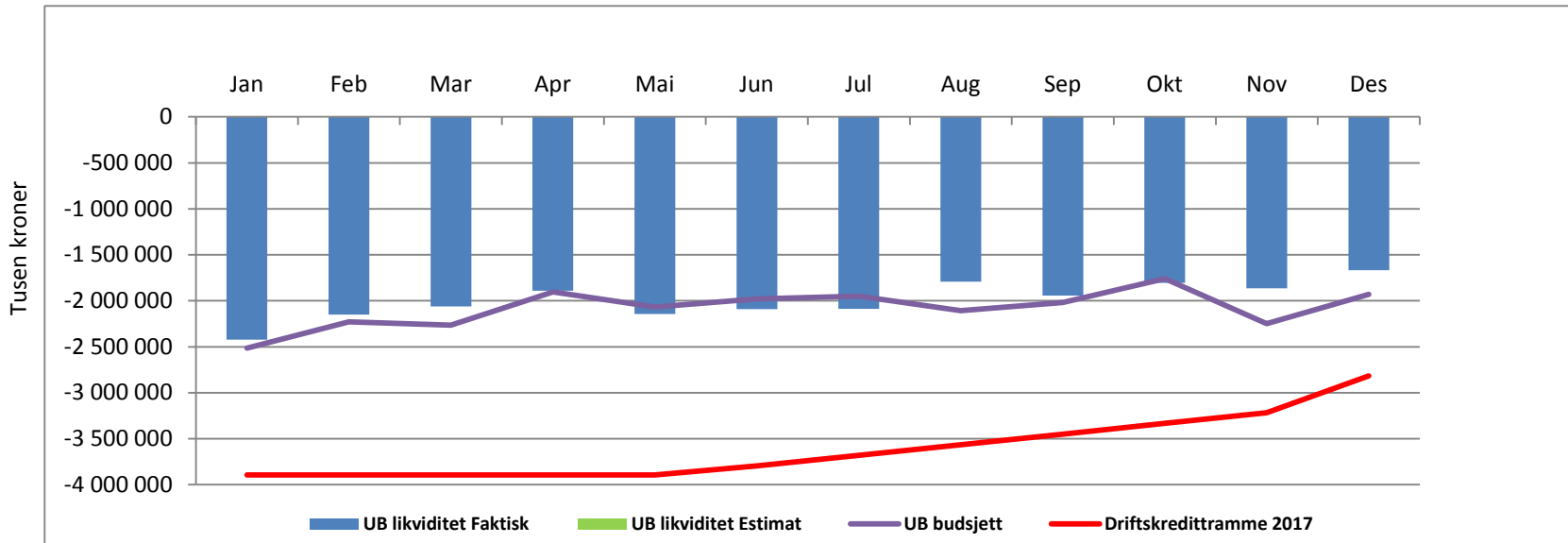
KLINIKK (tall i 1000 kr)	Budsjett tiltak per des	Effekt tiltak per des	Gjennomførings- % tiltak pr des
PHA	15 900	6 840	43 %
MED	26 747	12 984	49 %
HHA	20 000	17 696	88 %
NVR	24 550	14 734	60 %
OPK	17 200	6 300	37 %
BAR	30 923	9 976	32 %
KVI	6 730	6 905	103 %
KIT	37 668	20 694	55 %
KRE	38 544	31 665	82 %
HLK	25 269	23 322	92 %
AKU	28 069	16 894	60 %
PRE	4 750	5 885	124 %
KLM	37 546	24 604	66 %
KRN	10 486	8 772	84 %
OSS	39 920	33 620	84 %
SUM	364 301	240 892	66 %

3.3 Investeringer

Investeringer (Beløp i millioner kroner)		Budsjettert overheng	Regnskapsført overheng	Budsjett 2017	Regnskapsført av budsjett 2017	Avvik fra budsjett (inkl. overheng)
TOTALT	MTU	128	144	501	266	-219
	Bygg		-14	837	594	-258
	Annet		1	76	63	-13
	Ufordelt			30		-30
	<i>Investeringer som balanseføres</i>	128	131	1 445	922	-520
	Egenkapital pensjon			43	49	6
	IKT 1)		7	38	11	-20
	SUM	128	138	1 526	982	-534
Finansiert med	Ordinær likviditet			364	364	0
	Driftsresultat		7	350	199	-144
	Lån			485	294	-191
	Øremerkede tilskudd			16	23	7
	Finansiell leie	128	131	311	102	-206
	SUM	128	138	1 526	982	-534

3.3 Likviditet

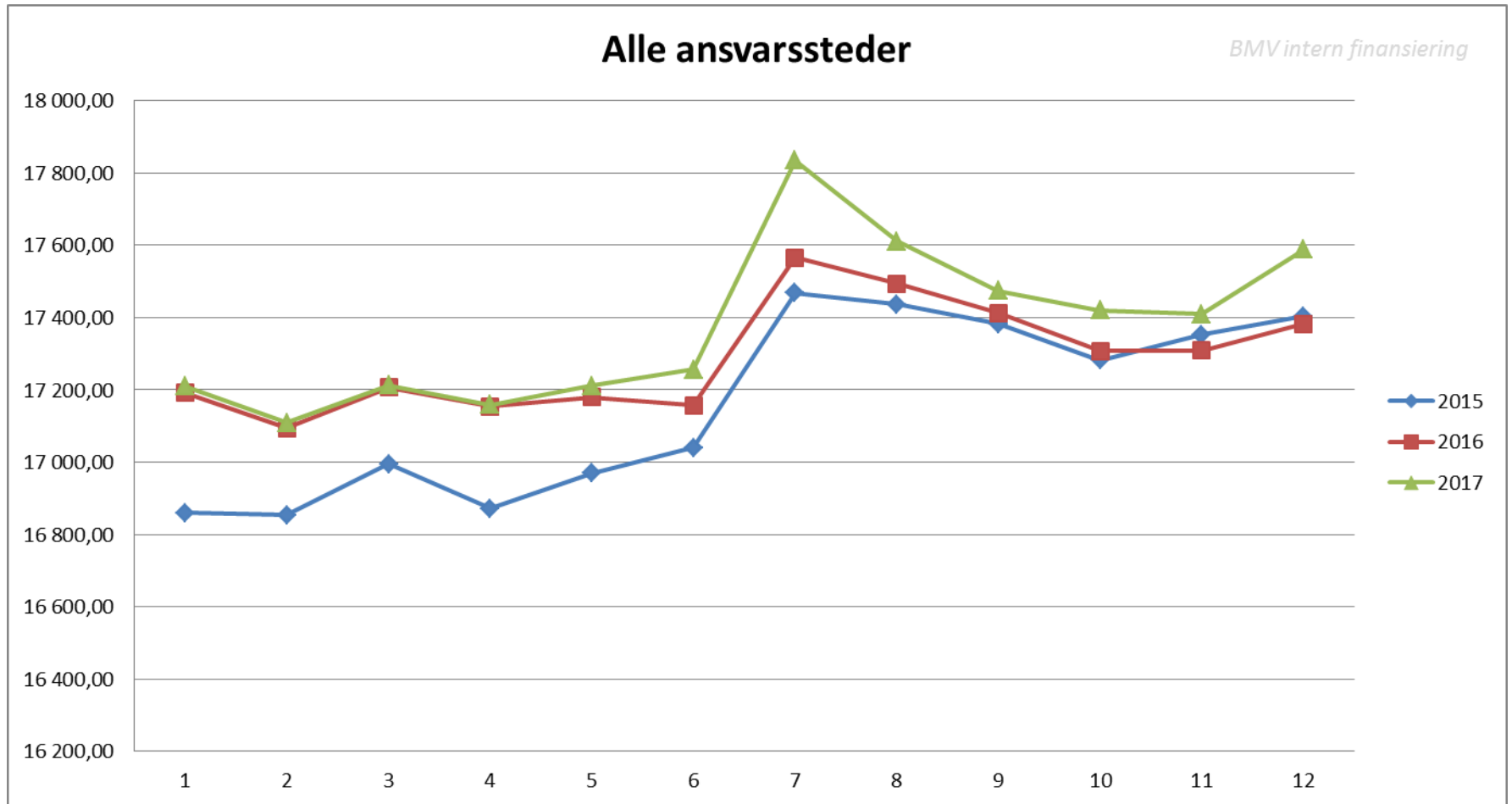
Utvikling likviditet
(utgående saldo ved periodeslutt)



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

Driftskredittrammen reduseres gjennom andre halvår fordi pensjonspremie finansieres av premiefond innestående hos pensjonskassene.

4.1 Bemanningsutvikling (intern finansiering)



4.2 Bemanningsindikatorer - hovedtall

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF	Denne måned			Hittil i 2017				2017 mot 2016			
	DESEMBER 2017	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr DESEMBER	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ DESEMBER 2017 mot DESEMBER 2016	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Brutto månedsverk, herav:	19 117	18 587	530	18 885	18 557	328	1,8 %	481	2,6 %	375	2,0 %
- internt finansierte	17 588	17 117	472	17 375	17 098	277	1,6 %	205	1,2 %	89	0,5 %
- ekstemt finansierte	1 529	1 471	58	1 511	1 459	51	3,5 %	276	22,0 %	286	23,4 %
- månedslønnede	17 728			17 627				436	2,5 %	399	2,3 %
- variabellønnede	1 389			1 258				46	3,4 %	-24	-1,8 %
- fast ansatte	14 573			14 433				530	3,8 %	435	3,1 %
- midlertidig ansatte	4 543			4 451				-51	-1,1 %	-61	-1,3 %
Øvrige indikatorer											
Netto månedsverk nasj. ind. (201710)	15 519										
Sykefraværsprosent (201710)	7,0										

Fra ProClarity. De grå feltene representerer ulike måter å bryte ned det overordnede tallet for brutto månedsverk. Oppdaterte standardsatser for innleie er ikke klare, og omregning av fakturabeløp blir derfor misvisende.

4.2 Detalj internt finansierte

INTERNT FINANSIERTE	Denne måned			Hittil i 2017				2017 mot 2016			
	DE SEMBER 2017	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr DE SEMBER	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ DE SEMBER 2017 mot DE SEMBER 2016	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Funksjonsområde											
Psykisk helse og rus	2 271	2 232	39	2 230	2 217	13	0,6 %	55	2,5 %	58	2,7 %
Somatiske kliniske klinikker	8 472	8 117	355	8 373	8 118	255	3,1 %	52	0,6 %	17	0,2 %
Medisinske støttefunksjoner	4 743	4 679	64	4 683	4 642	41	0,9 %	122	2,6 %	70	1,5 %
Stab og OSS	2 099	2 088	11	2 088	2 120	-33	-1,5 %	-27	-1,3 %	-56	-2,6 %
OUS	17 585	17 117	472	17 375	17 098	277	0	205	0	89	0

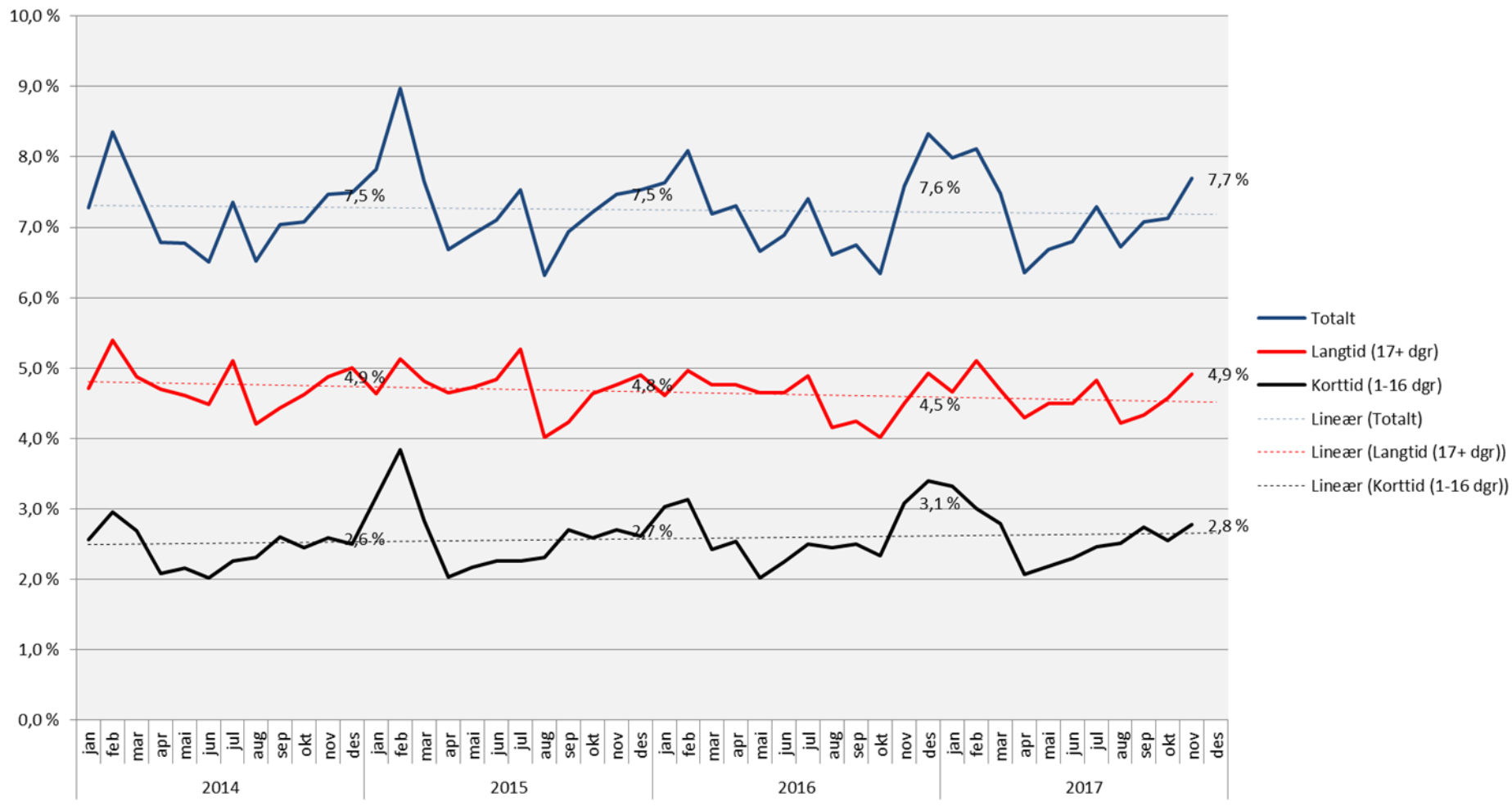
INTERNT FINANSIERTE	Denne måned			Hittil i 2017				2017 mot 2016			
	DE SEMBER 2017	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr DE SEMBER	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ DE SEMBER 2017 mot DE SEMBER 2016	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Klinikk											
AKU	1 811	1 763	48	1 788	1 749	39	2,2 %	72	4,1 %	54	3,1 %
PRE	796	785	11	782	776	5	0,7 %	24	3,1 %	11	1,4 %
PHA	2 271	2 232	39	2 230	2 217	13	0,6 %	55	2,5 %	58	2,7 %
MED	1 313	1 243	70	1 294	1 247	48	3,8 %	10	0,8 %	8	0,6 %
HLK	871	824	47	851	811	40	4,9 %	26	3,1 %	15	1,8 %
KIT	1 016	961	55	999	960	39	4,1 %	-9	-0,9 %	-9	-0,9 %
KLM	1 346	1 352	-6	1 338	1 340	-3	-0,2 %	2	0,2 %	1	0,0 %
KRE	1 360	1 317	44	1 352	1 317	35	2,7 %	7	0,5 %	-9	-0,7 %
KRN	790	779	11	775	776	-1	-0,1 %	24	3,1 %	5	0,7 %
KVI	669	647	22	669	657	12	1,8 %	5	0,7 %	1	0,2 %
NVR	920	853	67	893	850	43	5,1 %	27	3,0 %	18	2,1 %
OPK	611	589	22	610	589	21	3,6 %	3	0,5 %	-3	-0,5 %
HHA	772	741	30	755	744	11	1,5 %	17	2,2 %	4	0,5 %
BAR	940	942	-1	950	945	5	0,6 %	-33	-3,4 %	-7	-0,8 %
OSS	1 886	1 873	13	1 880	1 905	-26	-1,3 %	-22	-1,1 %	-50	-2,6 %
DST	212	215	-3	208	215	-7	-3,2 %	-5	-2,3 %	-6	-2,9 %
OUS	17 588	17 117	472	17 375	17 098	277	1,6 %	205	1,2 %	89	0,5 %

4.2 Månedssverk fordelt på stillingskategorier

Alle ansvarssteder												
Brutto månedssverk ekskl eksternt finansiert	Forrige periode	Denne periode	Hittil 2016	Hittil 2017	2017 mot 2016				Stillingskategoriernes gjennomsnittlige andel			
	NOV 2017	DES 2017	Pr. DES 2016	Pr. DES 2017	Δ DES 2017 mot DES 2016	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring	Andel 2016	Andel 2017	Relativ endring	
(1) Administrasjon/Ledelse	2 866	2 891	2 869	2 860	25	0,9 %	-9	-0,3 %	16,6 %	16,5 %	-0,8 %	
(2) Pasientrettede stillinger	1 474	1 506	1 474	1 499	56	3,8 %	25	1,7 %	8,5 %	8,6 %	1,2 %	
(3) Leger	2 504	2 526	2 437	2 479	50	2,0 %	42	1,7 %	14,1 %	14,3 %	1,2 %	
(3a) Overleger	1 548	1 559	1 493	1 528	25	1,6 %	35	2,3 %	8,6 %	8,8 %	1,8 %	
(3b) LIS-leger	900	912	895	899	22	2,4 %	4	0,5 %	5,2 %	5,2 %	0,0 %	
(3c) Turnusleger	-	-	-	-	-	0,0 %	-	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	
(4) Psykologer	293	294	276	286	8	2,9 %	10	3,5 %	1,6 %	1,6 %	3,0 %	
(5) Sykepleier	6 041	6 095	5 977	6 013	44	0,7 %	36	0,6 %	34,6 %	34,6 %	0,1 %	
(6) Helsefagarbeider/hjelpepleier	515	526	526	514	-0	0,0 %	-12	-2,3 %	3,0 %	3,0 %	-2,8 %	
(7) Diagnostisk personell	1 470	1 480	1 444	1 473	37	2,6 %	29	2,0 %	8,4 %	8,5 %	1,5 %	
(8) Apotekstillinger	2	2	2	2	0	6,5 %	-0	-6,6 %	0,0 %	0,0 %	-7,1 %	
(9) Drifts/teknisk personell	1 429	1 437	1 508	1 452	-52	-3,5 %	-56	-3,7 %	8,7 %	8,4 %	-4,2 %	
(10) Ambulansepersonell	575	584	551	568	32	5,7 %	17	3,1 %	3,2 %	3,3 %	2,6 %	
(11) Forskning	240	247	223	228	6	2,5 %	5	2,1 %	1,3 %	1,3 %	1,6 %	
(99) Ukjente	1	1	0	1	-	0,0 %	1	443,3 %	0,0 %	0,0 %	440,6 %	
Alle stillingsgrupper	17 409	17 588	17 288	17 375	205	1,2 %	87	0,5 %	100,0 %	100 %	0,0 %	

4.3 Utvikling sykefravær

Utvikling sykefraværsprosent 2014-2017



4.4 Sykefravær per klinikk

Sykefraværslengde per november 2017							
Denne periode	Korttid (1-16 dgr)			Langtid (17+ dgr)			Totalt sykefravær i %
	1-3 dager	4-16 dager	Korttid	17-56 dager	> 56 dager	Langtid	
AKU	1,7	1,4	3,1	1,5	3,3	4,8	7,9
PRE	1,2	1,6	2,8	1,7	4,1	5,8	8,6
PHA	1,7	1,3	3,0	1,7	3,5	5,2	8,2
MED	1,5	1,0	2,5	1,5	2,9	4,5	7,0
HLK	1,3	1,0	2,3	1,1	3,3	4,5	6,7
KIT	1,2	1,3	2,4	1,8	3,7	5,5	8,0
KLM	1,6	1,1	2,8	1,5	2,8	4,2	7,0
KRE	1,2	1,0	2,2	1,7	2,6	4,3	6,5
KRN	1,9	1,1	2,9	1,7	2,2	3,9	6,8
KVI	1,2	1,3	2,5	2,3	4,1	6,5	9,0
NVR	1,2	1,1	2,3	1,4	3,8	5,2	7,6
OPK	1,5	1,0	2,5	1,3	2,1	3,5	6,0
HHA	1,8	2,1	3,9	1,1	4,0	5,1	9,1
BAR	1,3	1,2	2,5	2,0	3,1	5,1	7,7
OSS	1,7	1,8	3,5	2,2	3,8	6,1	9,6
DST	0,4	0,4	0,9	0,5	1,7	2,3	3,1
OUS	1,5	1,3	2,8	1,7	3,3	4,9	7,7

4.4 Sykefravær per klinikk

Sykefraværslengde per november 2017							
Hittil	Korttid (1-16 dgr)			Langtid (17+ dgr)			sykefravær i %
	1-3 dager	4-16 dager	Korttid	17-56 dager	> 56 dager	Langtid	
AKU	1,5	1,5	3,0	1,3	3,1	4,4	7,4
PRE	1,1	1,2	2,3	1,1	3,5	4,6	6,9
PHA	1,5	1,3	2,8	1,5	3,6	5,1	7,8
MED	1,3	1,1	2,4	1,4	3,0	4,4	6,8
HLK	1,2	1,0	2,2	1,3	2,9	4,2	6,4
KIT	1,3	1,2	2,5	1,6	2,8	4,4	6,9
KLM	1,5	1,2	2,7	1,4	2,9	4,3	6,9
KRE	1,2	1,1	2,2	1,2	2,6	3,8	6,0
KRN	1,8	1,3	3,1	1,3	2,3	3,6	6,7
KVI	1,0	1,4	2,4	1,8	3,2	5,0	7,4
NVR	1,2	1,0	2,2	1,2	3,9	5,2	7,4
OPK	1,3	1,0	2,3	1,2	2,4	3,6	5,9
HHA	1,7	1,3	3,0	1,7	3,1	4,8	7,8
BAR	1,2	1,2	2,4	1,5	3,8	5,3	7,6
OSS	1,5	1,8	3,3	1,7	4,0	5,8	9,1
DST	0,4	0,5	0,9	0,8	1,5	2,3	3,3
OUS	1,3	1,3	2,6	1,4	3,2	4,6	7,2

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.



Risikovurdering 1. tertial 2018

Innholdsfortegnelse

1. Risikovurdering 1. tertial 2018 - beskrivelse	1
2. Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv (Pasientbehandling)	2
3. Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt.....	8
4. Fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon (Forskning, innovasjon og utdanning).....	11
6. God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør (Økonomi og infrastruktur)	13

1. Risikovurdering 1. tertial 2018 – 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 tar utgangspunkt i strategidokumentets fire tematiske områder (benevnelsene som ble brukt tidligere er satt i parentes).

Risikovurderingen for 1. tertial er en hovedgjennomgang hvor avdelinger gir innspill til klinikkenes risikovurderinger. Deretter har direktørens stab med bakgrunn i innspill, registreringer og erfaringer utarbeidet denne overordnede risikovurdering for hele sykehuset. Hovedverneombud og tillitsvalgte er involvert i arbeidet.

Noen av de tidligere risikoene er redusert og fjernet fra de risikokartene som nå legges frem. Men for alle de fire risikoområdene er de fleste risikoene utfordringer som sykehuset har arbeidet med i lang tid. Enkelte av disse er justert (markert med blå pil), og det har også blitt identifisert ny risiko (markert «NY»). Tiltaksplanen viser at mange tiltak er langsiktige og videreføres fra i fjor.

Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv - risikoreduserende tiltak

Risiko	Vurderinger/ tiltak
Kapasitet og standard - medisinsk-teknisk utstyr	<p>Det medisinske tekniske utstyret ved sykehuset har høy gjennomsnittsalder og har til dels en for dårlig teknisk tilstand. Investeringsmidlene til nytt utstyr er lavere enn behovet.</p> <p>Det arbeides videre med årlige investeringer i tråd med Områdeplan for utskiftning av medisinsk teknisk utstyr.</p>
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>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>OUS følger handlingsplan for smittevern 2014 - 2018. Antibiotikastyringsprogrammet er under implementering, med planer for økt støtte i klinikkene.</p>
Tilgjengelighet og kapasitetsutnyttelse; overholdelse av medisinskfaglig frist-tentativ dato	<p>Tentativ dato er styrende for alle pasientforløp og er den frist som settes for videre nødvendig medisinskfaglig oppfølging og kontinuitet. I OUS er det et for stort antall pasienter som ikke fått innfridd den angitte frist (antall pasientkontakter med passert planlagt tid), eller som er i et forløp hvor det ikke er angitt ny frist (åpen henvisningsperiode uten planlagt kontakt). Oversikt over tilgjengelige ressurser foreligger ikke langt nok fram i tid.</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. Gi "direkte time" innen 10 dager etter mottatt henvisning og gi "time i hånden" etter endt konsultasjon. Forebygge fristbrudd og etterleve meldeordningen til HELFO. Kvalitetssikre ventelistedata før melding til NPR og rette opp avvik fra NPR- tilbakemeldingen. Områder fra henvisningsperiodene er tatt inn i revisjonsplan 2018. Indikatorene presenteres ukentlig for ledermøtet i "Min rapport".</p> <p>Implementere retningslinje <i>Tilgjengelighet og ressursstyring av poliklinisk virksomhet</i> (dok id 112897).</p> <p>Gi opplæring til vurderende leger og behandlere som ikke håndterer henvisninger etter gjeldende regionale prosedyrer. Kontinuere tilbud om Internsertifisering- henvisningsperioden.</p>
Legionella i vannforsyning	<p>Det er tidligere funnet Legionella i deler av vannforsyningsanlegget ved Radiumhospitalet og Ullevål.</p> <p>Egen vannsikkerhetsplan for foretaket er etablert, med regelmessige kontrollprøver for å monitorere.</p>
Ambulansestyling AMK	<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>

Risiko	Vurderinger/ tiltak
	<p>mnd. Tiltaket videreføres og tas i bruk også i HLK.</p> <p>Igangsatt prosjekt for å utvide areal for nyfødttintensiv.</p>
<p>Mangel på spesial-sykepleiere og annet personell</p>	<p>Mangel på intensivsykepleierne kan medføre redusert kompetanse til ivaretagelse av akutt- og kritisk syke pasientene. Høy gjennomsnittsalder hos anestesisykepleiere og mangel på operasjonssykepleiere kan medføre redusere bemanning ved operasjonsstuene. Manglende rekruttering av erfarne bioingeniører krever mer intern opplæring. Behov for nye perfusjonister øker.</p> <p>Et analysemiljø for strategisk kompetanseutvikling er etablert i HSØ for å oppnå oversikt over sårbare fagmiljø og tilby prognoser for ledere i OUS. I dette arbeidet inngår både god utnyttelse av IKT-verktøy og optimal bruk av disse.</p> <p>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>Mottak av henvisninger</p>	<p>Elektroniske henvisninger skal gjennom et komplisert nettverk av servere før det kommer frem. Feil i et av leddene i nettverket kan medføre at henvisningen stopper opp underveis. For å unngå dette brukes overvåkning og ulike former for bekreftelsesmeldinger mellom avsender og mottaker. Henvisninger kan også bli forsøkt sendt til ugyldige adresser (og avvist) eller bli påført en annen adresse enn der de skal.</p> <p>Henvisningsmottaket er nå innkjørt og fungerer i tråd med forventningene. Med elektroniske henvisninger mellom sykehus, vil effektivitet og kvalitet forbedres ytterligere.</p>
<p>Forløpstider og pakkeforløp kreft</p>	<p>OUS ligger tett opp mot målsettingen om 70 %, og den ligger over 70 % for alle de store kreftgruppene. Ambisjonen bør likevel være å øke denne prosentandelen.</p> <p>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 forløpskoordinatorer har kompetanse på registreringer og administrative rutiner for å redusere sårbarheten ved sykefravær osv.</p>
<p>Kliniske systemer, opplæring</p>	<p>Det kreves mye opplæring og avlæring når et sykehus går fra et EPJ til et annet. Særlig gjelder dette de pasientadministrative funksjonene, hvor mange helsepersonell er noe ustøe i lover og forskrifter som ligger bak.</p> <p>Opplæring i bruk av DIPS pågår fortsatt og det er innført internsertifisering av leger i vurdering av henvisninger.</p> <p>Kjernejournal og eResept er innført. Videre bredning til kjernejournal til sykepleiegrupper er under vurdering.</p>

Risiko	Vurderinger/ tiltak
	<p>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 EPJ.</p>
Operasjonskapasitet	<p>For lav operasjonskapasitet ved hovedlokalisasjonene.</p> <p>Gjennomført prosjekt for å bedre rutiner for operasjonsplanlegging, tiltakene følges og inngår i arbeidet til de kirurgiske driftsråd og driftsstyret. Strykninger monitoreres i ledermøtene.</p>
Tilgang til kritiske legemidler	<p>Leveringssvikt inn til sykehusapoteket av viktige legemidler.</p> <p>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>Omfanget av interne overflyttinger særlig fra Aker er kartlagt og risikogrupper identifisert. Det er utarbeidet en retningslinje for hvordan dette skal håndteres. Ansatte lærer opp i National Early Warning Score.</p>
Kapasitet radiologi og svartider patologi	<p>Manglende kapasitet innen radiologi, pga gammelt utstyr med begrensninger og økt etterspørsel. Lange svartider innen patologi pga begrenset tilgang på patologer.</p> <p>Øke fokus på pakkeforløp for kreft der radiologi og patologi ofte representerer flaskehals. Det er etablert et prioritert «pakkeforløp» i Doculive patologi.</p> <p>Ledermøtet vil følge svartid på histologisk undersøkelse av operasjonspreparater og gjøre en undersøkelse av passert ønsket dato for radiologiske undersøkelser.</p> <p>Video-MDT-møter for hode-hals-kreft mellom Rikshospitalet og Radiumhospitalet for å unngå dobbeltarbeid for radiologene ved de to lokalisasjonene og for å forbedre forløpstiden i pakkeforløp hode-hals-kreft.</p> <p>Prioritere opplæring av nyansatt personale i radiologi med sikte på å øke kapasiteten.</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>Omstrukturere og bedre logistikk og arbeidsflyt knyttet til patologiske undersøkelser og svar. Nye lokaler er tatt i bruk og avdelingen jobber med å samle og samordne den faglige virksomheten.</p> <p>Omdisponering og kompetansebygging innen histologi pågår</p>
Intensiv- og intermedisærseger	<p>Begrenset tilgang på po-, intensiv- og intermedisærseger.</p> <p>Sykehuset har ikke lyktes med noen vesentlig økning i antall intensivsykepleiere. Det er utviklet et trainée-program hvor sykepleiere uten videreutdanning i intensivsykepleie, deltar i en intern opplæring på 6-8</p>

Risiko	Vurderinger/ tiltak
Utsending av epikriser	<p>Utsending av elektroniske epikriser og labsvar følger de samme mekanismene som elektroniske henvisninger, og har de samme sårbarhetene.</p> <p>Utsending av epikriser og laboratoriesvar følges opp av overvåkningsverktøyet 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>Ferdigstille en avstemmingsløsning for kontroll av patologisvar som sendes internt fra Doculive-Patologi til DIPS.</p>
Kvittering for laboratoriesvar og andre svar	<p>Ikke tilstrekkelig etablerte daglige strukturerte rutiner som sikrer at alle svar kvitteres fortløpende.</p> <p>Følges opp i Ledelsens gjennomgang.</p>
Utskrivning av pasienter/ legemiddel-avstemming	<p>Ofte feil på legemiddellister ved innskrivning av pasienter. Endringer under sykehusoppholdet kommuniseres ikke raskt nok til fastlege og hjemmetjeneste.</p> <p>Opplæring i aktuelle nivå 1-prosedyrer.</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>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>Det jobbes fortsatt med etablering av koordinatorene 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>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> <p>Det arbeides med å sikre at OUS ulike samhandlingsparter deltar i pasientforløpsarbeidet fra "hjem til hjem". De inngåtte samarbeidsavtalene benyttes som strategiske virkemidler i arbeidet. Det samme gjelder for felles handlingsplaner. Nå skal OUS sammen med tre bydeler og sykehjemsetaten i Oslo kommune delta i et tre-årig nasjonalt program som nettopp skal sikre helhetlige og trygge pasientforløp for eldre og sårbare pasienter.</p> <p>Det arbeides med å sikre at OUS ulike samhandlingsparter deltar i pasientforløpsarbeidet fra "hjem til hjem". De inngåtte samarbeidsavtalene benyttes som strategiske virkemidler i arbeidet. Det samme gjelder for felles handlingsplaner. Nå skal OUS sammen med tre bydeler og sykehjemsetaten i</p>

Risiko	Vurderinger/ tiltak
	Oslo kommune delta i et tre-årig nasjonalt program som nettopp skal sikre helhetlige og trygge pasientforløp for eldre og sårbare pasienter.
Korridorpasienter/akutt mottak (MED/AKU)	<p>I perioder der influensa er i høysesong er sykehuset spesielt utsatt for overbelegg i sengeposter og akuttmottak.</p> <p>Det er i forkant av årets influensasesong utarbeidet nye nivå 1-retningslinjer for håndtering av situasjoner med overbelegg, både ved tilstrømming av mange pasienter til akuttmottak og overbelegg på sengeposter.</p>
Kap./driftprobl. AMIS spes v/større hendelser PRE	<p>Systemet har ikke kapasitet til større hendelser med mange ressurser knyttet til samme hendelse. I tillegg hyppige problemer med nedetid.</p> <p>Etablere bedre teknologiske løsninger i AMK som elektronisk beslutningsstøtte og flåtestyring - midlertidig i OUS og varig iht nasjonale prosesser. Dette inkluderer også EPJ.</p>
Manglende konsolidering IKT - RIS/PACS-systemer	<p>Treg fremdrift i regionalt RIS/PACS-prosjekt. Ikke anledning til å gjøre lokale konsolideringer.</p> <p>Følges opp i tett dialog med RKL/HSØ samtidig som nødvendige interne oppgraderinger ivaretas.</p>
Pasienttransport	<p>Godtatte bestillinger av pasienttransport blir ikke utført.</p> <p>Transportselskap følges opp på målbare forbedringer.</p>

3. Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt

Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt Inkluderer også HMS-, HR- og personalarbeid (Overfør risikoer og tiltak fra enhetens HMS-handlingsplan)			Sykehusnivå	06.02.18					
Konskvens	Svært alvorlig (5)								
	Alvorlig (4)		Vold mot ansatte	Stor arbeidsbelastning flere områder					
	Moderat (3)		Bemanningsstyring Kjemikalssikkerhet Midlerdige lokaler Radiumhospitalet NY	Mangel på spesialistkyeplere Arb. fysisbrudd og oppfølging	Byggstandard og plassforhold Manglende informasjon om smitte				
	Lav (2)				Åpenhetskultur Trusler overfor ansatte				
	Ubetydelig (1)					Slektskader			
3	Meget liten (1)	Liten (2)	Moderat (3)	Stor (4)	Svært stor (5)	Sannsynlighet			

Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt - risikoreducerende tiltak

Risiko	Vurderinger/ tiltak
Stor arbeidsbelastning innen flere områder	Arbeidsplaner, sen utlysning, overbelegg Gjennomgå arbeidsplaner, benytte bemanningspool, vurdere omfordeling og prioritering av oppgaver. Eget prosjekt om bemanningsstyring er opprettet.
Byggstandard	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. Vedlikeholdsplan i samråd med Arbeidstilsynet. Løpende vurdering av eksisterende areal.
Bemanningsstyring	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 ansettelse; ikke god nok planlegging av drift og rekruttering; ikke god nok dialog mellom arbeidsgiver og tillitsvalgte. I Prosjekt forbedring av driften 2017-2018 er det etablert 3 HR prosjekt 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.
Arbeidstidsbrudd og oppfølging av disse	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. Fortsette den tette oppfølgingen av brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Dialog med den enkelte klinikk om tiltak for å redusere arbeidstidsbrudd herunder faste tertialvise møter med alle avdelingsledere vedr status og videre tiltak. Gjennomgang av arbeidstidsbrudd i LGG.
Vold mot ansatte	Aggressive og voldelige pasienter og pårørende. Manglende (regelmessig) trening i håndtering (i somatikken). PHA har et opplegg for risikovurderinger og opplæring av ansatte innen temaet vold og trusler. Det vil bli sett på dette opplegget og hva som kan overføres til andre klinikker.
Kjemikaliesikkerhet	Manglende risikovurdering og substitusjonsvurdering. Manglende nødprosedyrer. Mangelfull etterlevelse av prosedyrer Forum for Grønn Kjemi i HSØ er etablert og arbeidet er godt i gang. Klinikkrapporter om status vedrørende stoffkartoteket, lokale risikovurderinger og substitusjon har blitt sendt ut. Som følge av dette har flere klinikker respondert positivt og satt egne mål innen temaet. Kjemikaliesikkerhet er et tema i HMS-årsrapport for OUS.
Stikkskader	Manglende etterlevelse av prosedyrer, manglende kjennskap til prosedyrer, høyt arbeidspress, tidspress For å øke fokus på området er det igangsatt et nettverk av «stikkskade ressurspersoner». Alle avdelinger/enheter med stikkskader som relevant tema inviteres til å delta. Arbeidsmiljøavdelingen koordinerer og står for opplæring. Nettverkssamlinger har blitt avholdt i 2017. Fokuset er å øke antall stikkskaderressurspersoner i sykehuset.

<p>Åpenhetskultur</p>	<p>Ulike kulturutfordringer i OUS. Fremdeles elementer av de gamle sykehuskulturene, påstander om frykttkultur, kulturforskjeller mellom ulike yrkesgrupper</p> <p>Kull 2 av kulturkonsulentprogrammet er nettopp avsluttet. Mange kulturbyggingstiltak inkludert utarbeidelse av kulturplakater med normer for samarbeid og kommunikasjon gjennomføres på forskjellige nivåer i regi av Arbeidsmiljøavdelingen, kulturkonsulenter, ledere og verneombud. Undervisning om kultur er en del av lederprogrammet og grunnkurs i HMS. Det parts sammensatte utvalget som ble opprettet med mandat knyttet til åpenhetskultur og oppfølging av Fafo-rapporten om ytringsklima i OUS har på årets ledersamling nylig levert en handlingsplan som ble godt mottatt. I handlingsplanen står tiltak knyttet til kulturbygging, bedre rekrutteringsprosesser, revisjon av prosedyrer og opplæring. Utvalget har fått fornyet mandat for å følge opp dette arbeidet og også ta inn #metoo-problemstillinger. Årets Arbeidsmiljøuka er under planlegging der #metoo og makt blir tema, som forlengelse av det pågående arbeidet mot trakassering og for et arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt.</p>
<p>Mangel på spesial-sykepleiere</p>	<p>Problemer med å rekruttere og beholde tilstrekkelig antall spesialsykepleiere på visse områder.</p> <p>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 for 2017-2018. Inkludert tiltak for å styrke OUS omdømme som en attraktiv arbeidsplass, styrke rekrutteringskompetansen blant ledere og utarbeide et samarbeid med HIOA 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>Trusler ovenfor ansatte</p>	<p>Truende pasianter og pårørende. Manglende (regelmessig) trening i håndtering (i somatiken).</p> <p>Læring etter modell/best practice fra PHA med formål å spre relevante tiltak til andre deler av sykehuset (er allerede i gang i enkelte klinikker). Helse Sør-Øst har ekstra oppmerksomhet på vold i somatiske avdelinger, så tiltak vil også koordineres i samarbeid med de andre sykehusene i HSØ</p>
<p>Midlertidige lokaler Radiumhospitalet</p>	<p>Byggingen vil føre til rokader på RAD. Mange mennesker vil bli flyttet til midlertidige lokaler som kan medføre til brudd på krav til arbeidsplasser.</p> <p>Følge opp etablering av araelutvalg. Påse at informasjon og planer forankres og iverksettes.</p>

4. Fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon (Forskning, innovasjon og utdanning)

Fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon					30.01.18	
Inkluderer også forskning, innovasjon, fagutvikling, kompetanseutvikling og utdanning					Oslo universitetssykehus	
					Sykehusnivå	
Svært alvorlig (5)						
Alvorlig (4)		Veiledning og supervisjon av leger i spesialisering				
Moderat (3)		Kliniske studier - kapasitet		Gjennomstrømsstillinger (gruppe 1- femeste) for leger i spesialisering		Funksjonalitet og sikkerhet i Forskernett samt for dårlige registerverktøy Mangel på praksisplasser for sykeplejestudenter innen kirurgi
Lav (2)						
Ubetydelig (1)						
2	Meget liten (1)	Liten (2)	Moderat (3)	Stor (4)	Svært stor (5)	
Sannsynlighet						
Kommentarer:						

Fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon - risiko-reducerende tiltak

Risiko	Vurderinger/ tiltak
Funksjonalitet og sikkerhet i Forskernett samt registerverktøy	<p>Utilfredsstillende informasjonssikkerhet mht Forskernett og for dårlige databaseverktøy</p> <p>Deltakelse i programstyret i Regional IKT for forskning, jf også risikobeskrivelse for IKT-området vedr. oppfølging av Forskernett og arbeide med alternative løsninger. Registerverktøy: følges opp gjennom egen ledermøtebehandling.</p>
Mangel på praksisplasser for sykepleiestudenter innen kirurgi.	<p>Økt opptak av sykepleiestudenter på høyskolene - flere studenter skal ha praksis ved sykehusene. Klinikken har ikke kapasitet til å veilede flere studenter. 67 studenter mangler praksisplass. Høyskolene har søkt KD om dispensasjon fra deler av praksis innen kirurgi (uavklart). I verste fall står studenter i fare for å permitteres.</p> <p>Synliggjøre overfor Helse Sør-Øst og aktuelle høyskoler at kapasiteten på praksisplasser er utnyttet fullt ut. Dersom høyskolene velger å ta opp større kull enn aktivitetstallene tilsier, må dette drøftes opp mot helseforetakenes kapasitet i forkant av nye opptak.</p>
Biobankinfrastruktur med utilfredsstillende lagringsforhold:	<p>Lagringsfasiliteter lokalt (dårlig kapasitet og mangelfull overvåking), ufullstendig institusjonell oversikt over eksisterende forskningsbiobanker, ikke god nok utnyttelse av forskningsbiobanker.</p> <p>Gjennomføre prosjekt om biobankfasiliteter. Startet opp ultimo 2017 og følges opp gjennom 2018, med bred deltakelse fra klinikken.</p>
Kliniske studier - kapasitet	<p>Manglende ressurser (tid) i klinikken 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 billeddiagnostikk.</p> <p>Forskningsstøtte styrker sin kapasitet i Avdeling forskningsstøtte kliniske studier og gjør tjenestene mer kjent. Klinikken planlegger mer systematisk for gjennomføring av studier, som angitt i oppdragsdokument til klinikken og budsjettskriv.</p>
Gjennomstrømsstillinger (gruppe 1-tjeneste) for leger i spesialisering	<p>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. Dette skaper flaskehals for utdanning.</p> <p>Klinikkvise gjennomganger av muligheter for å tilby gr.1 tjeneste. Oppfordre avdelingene til å legge til rette for skreddersydde løp.</p>
Veiledning og supervisjon av leger i spesialisering	<p>Mangelfull veiledning og mangelfull supervisjon, spesielt på dagtid.</p> <p>OUS/Regionalt Utdanningscenter for LIS gjennomfører flere nyetablerte veilederkurs. Oppfordre avdelingene til å tilrettelegge for tid til veiledning/supervisjon.</p>

6. God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør (Økonomi og infrastruktur)

God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør Inkluderer samhandling, generell administrasjon, økonomi, innkjøp, IKT, bygginger, lokaler, transport, kjøkken, tekniske og andre interne tjenester samt gtre miljø		Sykehusnivå	06.02.18
Konskvens		Sannsynlighet	
7	2	Moderat (3)	Svært stor (5)
Ubetydelig (1)	Meget liten (1)	Liten (2)	Stor (4)
Lav (2)			
Moderat (3)			
Alvorlig (4)			
Svært alvorlig (5)			
		Kontrollmjø (økonomi, juridisk)	
		Resultat iht budsjett 2018 Økonomisk bærekraft Ineffektiv bygn. Stort vedlikeholdsløp Sikker og stabil IKT drift Manglende kapasitet til å gjennomføre prioriterte prosjekter og bestillinger IKT støtte til forskning Forsinkelser og mangler i regionale prosjekter Gammelt medisinsk teknisk utstyr	

Kommentarer:

God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør - risikoreduserende tiltak

Risiko	Vurderinger/ tiltak
Økonomisk bærekraft	<p>Manglende evne til å utvikle og effektivisere driften av sykehuset slik at ressurser kan omdisponeres fra drift og til nødvendige investeringer i bygg, MTU og IKT. Risiko for negativ effekt på endret inntektsmodell i HSØ, nytt lab.system og endret beregningsmetodikk for ISF.</p> <p>Langsiktig plan for forbedring av økonomisk resultat er behandlet av styret 23. juni 2016. Det er etablert programkontor for "forbedring av drift 2017-2021". Beregnet behov for resultatforbedring er kommunisert til sykehusets klinikker og fremgår av årlige budsjetter. Klinikkene lager lokale tiltak og tiltak basert på prosjekter fra "forbedring av driften".</p> <p>Ved igangsettelse av konseptfaser og forprosjekter for nye bygg innarbeides tydelige krav til resultatforbedring i driften når nye bygg tas i bruk.</p>
Ineffektiv bygningsmasse, stort vedlikeholdsetterslep	<p>Historisk disponert lite midler til utvikling av bygningsmassen. Avklare fremtidig sykehusstruktur i konseptfaser.</p> <p>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. I 2018 planlegges det med oppstartkonseptfase for Aker/Gaustad, nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet er i forprosjekt. Dette vil bli utvidet med bygging av protonsentere. Det forventes midler til gjennomføring av forprosjekt for ny regional sikkerhetsavdeling.</p>
Manglende kapasitet til gjennomføring av prioriterte lokale prosjekter og bestillinger	<p>Manglende kapasitet og kompetanse hos Sykehuspartner HF gjør at gjennomføring av prioriterte prosjekter og bestillinger blir sterkt forsinket.</p> <p>Vurdere og implementere alternative leveransemodeller. Tydeliggjøre konsekvens av regionale beslutninger for OUS områdeplan IKT.</p>
Forsinkelser og mangler i gjennomføring av regionale IKT-prosjekter	<p>Forsinkelser og høye kostnader i regionale løsninger. Regionale prosjekter dekker ikke de behov OUS har innen klinisk virksomhet,</p> <p>Bidra til å sikre realistiske planer og definere tydelige leveranser som kan forankres hos HSØ RHF og foretaksgruppen for øvrig. Gjennomføre realistiske konsekvensanalyser av hva prosjektgjennomføring/ ibruktakelse vil innebære for resten av foretaket. Vurdere og hensynta samtlige konsekvenser ifm. beslutning om gjennomføring.</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.</p> <p>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.</p>
Resultat ihht budsjett 2018	<p>Budsjettet representerer en stor økonomisk utfordring. Krav om betydelig effektivisering i alle klinikkene for å gjennomføre driften som budsjettert.</p> <p>Det er etablert tiltak som en del av budsjett 2018. I tillegg er det besluttet nye tiltak for å redusere resultatrisikoen. I styret møte 15/12 konstaterte styret at budsjettet for 2018 er krevende og ba administrerende direktør komme tilbake med en prognose for økonomisk resultat og redegjøre nærmere for status for gjennomføring</p>

	av de tiltak som ligger til grunn for budsjettet, med særlig vekt på klinikkenes situasjon, i neste styremøte (februar 2018).
Sikker og stabil IKT drift	<p>Manglende kapasitet og kompetanse hos Sykehuspartner HF medfører at IKT tjenester ikke blir vedlikeholdt og kjennskap til OUS IKT tjenester er redusert</p> <p>Tett oppfølging av SP leveranser. Forsterke intern kompetanse. Sikre leveranser ved utvidet samarbeid med andre aktører.</p>
Gammelt medisinsk teknisk utstyr	<p>Fortsatt høy gjennomsnittlig levealder for MTU.</p> <p>Det er budsjettert med over 350 millioner kroner til investeringer i MTU i 2018. Det forventes ingen vesentlig endring av risikobildet for MTU som følge av investeringsplanene for 2018.</p>
Kontrollmiljø (økonomi, juridisk)	<p>En kompleks organisasjon med risiko for utilstrekkelige kontroller og etterlevelse av rutiner.</p> <p>Fortsette arbeidet med gjennomføring av helhetlig internkontroll innenfor økonomiområdet i hele virksomheten. Arbeidet som er gjennomført i 2017 vil bli gjennomgått og det vil lages en ny plan for 2018.</p> <p>Det er etablert en ressursgruppe for implementering av det regionale antikorrupsjonsprogrammet.</p>

Målgruppe: Styret
Faglig ansvarlig: Ass. direktør Sølvi Andersen
Stab fag, pasientsikkerhet og samhandling
Dato: 08.02.2018

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 16. februar 2018

Saksbehandler: VAD fag, pasientsikkerhet og samhandling

Vedlegg: 1. Utkast til Årlig melding for 2017
2. Brukerutvalgets årsrapport 2017

SAK 7/2018 ÅRLIG MELDING 2017 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 2017 (Del II)
- Styrets plandokument (Del III).

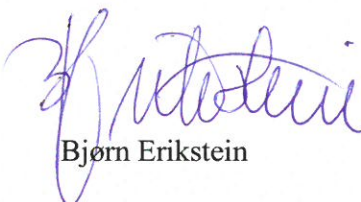
Til Årlig melding vedlegges brukerutvalgets årsrapport.

Rapporteringsdelen for 2017 (Del II) ble, slik Helse Sør-Øst RHF har bedt om, sendt det regionale foretaket 24. januar 2018. Fristen for hele årlig melding er 1. mars 2018. 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 2017 med de innspill som er gitt i møtet.*
2. *Styret gir administrerende direktør fullmakt til å justere Årlig melding med endelige driftsresultater for 2017 og de innspill som er fremkommet i møtet.*

Oslo, 8. februar 2018



Bjørn Erikstein

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF

ÅRLIG MELDING 2017

Fra Oslo universitetssykehus HF

Innhold

DEL I: INNLEDNING OG SAMMENDRAG	3
1. INNLEDNING	3
1.1. Oslo universitetssykehus HF's oppgaver og organisering	3
1.2. Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag	4
1.3. Mål for Oslo universitetssykehus HF i 2017	5
1.4. Virksomhetsstyring - styrets arbeid, herunder intern styring og kontroll	5
1.5. Styrets arbeid med god virksomhetsstyring	10
1.6. Medvirkning fra brukere og ansatte	11
2. SAMMENDRAG	12
2.1. Positive resultater og uløste utfordringer	12
2.2. Evaluering av egen virksomhet og organisering	18
DEL II: RAPPORTERINGER	20
3. RAPPORTERING FOR STYRINGSBUDSKAP 2017	20
3.1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	20
3.2. Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	27
3.3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	32
3.4. Personell, utdanning og kompetanse	44
3.5. Forskning og innovasjon	47
3.6. Tildeling av midler og krav til aktivitet	48
3.7. Organisatoriske krav og rammer	51
4.1. Oppfølging av andre oppdrag	56
DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT	57
5. UTVIKLINGSTRENDER OG RAMMEBETINGELSER	57
5.1. Faglig og demografisk utvikling	57
5.2. Forventet økonomisk utvikling	60
5.3. Personell- og kompetansebehov	60
5.4. Status og utfordringer for investeringsområder	62
6. PLANER FOR UTVIKLINGEN	67
6.1. Pasientbehandling	67
6.2. Utvikling av arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet	70
6.3. Forskning og innovasjon	72
6.4. Kunnskapsutvikling og god praksis	75
6.5. Organisering og utvikling av fellestjenester	77
6.6. Mobilisering av medarbeidere og ledere	77
6.7. Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring	78
DEL IV: VEDLEGG	81
VEDLEGG 1: Årsrapport fra brukerrådet	81

DEL I: INNLEDNING OG SAMMENDRAG

1. INNLEDNING

1.1. Oslo universitetssykehus HF's oppgaver og organisering

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

Oslo universitetssykehus har et nasjonalt ansvar som kompetansemiljø og referanseinstitusjon for sentrale myndigheter og for andre sykehus, samt i utdanning av helsepersonell. Samarbeid om utdanning av medisinstudenter, andre universitets- og høyskolestudenter, fagskoleelever og lærlinger reguleres i egne avtaler med utdanningsinstitusjonene.

Helseforetaket har som mål å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn. Forskning og utviklingsarbeid gjør spesialisthelsetjenesten bedre i stand til å foreta kritiske vurderinger og riktig prioritering av etablerte og nye diagnostiske metoder, behandlingstilbud og teknologi og til å ivareta og veilede pasientene. Utdanning av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten omfatter grunnutdanning, videre- og etterutdanning, turnustjeneste, spesialistutdanning og ulike typer kurs i regi av arbeidsgiver. Ved kronisk eller langvarig sykdom er opplæring for å mestre sykdommen viktig. Tidligere pasienters og pårørendes kunnskap er nyttig informasjon for andre som kommer i samme situasjon.

Kreftregisteret har ansvaret for registrering av alle krefttilfeller i Norge, forskning, rådgiving og informasjon om kreft. Kreftregisteret skal være en enhet innenfor Oslo universitetssykehus. Kreftregisteret har eget styre som oppnevnes av styret ved Oslo universitetssykehus HF.

Virksomheten i Oslo universitetssykehus skal drives med sikte på å nå nasjonale helse-, forsknings- og utdanningspolitiske mål og helseforetaksgruppens samlede målsetninger innenfor de mål, resultatkrav og rammer som fastsettes gjennom vedtekter, instruksjoner, avtaler, beslutninger truffet i foretaksmøtet, tildelte bevilgninger og vilkår knyttet til bevilgningsvedtakene. Hensynet til brukerne skal legges til grunn for foretakets samlede virksomhet.

Funksjonsfordeling

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 akuttkirurgi i eget område.

Opptaksområde Oslo universitetssykehus

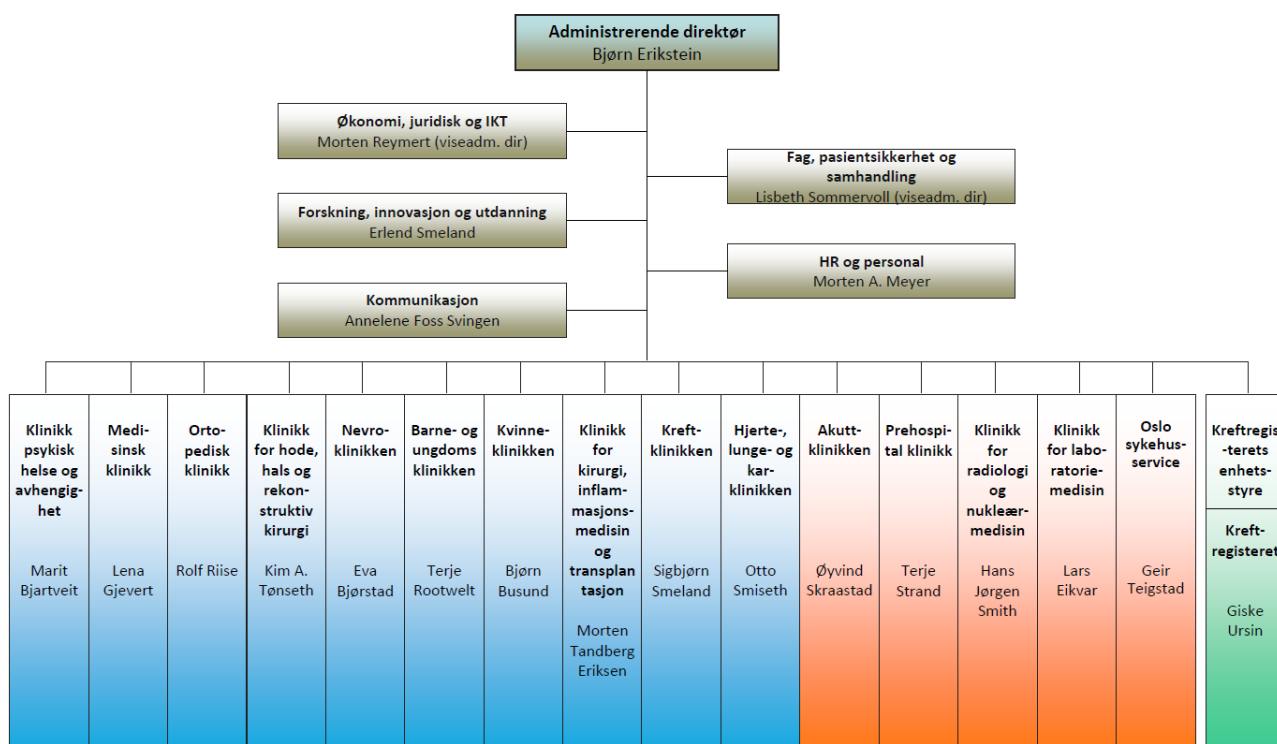
Foretaket har lokalsykehusansvar for bydelene Bjerke, Nordstrand, Søndre Nordstrand, Nordre Aker, Østensjø, Sagene og Marka og i tillegg øyeblikkelig hjelp og elektiv gastrokirurgi og øyeblikkelig hjelp og en del av elektiv ortopedisk kirurgi for Lovisenberg diakonale sykehus. Lovisenberg diakonale sykehus 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. Dette innebærer et opptaksområde for

lokalsykehusansvaret på mer enn 250 000 innbyggere og områdeansvar for en befolkning på mer enn 500 000 personer. For enkelte funksjoner som eksempelvis øye, strekker områdeansvaret seg utover Oslo og tilsvarer et befolkningsgrunnlag på nærmere en million.

Organisering

Oslo universitetssykehus har 15 klinikker, inkludert Oslo sykehuservice som leverer ikke-medisinske tjenester til resten av foretaket. Omsetningen er omlag tjueto milliarder kroner. Over 20 000 personer har sitt arbeidssted ved Oslo universitetssykehus. Foretaket har virksomhet på flere ulike steder. Organisasjonskartet vises i nedenstående figur.

Organisasjonskart per desember 2017 - 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”.

Oslo universitetssykehus skal:

- ta utgangspunkt i pasientenes perspektiv
- være et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon
- være en god samarbeidspartner en engasjert samfunnsaktør
- ha et arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt

1.3. Mål for Oslo universitetssykehus HF i 2017

Mål for Oslo universitetssykehus i 2017 følger blant annet av eiers Oppdrag og bestilling for 2017, 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, som er omtalt under punkt 2.2.

Ansatte og ledere i Oslo universitetssykehus arbeider kontinuerlig med å oppnå de mål som settes for virksomheten. Oppdrag og oppgaver er fordelt i organisasjonen og følges opp i foretakets styringssystem. Det rapporteres månedlig til eier og rapporter sendes også andre instanser.

Eiers Oppdrag og bestilling for 2017 med tilhørende tildelinger rapporteres i Årlig melding.

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

I 2017 kom ny forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten med tilhørende veileder. Forskriften ble i starten på året satt inn i en strategisk sammenheng for utvikling og virksomhetsstyring i Oslo universitetssykehus, og formål og innhold er gjentatte ganger tatt opp av ledelsen i ulike sammenheng. For å gi bedre oversikt over sykehusets styrings- og planprosesser er det utarbeidet årsplaner med årshjul og linker til underliggende styrende dokumenter.

Planlegge

En handlingsplan kommuniserer oppdraget fra Helse Sør-Øst og de største satsningene internt i sykehuset. Handlingsplanen videreformidles til alle klinikker og avdelinger i sykehuset slik at de kan den i egne virksomhetsplaner. I 2017 har det vært satset på å styrke daglig styring av ressursbruk, men også styring av forbedringstiltak, pasientopplevd kvalitet og daglig risikostyring. 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.

Oslo universitetssykehus HF sin strategi 2013-2018 angir visjon, verdier og overordnede styringsmål. I 2017 har det vært arbeidet med Utviklingsplan 2035 som skal danne grunnlaget for å utlede ny strategiplan 2019 – 2024.

Gjennomføre

Ansvar for gjennomføring av drift, forbedringsaktiviteter og ulike satsninger er tillagt alle resultatansvarlige ledere. Dette sikres bl.a ved ukentlig oppfølging av klinikkene med flere relevante indikatorer som uttrykker status på ventelister, fristbrudd, time i hånden, epikrise, antall opererte, antall poliklinisk behandlede, belegg, strykninger på operasjon med mer. I tillegg er det månedlige møter med hvor driftsdata gjennomgås med hver klinikk. Fokus på gjennomføring vil ytterligere forsterkes i 2018 med system på gjennomgående lederkontrakter.

Sykehusets handlingsplaner med resultatmål og fokusområder blir understøttet gjennom taktiske valg og prioriteringer av ulike ressurser både fra klinikkens- og sykehusledelsens side. Det kan for eksempel dreie seg om hvilke prosjekter som skal igangsettes, hvilket medisinskteknisk utstyr eller IKT-løsninger som skal anskaffes, hvilken opplæring som skal gis, eller hvilken kompetanse som må prioriteres.

Evaluerer

Alle ledere skal gjennomføre systematisk styring og kontroll for å tilrettelegge og følge opp tjenester og aktiviteter innen eget ansvarsområde. Internkontrollansvaret følges opp i lederlinjene, og stabsenhetene har en vesentlig rolle i arbeidet med å understøtte resultatenheter arbeid med å etablere og gjennomføre intern styring og kontroll. Et sentralt prinsipp er at intern styring og kontroll skal tilpasses virksomhetens risiko og egenart. Virksomhetsstyringen følges opp regelmessig med månedlige oppfølgingsmøter og i utvidete tertialvise gjennomganger i forbindelse med ledelsens gjennomgang både innad i foretaket og med styret. I ledelsens gjennomgang møtes administrerende direktør med sine stabsdirektører hele ledergruppen og sentrale stabsmedarbeidere fra hver klinikk. Møtet er forberedt spesielt for hver klinikk og det følges opp ulike temaer innen pasientbehandling, pasient- og pårørendeopplæring, utdanning og forskning.

Det gjennomføres årlig flere egenkontroller, revisjoner og ulike tilsyn som ledd i den enkelte leders oppfølging i egen enhet på de ulike nivå i foretaket.

I tillegg har sykehuset gjennom hele 2017 innhentet brukertilbakemeldinger via sms-løsning. I brukernes tilbakemeldinger er det også mulighet til å legge inn fritekst med ros og ris. Arbeidet med brukertilbakemeldinger vil bli mer systematisert i 2018 og vil danne utgangspunkt for ytterligere forbedringer av system og tjenesteleveranser.

Korrigerer

Korrigerer skjer blant annet med utgangspunkt i regelmessige risikovurderinger, revisjoner, i månedlig oppfølging av alle klinikker og i den tertialvise oppfølging i ledelsens gjennomgang. I tillegg løftes alvorlige pasienthendelser som har medført brudd på helseovgivningen frem i ukentlig ledermøte i sykehuset og/eller i Sentralt kvalitetsutvalgsmøte for organisatorisk læring og utvikling av tjenestene sykehuset leverer. Nødvendige korrigeringer og nye tiltak utarbeides og implementeres deretter i linjen.

Gjennom foretakets lederutviklingsprogram sikres opplæring av alle ledere i god virksomhetsstyring. I tillegg gis det kurs om ulike deler av systemet for intern styring og kontroll.

Dokumenter som skal sikre god styring og kontroll er samlet i helseforetakets elektroniske dokumentstyringssystem (eHåndbok). Her kan ansatte finne de dokumentene de trenger i arbeidet med prosesser, pasientforløp og praktiske rutiner. Håndbokssystemet utvikles og forbedres kontinuerlig på grunnlag av innspill fra brukerne.

Gjennom 2017 er eHåndboken ytterligere teknologisk modernisert og en egen app-løsning er gjort tilgjengelig. App-løsning som vil gjøre det mulig å lese alle eHåndboksdokumenter (internettutgaven) også når man ikke har nettverkstilgang.

EHandboken i Oslo universitetssykehus inneholder stadig flere regionale dokumenter for alle helseforetak i Helse Sør-Øst. Det gjøres nå et forarbeid for å kunne avklare publisering av regionale dokumenter innen medikamentell kreftbehandling (MKB).

Tilsyn

Eksterne tilsyn kan bidra til å avdekke mangler eller feil i sykehusets virksomhetutøvelse, ledelses- og styringssystem. I 2017 har det vært gjennomført 22 tilsyn mot 31 i 2016. I løpet av året har sykehuset hatt besøk fra følgende tilsynsmyndigheter:

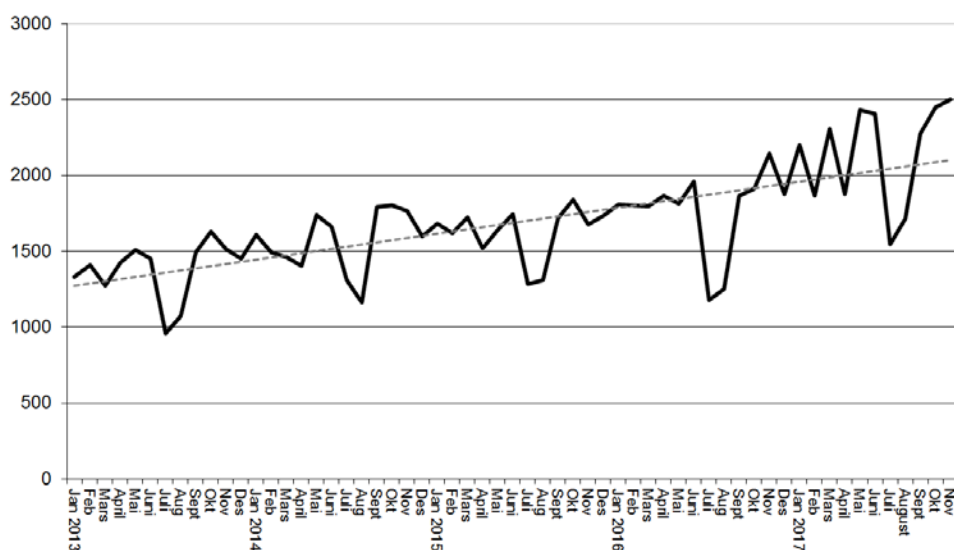
Tilsynsmyndighet	Tilsyn
Mattilsynet	7
Vann- og avløpsetaten	0
Branntilsyn	2
Riksrevisjonen	2
Arbeidstilsynet	2
Statens strålevern	0
Det lokale el-tilsyn (netteier)	0
Luftfartstilsynet	2
Fylkesmannen miljøavdeling	0
Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap	1
Fylkesmannen helseavdeling	1
Statens helsetilsyn	2
Datatilsynet	1
Statens legemiddelverk	1
Sum antall tilsyn:	22

Tilsyns koordinatør koordinerer og følger opp alle tilsynsbesøk. Det 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.

Avviksbehandling

Antall registreringer av uønskede hendelser og risikoforhold har vært økende de senere år og dette vedvarer i 2017. Antall alvorlige hendelser er i samme periode stabil. Tendensen bekrefter en ønsket utvikling i retning av god meldekultur. Analyser og forbedringstiltak etter uønskede hendelser som dokumenteres av aktuelle ledere. Pasienthendelser med høy risiko behandles i klinikkens Pasientsikkerhets- og kvalitetsutvalg.

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



Læring- og erfaringsoverføring samt tiltak fra konkrete hendelser sikres på flere måter:

- Uønskede hendelser gjennomgås og besluttede forbedringstiltak dokumenteres av aktuelle ledere
- Alvorlige pasienthendelser behandles i klinikkens Pasientsikkerhets- og kvalitetsutvalg
- Konklusjoner med lovbrudd i pasientsaker behandlet av Statens helsetilsyn og Fylkesmannen legges frem og diskuteres i klinikkledermøter og/eller sentralt pasientsikkerhets- og kvalitetsutvalg
- Alvorlige pasienthendelser med erstatningstilsagn fra Norsk pasientskadeerstatning tas opp i ledelsens gjennomgang
- Rutine for pasientsikkerhetsvisitter og tiltak i forbindelse med nasjonalt pasientsikkerhetsprogram er innført/under innføring

Interne revisjoner

Enheten Interne revisjoner planlegger, organiserer, rapporterer og følger opp interne revisjoner på foretaksnivå, samt bistår linjen med oppbygging av revisjonskompetanse. Klinikkenes revisjoner benyttes som ledd i den enkelte leders oppfølging i egen enhet på ulike nivå i foretaket. 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. Revisjonsplanen bygger på vurderinger av risiko i virksomheten. Hensikten er å rette interne revisjoner inn mot områder hvor det er høy risiko for manglende måloppnåelse, manglende etterlevelse av lov- og regelverk og/eller utilstrekkelig eller upålitelig styringsinformasjon.

Områder som har vært revidert i 2017:

Henvisninger og ventelister - 4 revisjoner hvor temaene har vært

- Registreringspraksis og bruk av PAS
- Prinsipper og rutiner ved avslag på henvisning
- Pasientadministrativ oppfølging av «ikke møtt»
- Forebygging og håndtering av fristbrudd.

Intern styring og kontroll innen personvern og informasjonssikkerhet – en sykehusomfattende* og 4 enkeltrevisjoner vedrørende

- Forskningsprosjektet «STORK Groruddalen»
- Nasjonalt kvalitetsregister NORKOG med tilhørende forskningsbiobank
- Forskning vedrørende NORSTIM prosjekt
- Traumeregisteret Oslo universitetssykehus HF

*Den sykehusomfattende revisjonen ble gjennomført som elektronisk besvarelse ved bruk av Questback. Det ble sendt ut i to versjoner: En til alle ledere og en til ansatte som er registrert som bruker av DIPS. Spørsmål som er stilt har fokusert på følgende temaer:

- Opplæring innen informasjonssikkerhet og personvern
- Lovlig grunnlag for oppslag i pasientjournal
- Uberettigede oppslag i pasientjournal

- Lagring av personopplysninger
- Bruk av mobiltelefon for billedtaking og bruk av e-post
- Melding av avvik innen personvern og informasjonssikkerhet

Arbeidet med oppsummering og rapportering fra revisjonen er ferdigstilt og ble presentert i OUS ledermøtet 23. mai 2017.

Praktiske transfusjonsrutiner ved utvalgte kliniske avdelinger – 4 enkeltrevisjoner
Legemiddelhåndtering på poliklinikker og dagesheter - 5 enkeltrevisjoner

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

Det har vært avholdt to kurs i revisjonsteknikk og et revisjonslederkurs. Revisjonsnettverket er et faglig nettverk for internrevisjon i foretaket har avholdt flere møter. Nesten alle klinikker hadde egne planer for revisjoner i 2017. Planene og resultatene har blitt etterspurt i ledelsens gjennomgang som administrerende direktør med ledergruppe har med hver klinikk.

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst har i 2017 gjennomført revisjonen «Legemidler: i hvilken grad det er etablert tilfredsstillende intern styring og kontroll knyttet til anvendelse av nye, kostbare legemidler i OUS». Konsernrevisjonen har også hatt oppfølging av handlingsplanen etter revisjonen «Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen». Foretaksstyret blir fortløpende orientert om funn etter konsernrevisjoner og interne revisjoner. Sakene behandles også av styret hvert tertial gjennom 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. I 2017 er risikovurderingen lagt til samme periode som budsjettprosessen for 2018, slik at identifisert risiko og tiltak kan sees i sammenheng med resultatkrav innen aktivitet og budsjetttramme.

Oslo universitetssykehus en tematisk inndeling av risiko innen sykehusets fire strategiske områder (tidligere benevnelsene står i parentes):

- Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv (Pasientbehandling)
- Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt (Arbeidsmiljø)
- Fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon (Forskning/innovasjon/utdanning)
- God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør (Økonomi/infrastruktur)

Risikovurderingene rapporteres tertialvis til styret og Helse Sør-Øst RHF. Sykehusets samlede vurdering av risiko ved inngangen til 2018 og med mer detaljert informasjon, vil på vanlig måte rapporteres til Helse Sør-Øst medio januar.

1.5 Styrets arbeid med god virksomhetsstyring

Styret handler innenfor foretakets formål, regelverk, pålegg og krav. Styret vedtar strategier, planer og mål for virksomheten, herunder planer for omstilling og forbedring, 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. Herunder foretakets arbeid med ventelister og fristbruddpasienter. Hvert tertial utvides rapporteringen og det fremlegges risikovurderinger på sentrale områder som styret tar til etterretning og som 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 alle 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.

Styret for Oslo universitetssykehus HF hadde ni møter i 2017. Styret behandlet 77 saker. Det har vært tre foretaksmøter.

Styret har fremlagt beretning og årsregnskap for 2016, vedtatt i foretaksmøte 14. juni 2017.

Styret har vedtatt og fulgt opp plan og budsjett for 2017 og eiers oppdrag og bestilling og styringsbudskap for 2017. Arbeidsmiljørapport for 2016 er behandlet. Helseforetaket har rapportert til eier i henhold til gjeldende rutiner. Årlig melding for 2016 er oversendt Helse Sør-Øst RHF.

Styret har fulgt opp arbeidet med Idefase Oslo universitetssykehus HF.

Styret er blitt holdt orientert om alvorlige tilsynssaker og prosesser som foretaket har hatt med de ulike tilsynsmyndighetene, og som angår foretakets sentrale oppgaver.

Styret har hatt møte med revisor. Rapporter fra konsernrevisjon er behandlet og handlingsplaner for forbedring og oppfølging av revisjonens anbefalinger.

Styret har vedtatt økonomisk langtidsplan 2018-2021 for foretaket. Planen ligger til grunn for budsjett 2018 som har vært gjenstand for flere behandlinger i styret.

Av andre saker som styret har behandlet kan nevnes:

- Virksomhetsoverdragelse
- Storbylegevakt på Aker
- Byggeprosjekt og arealleie
- Konseptfase for Regional sikkerhetsavdeling
- Konseptfase for klinikkbygg på Radiumhospitalet
- Oppstart konseptfaseutredning for Aker og Gaustad
- Møte med Brukerutvalget

1.6 Medvirkning fra brukere og ansatte

Brukermedvirkning i Oslo universitetssykehus HF er på systemnivå 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.

Arbeidet med å implementere kravene om brukermedvirkning i behandling og forskning trenger fortsatt et betydelig fokus. Oslo universitetssykehus har fått i oppdrag å legge til rette for pasientenes rett til å delta i beslutninger som berører egen helse og behandling og samvalg er en god metode for å sikre dette. Samvalg er lagt inn som læringsmål i den nye LIS-legeutdanningen og det er et stort behov for å øke kompetansen om samvalg blant alt helsepersonell. Samvalgsverktøy er kun unntaksvis i bruk innenfor de ulike behandlingene, men OUS har deltatt i utviklingen av samvalgsverktøy for HIV positive og PCI sammen med HSØ.

Brukermedvirkning i forskning har vært et tema på klinikkens forskningsseminar de to siste årene. De fleste klinikker i ferd med å finne hensiktsmessige måter å organisere brukermedvirkning i forskning i samarbeid med brukerråd og brukerorganisasjoner.

Brukerutvalget

Styret har oppnevnt 13 representanter til Brukerutvalget for perioden høst 2017- høst 2019. Oslo universitetssykehus HF arrangerte i september et opplæringskurs for det nye brukerutvalget samt de klinikkvise brukerrådene. Målet for 2017 har vært å påvirke til gode og helhetlige pasientforløp og dette har vært en rød tråd i utvalgets arbeid. Brukerutvalget har i 2017 avholdt åtte møter, hvorav ett var et dialogmøte med de klinikkvise brukerrådene og ungdomsrådet. Brukerutvalget har stor pågang av henvendelser og bidrar med innspill og råd, innlegg på ulike arrangement og er i dag representert i 45 ulike råd, utvalg og prosjekter.

Administrerende direktør møter fast på utvalgsmøtene. Videre har en rekke representanter fra ledelsen møtt brukerutvalget i forbindelse med ulike temaer. Leder og nestleder har deltatt som observatører på samtlige styremøter. Brukerutvalget har hatt et møte med sykehusets styre, hvor de presenterte et utvalg saker som er viktige for utvalget; Sykehusets utviklingsarbeids betydning for pasientene, digitale pasientforløp og psykisk helse. Utvalget har opprettholdt kontakten med regionalt brukerutvalg, blant annet ved deltagelse fellessamlinger for brukerutvalgene i regionen, samarbeid om enkeltsaker, samt via regional kontaktpersonordning for brukerutvalg. Brukerutvalget vil spesielt trekke frem følgende saker fra 2017:

- Læringsnettverk i gode pasientforløp – Brukerutvalget har fått en plass i dette samarbeidsprosjekt mellom KS, Kunnskapssenteret, Oslo kommune med 3 bydeler, SYE og OUS.
- Radiumhospitalet og Regional sikkerhetsavdeling – Brukerutvalget har vært involvert i konseptfasene for begge disse byggeprosjektene og ønsker en rolle i det videre arbeidet.
- Nasjonale e-konsultasjonstakster: Brukerutvalget har sendt et brev til Helse- og omsorgsministeren hvor de ber om at det sees på nasjonale e-konsultasjonstakster med tanke på utviklingsmuligheter innen digitale tjenester.
- Utviklingsplan 2035: Brukerutvalget har som ambisjon å være en sentral aktør i utviklingen av pasientenes helsevesen og håper OUS benytter anledningen til å tenke fremtidsrettet på både den teknologiske utviklingen, utviklingen av medisin og behandlingsmetoder og på pasientens rolle. Brukerutvalget har gitt sine innspill til utviklingsplanen.

Ungdomsrådet

Ungdomsrådet ble etablert 21. juni 2012. Det ble oppnevnt 9 representanter for perioden 2017-2019. De startet sitt virke i januar 2017 og har avholdt fem ordinære møter i tillegg til en oppstarthelg. Representantene i ungdomsrådet har fått mange forespørsler om å holde innlegg på ulike arrangement både internt og eksternt, de blir hyppig brukt av kommunikasjonsavdelingen og de gir råd til utforming av tilbud til ungdom på sykehuset. Ungdomsrådet vil spesielt trekke frem følgende saker fra 2017:

- *Ungdomsbelsedagen:* Ungdomsrådet deltok med selvlaget film og som deltagere i paneldebatt på fagdag om ungdomshelse arrangert av sykehusets råd for ungdomshelse.
- *Utviklingsplan:* Ungdomsrådet har gitt sine innspill til sykehusets utviklingsplan
- *Strategi for innovasjon:* Ungdomsrådet har også gitt sine innspill til sykehusets strategi for innovasjon
- *Kontakt med andre ungdomsråd:* Det er etter hvert mange nystartede ungdomsråd i Norge og ungdomsrådet på OUS har bistått flere av disse i oppstartsfasen. I september var ungdomsrådene på Universitetssykehuset i Nord-Norge, Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus på en todagers-samling på Rikshospitalet.
- *Ekspertsykehuset:* Ungdomsrådet avslutter året med å skrive blogger og lage film til sykehusets blogg Ekspertsykehuset, som skal ha ungdomshelse som tema i januar 2018.

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.

Foretakstillitsvalgte melder at samarbeid og medvirkning fungerer godt på foretaksnivå, men er noe varierende ellers i organisasjonen. Det arbeides for å sikre medvirkning gjennom lederopplæring og bevisstgjøring av ledere. Arbeidsgiverrollen og leders samarbeid med tillitsvalgte er tema i sykehusets lederprogram for nye ledere, samt et eget temakurs for alle ledere.

2. SAMMENDRAG

2.1. Positive resultater og uløste utfordringer

Pasientbehandling

I sykehusets handlingsplan er det utledet flere tiltak for å bedre pasientenes behandling og opplevelse av sykehusets tjenester.

Aktiviteten ved Oslo universitetssykehus har vært høy i 2017 og DRG-produksjonen er om lag som forventet fra budsjettplanleggingen og i henhold til oppdragsdokumentet. Innen psykisk helsevern og rus arbeides det videre med tilrettelegging av arenafleksible løsninger. Ved utgangen av november er veksten i polikliniske konsultasjoner innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling høyere enn aktiviteten innenfor somatikken.

Sykehuset har tilfredsstillende kontroll på forebygging av fristbrudd og oppfølging av pasienter som opplever fristbrudd. Styringsmålene for ventetider innen somatikk og psykisk helsevern er nådd. Ved utgangen av november var gjennomsnittlig ventetid til avvikling 61 dager.

Gjennomsnittlig ventetid for alle ventende var 50 dager. For Psykisk helsevern var gjennomsnittlig ventetid til avvikling 39 dager, mens gjennomsnittlig ventetid for alle ventende var 29 dager. Sykehuset hadde som mål at 100 % av pasientene skulle få timeavtale tildelt innen 10 virkedager fra mottak av henvisning. Pr oktober var resultatoppnåelsen 85 %. På samme tid i 2016 var andelen 73 %. Det er gjort mange tiltak for å lykkes med denne gledelige utviklingen. Sentrale virkemidler har vært bedre opplæring, mindre feilregistrering, tiltak for økt aktivitet, hyppige og pålitelige data tatt opp i ledermøtet hver uke.

Gjennom etablering av et Driftsstyre for kreft ved inngangen til 2017 og akkreditering som CCC i april har OUS styrket arbeidet med å forbedre kvaliteten på pasientforløpene for kreft. Innen en rekke områder er det fortsatt til dels betydelige utfordringer, men gjennom bedre problemforståelse, organisering og mer systematisk oppfølging- og forbedringsarbeid regner vi med å kunne ta tak i utfordringene mer effektivt. Det gjelder både de som ligger i samhandling mot andre sykehus og innen eget sykehus. Hovedutfordringer i forhold til forløpstider ligger dels i den diagnostiske delen av forløpet (OF2) og for enkelte kirurgiske forløp i tilgang på operasjonskapasitet spesielt knyttet til ferieavvikling. Det bør for øvrig bemerkes at OUS brukerundersøkelse indikerer at kreftpasienter gjennomgående opplever stor tilfredshet med det tilbudet som sykehuset gir.

Andelen pasienter med mistanke om kreft som inkluderes i pakkeforløp i OUS ligger i 2017 nær målsettingen om 70 % (69 %). Ved sammenligning med andre foretak og regioner må en også ta i betraktning at en stor relativt stor andel av de som inkluderes i pakkeforløp i OUS får avkreftet mistanken om kreft (OA2). En rekke av pakkeforløpene i OUS gjennomføres innenfor normerte forløpstider, men fortsatt er det utilfredsstillende forløpstider innen livmorkreft, eggstokkreft, prostatakreft, nyrekreft og brystkreft.

Sykehuset har i 2017 fornyet sin Handlingsplan for pasientsikkerhet 2017 – 2018 med utgangspunkt i tiltakspakkene fra det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet. Enhetene følges løpende opp gjennom en elektronisk rapportering, og klinikkene er fulgt opp i ledelsens gjennomgang på gjennomføring. Det har også vært deltakere fra Oslo universitetssykehus i de nasjonale læringsnettverkene innen temaene ernæring, sepsis og brukermidvirkning.

Det har i 2017 vært større satsninger på å innføre daglig risikostyring (det grønne korset) og systematisk tilnærming til tidlig oppdagelse av forverret tilstand (National Early Warning Score).

I november ble det holdt et eget pasientsikkerhetsseminar for ytterligere fokus på nødvendig aktsomhet, likeverdig behandling av pasientgrupper og forbedringsmuligheter. I tillegg følger sykehuset opp arbeidet med «Pasientsikkerhet, kvalitet, helse, miljø og sikkerhet – flere gjensidige avhengigheter» som avdekket risikoområder med overslag både til pasientsikkerhet og arbeidsmiljø. Arbeidet videreføres i 2018.

Oslo universitetssykehus har i 2017 økt antall planlagte operasjoner med 1,7 %. Dette fordeler seg med en vekst i elektive operasjoner på 0,8 % og øyeblikkelig hjelp operasjoner på 4,4 %. Kirurgisk driftsstyre og de lokale kirurgiske driftsrådene er sentrale i dette arbeidet.

Sengekapasiteten i sykehuset har økende oppmerksomhet og er tidvis problematisk med flere gamle bygg, umoderne innretninger av sengeområdene (små sengeposter), manglende/sviktende heiskapasitet og får få enerom og isolater. Situasjonen var særlig prekær i Medisinsk klinikk i enkelte uker under influensaperioden. Ortopedisk avdeling hadde også problemer mest knyttet til et stort antall infeksjonspasienter som blokkerer øvrige senger i samme rom på grunn av isolasjonsbehov. En av de ortopediske sengepostene ble sommeren 2017 derfor rehabilitert og

fikk bygget om et firesengsrom og to kontorer til 5 nye enerom med eget bad. Avdelingen er med dette bedre rustet til å møte tilsvarende situasjoner. Nevrokirurgisk avdeling på Rikshospitalet har også ofte høyt belegg grunnet høy pågang og høy operativ aktivitet. Fullt belegg på sengepostene har enkelte dager ført til utsettelse av elektive operasjoner. Kapasiteten ved nyfødintensiv og barneintensiv ved henholdsvis Rikshospitalet og Ullevål har i lengre tid vært utfordret med tidvis høyt pasientbelegg og noe svikt i kompetansetilfang. Sykehuset gjennomførte derfor for sommeren et forbedringsprosjekt ved barneintensiv. Et viktig nytt tiltak ble at Akuttklinikken overtar ansvaret for barneintensiv-virksomheten ved Ullevål. Ordningen trådte i kraft i november og effekten vil bli fulgt opp gjennom 2018. For øvrig er sengekapasiteten ved Oslo universitetssykehus stort sett tilfredsstillende.

Økende antibiotikaresistens er en stor utfordring for Oslo universitetssykehus, som for øvrige sykehus i Norge og internasjonalt. Videre arbeid med dette vil være helt sentralt også i 2018. Regjeringens «Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten», beskriver målet om å redusere de fem legemidlene med 30 prosent innen utløpet av 2020, basert på forbruket i 2012. Resultatet for Oslo universitetssykehus viser en nedgang i de fem utvalgte bredspektrede antibiotika.

Oslo Universitetssykehus fokuserte opprettet i starten av 2017 antibiotikateamet som fokuserte på å gjøre de overordnede målene kjent. Eksempler på tiltak som er iverksatt:

- Utarbeidet veileder for antibiotika-kontakter og linjeledere
- Digitalregistrering av antibiotika - Metavision på intensiv
- Powerpoint presentasjoner om diagnostikk og behandling tilpasset flere avdelinger
- Minimetodevurdering av biomarkøren procalcitonin for å korte behandling
- Intranettside med informasjon og verktøy
- Nettverk for kontakter i alle relevante klinikker
- Informert om antibiotikastyring på fredagsmøter på Rikshospitalet og Ullevål.

Forskning

Forskningsaktiviteten har i 2017 vært stor og holder høy kvalitet, vurdert ut fra antall artikler totalt og i nivå 2-tidskrifter. Antall artikler ligger på 1900 til 2000 årlig, og antall doktorgrader utført ved sykehuset er nå 100 til 120 årlig. Endelige tall foreligger ikke når Årlig melding leveres til Helse Sør-Øst RHF. Forskningsgruppene konkurrerer godt nasjonalt og internasjonalt om prosjektmidler, og sykehuset samarbeider med Universitetet i Oslo, om deres to nye sentre for fremragende forskning; Centre for Cancer Cell Reprogramming, forankret i Kreftklinikken, og Developing an integrated open access organ on chip platform for drug discovery, forankret i Klinikk for laboratoriemedisin. Volumet av søknader til EU og det Europeiske forskningsrådet (ERC) økte fra 2016 til 2017, og en av sykehusets yngre forskere i Klinikk for radiologi og nukleærmedisin, har fått et svært prestisjefylt Starting Grant fra ERC.

Et tema som har hatt særskilt oppmerksomhet i forskningsgruppene i 2017 er personvern og informasjonssikkerhet. Det er utviklet et obligatorisk e-læringskurs om personvern og informasjonssikkerhet i forskning, i samarbeid mellom Oslo universitetssykehus og Det medisinske fakultet, som alle aktive forskere må gjennomføre årlig fra og med 2018.

Medisinske kvalitetsregistre og biobanker er viktig infrastruktur for forskning og behandlingskvalitet. Oslo universitetssykehus leder det regionale servicemiljøet for nasjonale kvalitetsregistre i Helse Sør-Øst og har i 2017 ytterligere styrket IT-/registerstøtten. Oslo universitetssykehus har bl.a. databehandlingsansvar for Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for

barne- og ungdomsdiabetes og Nasjonalt hjertestansregister, som nå leverer årlig nasjonale kvalitetsindikatorer. Klinisk datavarehus er implementert, og sporingsverktøy for forskningsbiobanker er i drift.

Oslo universitetssykehus' forskningsmiljøer har ulike IKT-løsninger for forskning, som gjennom de siste årene har vært rapportert som særlig problematisk med hensyn til nødvendig IKT-støtte. Oslo universitetssykehus deltar aktivt i programstyret til Helse Sør-Østs program «Regional IKT for forskning».

Utdanning

I 2017 har Oslo universitetssykehus fulgt opp Utdanningsstrategi 2013-2018, og det er utarbeidet klinikkovergripende og klinikkvise handlingsplaner for siste del av strategiperioden (2017-2018). I 2017 har utdanningenes styringssystem blitt endret. Det er vedtatt en felles forskrift til rammeplan som er gjeldende for alle 19 helse- og sosialfaglige utdanninger. Det er startet et arbeid med å utvikle retningslinjer for hver profesjonsutdanning med nasjonale sluttkompetansebeskrivelser. Oslo universitetssykehus deltar i dette arbeidet på vegne av Helse Sør-Øst. Oslo universitetssykehus er også representert i arbeidet med å utvikle lokale fagplaner på høyskolene, for å bidra til å styrke relevansen på de ulike utdanningene. Oslo universitetssykehus har deltatt aktivt i universitetets arbeid med den reviderte studieplanen for grunnutdanningen i medisin. Denne er nå ferdigstilt.

Oslo universitetssykehus arbeider med å legge til rette for ny spesialistutdanning for leger og har på oppdrag fra eier etablert et regionalt utdanningscenter for leger i spesialisering som skal delta i tverrregional ordning for å sikre nasjonal, samordnet spesialistutdanning. Det er etablert et prosjekt for å implementere del 2 og 3 av spesialistutdanningen internt i helseforetaket. Det har vært arbeidet med å etablere veilederkurs, samt å utvikle en ordning for vurdering av leger i spesialisering, som følge av at det innføres forskriftsfestede læringsmål.

Det er krevende å finne tid og midler til videre- og etterutdanningsaktiviteter. I en del tilfeller er det for lite oppmerksomhet om utdanningsaktiviteter, som bl.a. veiledning, supervisjon og etterutdanningsaktiviteter, som er svært viktig for å opprettholde kvalitet og kompetanse. Ressurser til utdanning kan ikke leses eksplisitt ut av foretakenes budsjetter og regnskaper, da den største utdanningskostnaden er lønnskostnader og utdanningsvirksomheten i stor grad er tett innvevd i den kliniske virksomheten.

På bakgrunn av stor mangel på spesialsykepleiere, har foretakets ledelse vedtatt å videreføre ordningen med lønn under utdanning til 100 sykepleiere, mot en bindingstid etter endt utdanning. For å imøtekomme mangelen på spesialsykepleiere, utarbeider Oslo universitetssykehus en strategisk klinikkovergripende handlingsplan som skal peke på viktige mål og tiltak for den kommende to års perioden.

Akuttklinikken, ved Postoperativ- og intensivavdelingen, har videreført en traineeordning for sykepleiere, på grunn av mangel på intensivsykepleiere. Målet er at teoriundervisningen i traineeprogrammet inkluderes i intensivsykepleierutdanningen på Lovisenberg diakonale høgskole, for å forkorte det totale utdanningsløpet.

Innovasjon

Det forventes fra oppdragsgivere og samarbeidspartnere at landets største universitetssykehus, tar et spesielt ansvar for å være med å løse utfordringene knyttet til fremtidens helse- og omsorgstjenester. Både innenfor forskning og innovasjon har Oslo universitetssykehus et utvidet regionalt ansvar på vegne av Helse Sør-Øst.

I løpet av 2017 er det utarbeidet en ny innovasjonsstrategi for Oslo universitetssykehus som skal gjelde fra 2018-2022. I denne prosessen har det vist seg å være behov for en tydeliggjøring av hva som menes med innovasjon ved Oslo universitetssykehus. I strategien er dette synliggjort i en modell hvor innovasjon ved Oslo universitetssykehus består av både tjenesteinnovasjon og produktinnovasjon som utvikles og tas i bruk ved sykehuset, nyttiggjøres ved andre helseforetak, eller spres gjennom kommersialiseringer.

Innovasjonsarbeidet ved Oslo universitetssykehus skjer primært i klinikkene, nært pasientene, og det kommer som resultat av den omfattende forskningsaktiviteten som drives ved helseforetaket. Over tid er det bygget opp et støtteapparat hvor sykehusets stab for forskning, innovasjon og utdanning, Forskningsstøtte og Inven2, som er sykehusets TTO (Technology Transfer Office), samarbeider tettere og tettere for å jobbe mer systematisk med innovasjon.

Tallene både fra Inven2, og fra Oslo universitetssykehus sin innovasjonsportal «Idepoliklinikken», viser en jevn årlig tilgang på innovasjonsideer og prosjekter. Inven2 har etter etableringen i 2010 fått inn ca. 60-70 ideer til kommersialisering av innovasjoner fra Oslo universitetssykehus' ansatte årlig. For 2017 ligger det an til over 80 innmeldte ideer/DOFI'er (Disclosure of Invention). Fra Idepoliklinikken, som har hatt en større vektlegging av ikke-kommersialiserbare innovasjoner som tas i bruk i sykehuset, har det siden oppstarten kommet inn ca. 40-50 ideer i året. For 2017 ligger det an til 40 ideer.

I 2017 har det i regi av Helse Sør-Øst vært jobbet videre med oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet om å utvikle nasjonale innovasjonsindikatorer. Oslo universitetssykehus har deltatt aktivt i dette arbeidet, og stiller seg positiv til å være med å teste den modellen som nå foreslås i rapporten som leveres departementet.

I oppdrag og bestilling for 2017 ble det gitt signal om at Oslo universitetssykehus også skal være med å styrke innovasjonssamarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og næringslivet. Oslo universitetssykehus har et betydelig industri- og næringslivssamarbeid pr i dag, men dette kan og bør utvikles videre. I samarbeid med Helse Sør-Øst og de andre helseforetakene, jobbes det videre med å finne gode løsninger som gir økt samspill mellom helseaktørene og næringslivet. I 2017 fikk Center for Connected Care (C3), som er et Senter for forskningsdrevet innovasjon (SFI) ved Oslo universitetssykehus, sammen med Oslo kommune, Sunnaas sykehus og Sykehusinnkjøp midler fra Innovasjon Norge for å prøve ut anskaffelsesmetoden Innovative partnerskap. Dette skal stimulere til økt næringslivssamarbeid. SFIet Center for Cardiological Innovation), har også vist gevinsten ved tett samarbeid med næringslivet, da de i august 2017, presenterte en nyutviklet hjerteultralydskanner ved kongressen European Society of Cardiology, sammen med GE Vingmed Ultrasound.

Felles IKT

Aktivitetene i 2017 støtter opp om det skisserte målbildet som definert i Områdeplan 2017-2021.

I 2017 er færre prosjekter blitt ferdigstilt enn de siste årene. Dette skyldes i stor grad manglende kapasitet hos Sykehuspartner, blant annet på grunn av Infrastrukturmoderniseringsprogrammet (iMOD) og at mange tekniske ressurser har sluttet i Sykehuspartner.

Oslo universitetssykehus HF har i 2017 innført regional løsning for sakarkivet, Public360. Videre er regional løsning for medikamentell kreftbehandling er tatt i bruk for alle kurer på Ullevål sykehus og utrulling av regional løsning for elektronisk kurve, Metavision, dekker nå totalt 850 senger. Oslo universitetssykehus har tatt i bruk elektroniske epikriser og laboratoriesvar i samhandling med andre helseforetak.

Klinisk datavarehus (KDVH) er i 2017 komplementert med data fra eksisterende kilder samt pakkeforløp. Det er også opprettet en støtte- og utviklingsenhet for Klinisk datavarehus i Oslo universitetssykehus.

Nye sykehusbygg

Oslo universitetssykehus har nærmere 1 million kvadratmeter bygningsmasse. Av denne er omlag 270 000 vernet eller fredet. Det arbeides med planlegging av nye bygg både på Aker sykehus, Gaustad sykehus, Radiumhospitalet og Regional sikkerhetsavdeling, som etter plan skal erstatte mange av dagens bygg. De første byggene er forventet å være på plass i 2023 og neste fase mot slutten av 2020 tallet. På sikt er målbildet også å fase ut resten av Ullevål sykehus og SSE som i dag ikke inngår i byggeprosjektene. Frem til nye bygg er på plass, må foretaket oppgradere og vedlikeholde byggene. Dette gjelder også det som betegnes som virksomhetskritisk infrastruktur og produksjonsstøttesystemer (strøm, vann, kjøling, heiser, alarmanlegg mm), alt for å sikre forsvarlig drift. Det legges årlige planer for dette basert på tilstandsgrad og kritikalitet. Disse ses sammen med årlige planer for medisinskteknisk utstyr, IKT og virksomhetens behov for oppgradering og vedlikehold av eksisterende bygningsmasse. De årlige planene er en del av flerårige planer, feks innen strømforbedring eller hele bygg slik som bygg 3 og 7 på Ullevål sykehus der det har vært gjennomført oppgraderinger og lukking av avvik fra 2012. Bare i disse to byggene er det investert for flere hundre millioner kroner de siste årene. Byggene fremstår nå som vesentlig forbedret og vil kunne understøtte god drift i mange år fremover. Dette er også positivt for de ansatte.

Kapasitets- og arealtiltak

Sykehuset startet i 2016 prosjektet «Tilstrekkelig behandlingsskapitet de neste 5-8 år, inkl. vurdering av videre aktivitet på Aker i perioden». Dette inkluderer vurderinger av hvilke funksjoner som bør ivaretas på de fire hovedlokalisasjonene. Bakgrunnen er å sikre plass for akuttfunksjoner og høyspesialiserte tjenester ved Ullevål sykehus og Rikshospitalet i perioden. Det betinger at fungerende arealer ved Aker sykehus og Radiumhospitalet benyttes til den virksomhet som egner seg best der, med mer avgrensede støttefunksjoner i forhold til Rikshospitalet og Ullevål.

Første delprosjekt var en beskrivelse av framtidig virksomhetsmodell for kreftområdet ved Oslo universitetssykehus, med fokus på Radiumhospitalet. Delprosjektets rapport inngikk i saksdokumentene i Helse Sør-Øst sitt styrevedtak vedrørende etablering av nytt klinikkbygg ved Radiumhospitalet.

Prosjektet har i 2017 arbeidet med lokalisering av bl.a. urologi, endokrinkirurgi og endokrinologi. Det er utredet etablering av et elektivt kirurgisk senter på Aker basert på sammedagskirurgi (dagkirurgi og kirurgi med kort liggetid) og bruk av 11 operasjonsstuer 5 dager i uken, og samling av øyeblikkelig- hjelp- funksjoner og «tyngre kirurgi» ved Ullevål sykehus og Rikshospitalet. Avdeling for endokrinologi, sykkelig overvekt og forebyggende medisin vil i 2018 bli samlet på Aker, med unntak av spesialisert endokrinologi som fortsatt blir værende ved Rikshospitalet. Endokrinkirurgien fortsetter samlet på Aker. Det arbeides for at deler av urologien flyttes fra Aker til Ullevål for å kunne ta ned øhj. funksjoner og ulike støttefunksjoner på Aker når store deler av karkirurgien flyttes fra Aker. Hovedutfordringen i 2018 er å etablere en sengeenhet på Ullevål for urologisk virksomhet.

Medisinskteknisk utstyr

I 2017 har det vært et høyt antall sammenbrudd av medisinskteknisk utstyr, prosentandelen sammenbrudd ligger an til å bli omkring 85 prosent. Tilstanden på deler av sykehusets medisinsktekniske utstyr er et av de største risikoområdene i sykehuset. Gammelt og ustabil utstyr kan gi store konsekvenser for kapasitet, pasientsikkerhet og arbeidsmiljøet til personalet

som opplever forsinkelser, plunder og heft. Midlene som var satt i forbindelse med havarett utstyr i 2017 ble brukt opp tidlig på året. På denne bakgrunn ga styret våren 2017 administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler som ville belaste investeringsmidler for 2018, slik at sammenbrudd kontinuerlig har blitt erstattet. Det ble lagt vekt på å prioritere en planlagt utskifting av truende sammenbrudd for å få ned sammenbruddsraten i utstyrsparken, samt at det legges opp til en økning i investeringsrammen som på sikt vil kunne gi positive konsekvenser for utstyrsparkens tilstand og øke dennes evne til å levere effektiv pasientbehandling av høy kvalitet. Sammenbruddsrammen på investeringsbudsjettet varte kortere i 2017 enn i 2016 og det er fortsatt store utfordringer knyttet til mye gammelt medisinskteknisk utstyr (gjennomsnittsalderen er rundt 11 år) og det er derfor nødvendig med en fortsatt satsning over år på dette området i investeringsbudsjettet for å komme nærmere et ønsket målbilde med en gjennomsnittsalder på omkring 7,5 år.

Økonomi

Den økonomiske utviklingen gjennom 2017, til og med november, viser et noe svakere resultat enn det budsjetterte overskuddet på 250 millioner kroner.

Fra 2016 til 2017 er aktiviteten økt både innenfor psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og somatikk. Aktivitetsøkningen gjennom 2017 er gjennomført uten tilsvarende vekst i bemanning.

Mange av klinikkene har resultater som er betydelig svakere enn budsjettert i 2017. Lavere kostnader enn budsjettert på andre områder, blant annet innenfor IKT-området, oppløsning av avsetninger fra tidligere år – i hovedsak innenfor lønnsområdet – samtidig som lønnsoppgjøret for 2017 ble lavere enn forutsatt i budsjettet, kompenserer i stor grad for klinikkens negative avvik. Samlet ser det ut til at helseforetaket kan levere et økonomisk resultat for 2017 som er noe svakere enn budsjettert, men som likevel har gitt rom for å gjennomføre investeringsplanene som planlagt for 2017.

Risikoen er imidlertid stor for at flere av klinikkene går inn i 2018 med for høyt kostnadsnivå i forhold til det som kreves for å gjennomføre budsjettet for dette året. Dette medfører at klinikkene fortsatt står overfor krevende økonomiske omstillinger for å oppnå drift i balanse i budsjett 2018.

2.2. Evaluering av egen virksomhet og organisering

Organisasjonsstrukturen skal bidra til tilgjengelighet, god kvalitet og sikkerhet for pasientene, og sammen med god økonomi gi helseforetaket et tilstrekkelig handlingsrom som også muliggjør fremtidige investeringer.

Viktige mål for organisasjonsutvikling og endring er en organisering av klinisk virksomhet som gir grunnlag for god pasientbehandling, gode pasientforløp, forskning og undervisning og en økonomi i balanse. Oslo universitetssykehus har 15 klinikker, inkludert Oslo sykehusservice som leverer ikke-medisinske tjenester til resten av foretaket. I en stor virksomhet i stadig utvikling vil det fortløpende være behov 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.

Egenskaper ved IT-systemer som benyttes for klinisk og administrativ virksomhet, skaper problemer ved bruk av visse organisasjonsløsninger og for smidige organisasjonsendringer. Og

enkelte større organisasjonsendringer av og i klinikkene har vist seg å være komplekse og tid- og arbeidskrevende å iverksette. Oslo universitetssykehus er blant annet avhengig av Sykehuspartner HF for å få gjennomført organisasjonsendringer i støttesystemene.

I 2018 planlegges det med oppstart konseptfase for Aker/Gaustad, nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet er i forprosjekt, og det forventes midler til gjennomføring av forprosjekt for ny regional sikkerhetsavdeling. Regjeringen har foreslått endringer i statsbudsjettet som gjør at det kan bygges protosenter 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 sykehuset må i disse årene drifte i gamle bygg. Disse krever betydelig investeringer for å sikre forsvarlig drift.

DEL II: RAPPORTERINGER

3. RAPPORTERING FOR STYRINGSBUDSKAP 2017

3.1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Ventetid og fristbrudd

- **Mål 2017**

<i>Tall hentet fra Helsedirektoratet</i>	2016	2017
Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet		
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus og private rusinstitusjoner	59,0	56,7
Oslo universitetssykehus	66,6	60,3
• Somatikk		60,9
• Psykisk helsevern og TSB		48,3

Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenlignet med 2016.

Gjennomsnittlig ventetid til avvikling i 2017 var 60 dager. Dette er en reduksjon på 7 dager sammenlignet med samme periode i 2016 (67dager).

Gjennomførte tiltak er de samme som for neste punkt, og er beskrevet der.

Gjennomsnittlig ventetid skal være under 45 dager for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og under 60 dager for somatikk.

Gjennomsnittlig ventetid til avvikling i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved utgangen av 2017 var 48 dager. I somatikk er gjennomsnittlig ventetid til avvikling 61 dager.

Gjennomførte tiltak:

- Ajourhold av venteliste med bakgrunn i føringer gitt i styrende dokumenter og brukerveiledninger.
- Redusert vurderingstid (ventetid starter ved mottattdato)
- Implementering av Prioriteringsveilederne for å tilstrebe riktig fristfastsettelse
- Innført som rutine at tentativ dato, som skal settes i god tid før frist start helsehjelp, er styrende for hvilket tidspunkt helsehjelpen starter.
- Opplæring til leger i riktig registrering av rettighetsopplysninger fra andre HF hvor ventetid slutt foreligger.
- Internsertifisering av personell som har ansvar for ajourhold av venteliste og riktig registrering i DIPS.
- Registrering av diagnosegrupper i DIPS for å lette prioritering på ventelisten og for å øke kunnskap om hvilke pasientgrupper som venter lengst, samt identifisere årsak til ventetid utover frist.
- Overvåking og retting av feilregistreringer som slår ut som langtidsventende.

- Opprettet egen retningslinje for administrativ oppfølging av pasienter som ikke møter eller avbestiller time.
- Indikatoren *Langtidsventende* inngår i ukentlig gjennomgang av styringsdata i ledergruppen.
- Gjennomgang av de tabeller i NPR- tilbakemeldingen hvor NPR har identifisert avvik som påvirker ventetiden.

<i>Tall hentet fra Helsedirektoratet</i>	2016	2017
Antall fristbrudd		
Oslo universitetssykehus	784	866

Merknad: Andel fristbrudd ville vært en bedre indikator. Andel fristbrudd ville belyst størrelsesgraden av vårt samlede utfordringsbilde beskrevet i tekst under vedrørende rapportering av fristbrudd.

Ingen fristbrudd.

Hovedårsaken til antall fristbrudd er for sen tildeling av fast tid og feil bruk av pasientadministrativt system. Det er i de fleste tilfeller journalført at pasienten er informert om, og har gitt samtykke til, forlenget ventetid.

Gjennomførte tiltak:

- Internsertifisering av personell som har ansvar for ajourhold av venteliste og riktig registrering i DIPS.
- Opplæring til leger i riktig vurdering og registrering av henvisning.
- Timebok skal være satt opp minst seks måneder fram i tid og det skal være knyttet til ressurser slik at det er mulig å tildele fast tid på det tidspunkt som er fastsatt og som er medisinskfaglig vurdert.
- Forbedringsarbeid knyttet til økende grad av «direktebooking» med korrekt utsendelse av regionale brev.
- Avvik fra prosedyre *Forebygge og håndtere oppståtte fristbrudd* registreres i forbedringssystemet Achilles.
- Ventelisterådgivere i klinikk og avdeling retter opp avvik som meldes tilbake fra NPR.
- Fire interne revisjoner hvor fristbrudd har inngått som revisjonstema.
- Norsk helsenett har fått oppdatert oversikt over lese- og skrivetilganger i Fristbruddportalen. Flertallet av de pasienter som meldes til HELFO velger å fortsatt vente ved OUS.
- For å forebygge fristbrudd er 1093 pasienter overført til avtalespesialist. Det er usikkerhet knyttet til det oppgitte antallet på grunn av feil bruk av kode i DIPS.

Annen oppgave 2017

Helse Sør-Øst RHF skal følge opp Helsedirektoratets gjennomgang av kvalitet i ventelisteregistreringen som er ventet publisert 1. februar 2017. Oslo universitetssykehus HF skal følge opp gjennomgangen og iverksette tiltak for å bedre kvaliteten der det er nødvendig.

Oslo universitetssykehus (OUS) mottok rapporten fra Helsedirektoratet den 1. mai. Rapporten er gjennomgått og det er utført en elektronisk journalgjennomgang som

viser at det er en endring i registrering av utfall av vurdering etter at henvisningsbildet ble endret den 18.05.17. Resultatene fra den elektroniske gjennomgangen kan tolkes til at pasientene har fått en mer individuell vurdering av tildelt rettighet etter at henvisningsbildet ble endret, og at anbefalinger om tildelt rettighet fra prioriteringsveilederne er kjent.

Avdeling for aktivitet og analyse presenterte tallene i en oversikt på klinikk- og fagområdenivå i januar 2018.

Kreftbehandling

• Mål 2017

<i>Basert på innrapportering fra helseforetakene (desember I)</i>	2017
Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp	
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus	73,1 %
Oslo universitetssykehus	68,7 %

Merknad: Dette er ikke presis gjengivelse av denne målindikatoren. Det riktige skal være: Andel pasienter med mistanke om kreft som inngår i pakkeforløp (OA1)

Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp skal være minst 70 prosent.

Oslo universitetssykehus ligger tett opp mot målsettingen om 70 %, og den ligger over 70 % for alle de store kreftgruppene. Ambisjonen bør likevel være å øke denne prosentandelen. Dersom en sammenligner resultatet med andre helseforetak, bør en imidlertid ta i betraktning at relativt mange av de pasienter som initialt registreres i pakkeforløp med mistanke om kreft i Oslo universitetssykehus viser seg ikke å ha kreft. Dette er også et resultat av at Oslo universitetssykehus ikke praktiserer etterregistrering av pasienter i pakkeforløp dersom det viser seg at de har en kreftdiagnose, men først ikke er registrert i pakkeforløp. Her er det en uheldig ulik praksis mellom helseregionene.

<i>Basert på innrapportering fra helseforetakene (desember I)</i>	2017
Andel pakkeforløp for kreftpasienter som er gjennomført innen definert standard forløpstid uavhengig av type pakkeforløp	
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus	64,4 %
Oslo universitetssykehus	62,1 %

Andel pakkeforløp for kreftpasienter som er gjennomført innen definert standard forløpstid uavhengig av type pakkeforløp skal være minst 70 prosent.

Det er til dels store variasjoner i andel som er innenfor normerte forløpstider mellom pakkeforløpene, mellom de ulike tre fasene av pakkeforløpet og gjennom året. Oslo universitetssykehus har utviklet styringsinformasjon som bidrar til bedre analyse av disse forholdene og i større grad adressert utfordringen ved de enkelte forløpene. Problemstillinger som virker å være mer systemiske utfordringer i flere av de tilfellene der forløpstidene ikke er tilfredsstillende, er følgende:

I forhold til første fase (OF1): Ikke tilfredsstillende praksis i forhold til håndtering av mottatte henvisninger og kvalitet på henvisningene. Følges opp med bedre rutiner og samhandling med andre sykehus.

I forhold til andre fase (OF2): Kapasitet og logistikk i forhold til diagnostisk støtte er ikke tilfredsstillende. Følges opp med bedre analyse av problemet i de forløpene dette gjelder, bedre planleggingsrutiner og gjennomgang av organiseringen av arbeidsprosesser i diagnostiske enheter.

I forhold til tredje fase (OF3K): Operasjonskapasitet er ikke tilfredsstillende spesielt knyttet til ferieavvikling. Dette gjennomgås med sikte på å tilrettelegge for bedre kapasitet ved sommerferieavvikling 2018. Vurderingen er at kapasiteten på kreftkirurgi bør være 80 % av en normalmåned og ikke 65 % som i 2017. Basert på interne styringssystem viser også forløpstidene tilfredsstillende utvikling og samlet sett at >70% av forløpene er gjennomført innen normert tid.

- **Tall for resultatoppnåelse**

<i>Tall hentet fra Helsedirektoratet</i>	2017
Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet for 26 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid	<i>Merknad: tallene dekker jan-nov 2017</i>
Akutt leukemi	97 %
Blærekreft	76 %
Brystkreft	61 %
Kreft i bukspyttkjertel	63 %
Eggstokkreft	52 %
Føflekkreft	86 %
Galleveiskreft	83 %
CNS-kreft	85 %
Hode/hals-kreft	56 %
Kreft hos barn	79 %
Spiserør/ventrikkel kreft	81 %
Kronisk leukemi	-
Livmorhalskreft	72 %
Livmorkreft	42 %
Lungekreft	59 %
Lymfom	72 %
Mylomatose	50 %
Nevroendokrin kreft	75 %
Nyrekreft	51 %
Peniskreft	88 %
Primær leverkreft	33 %
Prostata kreft	38 %
Sarkom	74 %
Kreft i skjoldbruskkjertel	70 %
Testikkelkreft	82 %
Tykk- og nedetarmskreft	64 %

Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet for 26 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid skal være minst 70 prosent. Tall hentes fra Helsedirektoratet (publiseres tertialvis).

Av tabellen framgår det at avvikene i total forløpstid sammenhold med anbefalt norm er spesielt tydelig for følgende pakkeforløp: Brystkreft, kreft i bukspyttkjertel, eggstokkreft, hode/hals-kreft, livmorkreft, nyrekreft, primær leverkreft og prostatakreft. Forklaringen på avvikene ligger i all hovedsak i de momentene som er anført i punktet foran, og dette følges opp av Driftsstyret for kreft, klinikk- og avdelingsledelser og forløpsledelsene gjennom de tiltakene som er skissert i det punktet.

- **Annen oppgave 2017**

Siden 2015 har sykehusene regravsket celleprøver til kvinner som har fått livmorhalskreft, og som har hatt normale celleprøver mindre enn fem år tidligere. Sykehusene har ansvar for å sikre at kvinner med livmorhalskreft får informasjon om tidligere celleprøver som har vært feiltolket. Helseforetak og private ideelle sykehus i Helse Sør-Øst som har ansvar for denne pasientgruppen må påse at det er etablert gode rutiner for hvordan man informerer kvinner som har fått en betydelig endret diagnose etter en regravsking av tidligere prøver.

Avdeling for patologi har utarbeidet en prosedyre spesielt knyttet til regravsking av prøver fra livmorhalskreft-screening programmet. Cytologienheten har gjennomført årets audit i henhold til etablert prosedyre og sendt resultatet til Kreftregisteret (Livmorhalsprogrammet).

I tillegg har avdelingen bygget opp gode rutiner for at kvinner som har fått en betydelig endret diagnose etter en regravsking av tidligere prøver skal få informasjon gjennom sine kontaktleger, og avvik skal meldes i vårt forbedringssystem Achilles.

Som en del av arbeidet med pakkeforløp for kreftpasienter skal Oslo universitetssykehus pilotere og etablere 3-strøms multidisiplinære team-møter (MDT-møter) som arbeidsmetodikk i Helse Sør-Øst. I første omgang skal dette etableres for gynekologiske kreftgrupper, lungekreft, tykk- og endetarmskreft og prostatakreft. MDT-møter skal gjennomføres som videokonferanser i møterom som har mulighet for 3-strøms oppkobling. Aktuelle helseforetak og private ideelle sykehus er gitt i oppdrag å etablere tilstrekkelig antall 3-strøms møterom i løpet av 2017 slik at det tilrettelegges for pilotprosjektet. Sykehuspartner skal medvirke i etableringen av de tekniske løsningene.

Oslo universitetssykehus har fulgt dette opp i dialog med de andre helseforetakene i Helse Sør-Øst. Behovene for og bruken av slike regionale videobaserte MDT møter er kartlagt innenfor den enkelte sykdomsgruppe og det er nå teknisk lagt til rette for i alt 13 slike regionale MDT møter. Innen gynekologisk kreft er denne MDT-møteformen nå igangsatt og erfaringene så langt er gode i den forstand at langt de fleste pasientene blir avklart i møtet. Innenfor lungekreft blir det en omlegging fra de to-strøms møtene som har vært tidligere til tre-strøms teknologi. Videre vil regionale videobaserte MDT møter i løpet av kort tid komme i gang for prostatakreft, nyre-, testikkel og blærekreft, kreft i lever/galleveier/pankreas, kreft i ventrikkel og spiserør, avansert endetarmskreft og

bukhinnekreft. Utvidelsen av omfanget av slike videomøter nødvendiggjør en økning av kapasitet til to slike møterom på Ullevål og Radiumhospitalet.

Pakkeforløp hjerneslag

- **Annen oppgave 2017**

Oslo universitetssykehus HF skal implementere pakkeforløp hjerneslag.

Helsedirektoratet har ikke utgitt pakkeforløp hjerneslag i 2017. Implementering forventes i 2018. I påvente av et pakkeforløp for hjerneslag har sykehuset likevel opprettet en arbeidsgruppe som har sett på dagens organisering og behandling for pasienter med mistanke om hjerneslag. Høringsutkastet for pakkeforløp hjerneslag ble lagt til grunn for arbeidet. Arbeidet i gruppen gav mye nyttig informasjon til forberedelser for pakkeforløp hjerneslag. Sykehuset har gjennom dette arbeidet også sikret seg oversikt over forløpstider som skissert i målepunktene for pakkeforløpet. Arbeidsgruppen har kommet med anbefalinger på hvordan slagbehandling i Oslo universitetssykehus kan forbedres innenfor dagens organisering. Samarbeidsarenaer for involverte fagmiljøer i de respektive klinikker er etablert og det er etablert et system som legger til rette for implementering av pakkeforløpet i 2018

Effektivitet og kapasitetsutnyttelse

- **Mål 2017**

Redusere variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom sykehusene, jf. annen oppgave 2017.

Sykehuset er kjent med at det foreligger betydelig variasjon i forbruksmønster samt innhold i tjenesten. Mot slutten av 2017 ble det gjennomført en benchmarkingsanalyse av gjennomsnittlig liggetid for døgnoppholdene innen medisinske og kirurgiske DRG og per hoveddiagnosegrupper. Oslo universitetssykehus gjennomsnittlige liggetid for 2016 ble sammenlignet med liggetiden på de andre universitetssykehusene og det ble beregnet teoretisk potensial for reduksjon av liggedager dersom sykehusets gjennomsnittlige liggetid reduseres til gjennomsnittet for universitetssykehusene og til kortetes liggetid blant universitetssykehusene. Det skal foretas en gjennomgang av analysen i sykehusets ledergruppe i 2018.

Sykehuset ønsker å utvikle og implementere tertialvise standardiserte analyser som evaluerer liggetid, kompleksitet i behandlingen og døgn vs. dagbehandling i 2018. Slike analyser vil være en del av ledelsens tertialoppfølging med klinikkene.

- **Annen oppgave 2017**

Helse Sør-Øst RHF skal i 2017 gi styringsmessig prioritet til oppfølging av forskjeller i kapasitetsutnyttelse og effektivitet på tvers av sykehus målt ved følgende indikatorer:

- *Andel og antall pasientkontakter, for nyhenviste og pasienter i et forløp, hvor planlagt dato er passert ved rapporteringstidspunktet*
- *Andel pasienter vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.*
- *Andel nyhenviste i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totalt antall polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet*

- ***Andel kontroller i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totale polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.***
- ***Andel polikliniske konsultasjoner der aktivitet utføres utenfor fast behandlingssted.***

De regionale helseforetakene skal i oppfølgingsmøter i 2017, rapportere særskilt på utviklingen i disse indikatorene innen psykisk helsevern, ortopedi, hjertesykdommer, plastikkirurgi, øyesykdommer, og øre-nese-hals sykdommer, hensyntatt evt. forskjeller i den enkelte indikators relevans for ulike fagområder. Oslo universitetssykehus HF skal følge opp prioriteringene innen sine fagområder og påse at fortløpende rapporteringer gir tilstrekkelig grunnlag for det regionale helseforetakets rapporteringsplikt.

Oppfølgingen i Oslo universitetssykehus HF inngår i den daglige virksomhetsstyringen. Effektivitet og kapasitetsutnyttelse følges opp gjennom driftsrapportering ukentlig i foretakets ledermøte.

Administrerende direktør følger også opp klinikkene gjennom ledelsens gjennomgang hvert tertial, der klinikkene redegjør for status og hvordan de jobber med tiltak knyttet til de enkelte fagområdene.

Tilsvarende følger klinikkleder opp den enkelte avdeling gjennom et liknende system, og avdelingslederne deltar også i Administrerende direktørs ledelsens gjennomgang hvert tertial.

Det vil i 2018 bli lagt til rette for uttrekk av data og ytterligere oppfølging av overnevnte forhold.

Det foreligger data som viser betydelig variasjon i forbruksmønster samt innhold i tjeneste, blant annet fordeling døgn vs. dagbehandling og gjennomsnittlig liggetid for samme tilstand. Oslo universitetssykehus HF skal evaluere egen praksis mot nasjonalt gjennomsnitt og iverksette tiltak som bidrar til å redusere uberettiget variasjon.

Det viktigste arbeidet for å redusere uberettiget variasjon i forbruksmønster, innhold i tjeneste, liggetid og fordeling mellom døgn og dagbehandling, foregår i den enkelte avdeling og seksjon. Innføring av rutiner for daglig styring gjennom tavlemøter og systematisk arbeid med planlagte pasientforløp for den enkelte pasient er ment å gi klinikerne gode verktøy for å følge opp dette kontinuerlig.

Dette har hittil gitt gode resultater i mange avdelinger, men det gjenstår fortsatt vesentlig arbeid for å få dette etablert gjennomgående i hele foretaket.

Operasjonskapasitet har vært en av flaskehalsene i forhold til å gjennomføre pasientforløp som planlagt. Foretaket har i 2017 gjennomført et forbedringsprosjekt for å effektivisere operasjonsdriften. Prosjektet har hatt to tilnærminger i arbeidet sitt: Systematisere planlegging og forberedelse til operasjon, og forbedre gjennomføringen av operasjonen. Prosjektet har innført tiltak innen operasjonsplanleggingsmøter, bruk av meldeskjemaer og sjekklister.

Foretaket har også gjennomført et prosjekt for bedre gjennomføring av poliklinisk drift, med mål om å øke antall polikliniske konsultasjoner med dagens ressurser, samt å bidra til at de frister som er satt for styring av pasientforløpet blir innfridd. I tillegg skulle prosjektet bidra til å skape bedret pasient/lege-relasjon. Det ble utarbeidet en

retningslinje som skal bidra til at ledere kan løse en del av de utfordringene ved dagens poliklinikkdrift som ble identifisert i to questback-undersøkelser og som understøttes av styringsdata fra LIS og ventelistedata fra DIPS. Den største endring ligger i daglig styring av ressurser, etablering av plantall for aktivitet og bedret flyt.

Det vil i 2018 bli lagt til rette for uttrekk av data og ytterligere oppfølging av overnevnte forhold.

3.2. Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Vekst psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

- **Mål 2017**

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), årsverk (helseforetak og «private institusjoner med oppdragsdokument») og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).

<i>Basert på innrapportering fra helseforetakene (desember I)</i>	Somatikk	VOP	BUP	TSB
<i>Endring i kostnader fra 2016 til 2017</i>				
Foretaksgruppen Helse Sør-Øst	0,2 %	1,8 %	1,4 %	-1,3 %
Oslo universitetssykehus	1,6 %	7,4 %	-1,1 %	4,0 %

Det har vært en større relativ vekst i kostnader innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samlet sett fra 2016 til 2017 enn innenfor somatikken. Det har videre vært en vekst i årsverk innenfor alle områder. Når det gjelder antall polikliniske konsultasjoner er det innført ISF og ny tellemåte i 2017 for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, slik at tall rapportert for 2017 ikke er sammenlignbare med 2016 for disse områdene. Interne tall viser imidlertid at det har vært en økning i antall faktiske konsultasjoner innenfor alle områdene fra 2016 til 2017.

- **Tall for resultatoppnåelse**

Gjennomsnittlig ventetid skal ha prosentvis større reduksjon innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Tall hentes fra Helsedirektoratet.

<i>Basert på tall hentet fra Helsedirektoratet</i>	Somatikk	VOP	BUP	TSB
<i>Endring i gjennomsnittlig ventetid fra 2016 til 2017</i>				
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus og private rusinstitusjoner	-4,2 %	2,5 %	0,5 %	0,5 %
Oslo universitetssykehus	-9,9 %	2,4 %	8,0 %	-19,9 %

Årsaken til økte ventelister er primært kraftig økning av antall henviste pasienter uten tilsvarende økning i bemanning. Fritt behandlingsvalg innebærer at pasienter kan velge den poliklinikk der de ønsker behandling. Ved Nydalen DPS har antall nyhenviste pasienter i perioden 2014-2016 økt med 57 %. Det er ingenting som tyder på at strømmen av pasienter bosatt i Oslo og henvist til foretak utenfor Oslo har økt i tilsvarende grad. Innen selve Oslo ser også BUP at polikliniske henvisninger fra utenfor eget opptaksområde øker kraftig. Samarbeid mellom Oslo universitetssykehus og henvisende instanser om lojalitet til opptaksområdet kan bare i beskjeden grad balanseres mot pasientens ønske om behandlingssted.

Årsverk skal ha prosentvis større økning for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Tall hentes fra de regionale helseforetakenes HR-systemer og SSB for private.

Basert på innrapportering fra helseforetakene (desember I)	Somatikk	VOP	BUP	TSB
Endring i brutto månedsverk (utbetalt tid) fra 2016 til 2017				
Foretaksgruppen Helse Sør-Øst	0,5 %	-1,0 %	-1,6 %	-0,2 %
Oslo universitetssykehus	2,3 %	0,4 %	4,1 %	1,5 %

Tabellen viser en økning i antall månedsverk for alle fagområdene.

Aktivitet (polikliniske konsultasjoner) skal ha prosentvis større økning for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Tall hentes fra Helsedirektoratet (Helfo).

Basert på innrapportering fra helseforetakene (desember I)	Somatikk	VOP	BUP	TSB
Endring i antall polikliniske konsultasjoner fra 2016 til 2017				
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus	2,6 %	-3,9 %	-9,8 %	-0,8 %
Oslo universitetssykehus	1,4 %	-12,5 %	-5,3 %	-2,8 %

Det er ikke er mulig å sammenligne polikliniske konsultasjoner 2016 med ISF godkjente opphold 2017. Før innføring av ISF for poliklinikk i PHV og TSB ble det rapportert inntektsgivende konsultasjoner godkjent av HELFO som mål på aktiviteten. Fra 2017 er det ISF-godkjente opphold (til forskjell fra tidligere konsultasjoner) som rapporteres til Helse Sør-Øst som mål på aktiviteten. Et opphold kan bestå av flere tidligere HELFO-godkjente konsultasjoner i henhold til aggregeringsreglene

Tvang

<i>Tall hentet fra Helsedirektoratet</i>	2016			2017	
Antall tvangsinnleggelser innen psykisk helsevern for voksne per 1000 innbyggere	1. tert.	2. tert.	3. tert.	1. tert.	2. tert.
Oslo universitetssykehus HF	0,71	0,60	0,66	0,62	0,61

<i>Tall hentet fra Helsedirektoratet</i>	2016	2017
Antall pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern med minst ett tvangsmiddelvedtak per 1000 innbyggere	0,40	0,38

I samarbeid med kommunene redusere antall tvangsinnleggelser innen psykisk helsevern for voksne per 1000 innbyggere sammenliknet med 2016.

Det er usikkert om tallene tar hensyn til pasientenes bosted eller om alle innleggelser ved Oslo universitetssykehus sees opp mot sykehusets opptaksområde. Dersom alle tvangsinnleggelser i Oslo universitetssykehus måles opp mot sykehusets opptaksområde, er det ikke mulig å sammenlikne Oslo universitetssykehus med andre sykehus:

- Oslo universitetssykehus drifter lokale sikkerhetspsykiatriske døgnplasser og lukkede psykoseplasser for Akershus universitetssykehus, samt lokale sikkerhetspsykiatriske døgnplasser for Lovisenberg og Diakonhjemmet sykehus. Pasienter innlagt på disse plassene er i stor grad tvangsinnlagt (> 95 %). Vedtak om tvangsinnleggelse vil normalt først bli fattet ved de lokale sykehusene. Av tekniske årsaker fattes disse vedtakene på nytt ved overføring til Oslo universitetssykehus.
- OUS har også flere regionale døgnplasser, der tvangsinnleggelser er vanlig.

Tallene viser en reduksjon i antall tvangsinnleggelser fra 1. tertial 2016 til 1. tertial 2017, mens de er forholdsvis like 2. tertial i de to årene. I sum vil dette bety en reduksjon.

Klinikken har monitorert antall tvangsinnleggelser månedlig.

Registrere med mål om å redusere antall pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern som har minst ett tvangsmiddelvedtak per 1000 innbyggere.

Tabellen viser at antall pasienter med vedtak om bruk av tvangsmidler er redusert i perioden. Antall vedtak om bruk av tvangsmidler har vært overvåket månedlig med tilbakemelding til gjeldende behandlingsenhet. Det er kontinuerlig undervisning i smågrupper av ansatte om bruk av tvangsmidler. Dette følges av ferdighetstrening i vurdering og mestring av voldsrisiko i pasientbehandlingen. I tillegg har lovverk og lovendringer vært tema både på felles fagdag i klinikken og på klinikkleders møte med alle lederne i klinikken. Klinikkenes vernetjeneste og tillitsvalgte samarbeider dessutan tett med linjeledelsen om konflikthåndtering i pasientbehandling for å redusere bruk av tvang.

Antall pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern med minst ett tvangsmiddelvedtak per 1000 innbyggere registreres med mål om å redusere. Tall hentes fra Helsedirektoratet (publiseres tertialvis).

Vi har bedt om egne tall fra Helsedirektoratet, avd for helseregistre v/Bente Urfjell. Tallene er tom oktober 2016 og 2017, slik at de er sammenliknbare. Henholdsvis 28 % og 25 % av pasientene med vedtak om bruk av tvangsmidler har bosted utenfor Oslo universitetssykehus sitt opptaksområde. I tabellen under har vi derfor beregnet antall pasienter med tvangsmiddelvedtak pr 1000 voksne innbygger.

	Antall pasienter pr 1000 innb 18 år + med behandling med tvangsmidler pr 31		Antall pasienter med §4-8 vedtak tom oktober	
	2016	2017	2016	2017
OUS	0,40	0,38	83	78
Ahus	0,02	0,01	8	3
Lovisenberg	0,06	0,04	8	5
Dikaonhjemmet	0,03	0,01	3	1
Østfold	0,02	0,00	4	1
Vestre Viken	0,00	0,01	0	4
Vestfold	0,01	0,01	2	2
Telemark	0,00	0,01	0	2
Sørlandet	0,01	0,01	2	2
Innlandet	0,00	0,00	1	1
Helse Vest	0,00	0,00	3	0
Helse Midt	0,00	0,00	0	1
Helse Nord	0,00	0,01	1	4

• Annen oppgave 2017

Oslo universitetssykehus HF skal levere komplette og kvalitetssikrede data om tvangsinnleggelse, tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler for 2016 til NPR ved ordinært rapporteringstidspunkt, jf. krav for 2014 og 2015 i Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2016, datert august 2016.

Data kvalitetssikres jevnlig og følges opp månedlig.

Tilbud til barn og unge

• Annen oppgave 2017

Oslo universitetssykehus HF skal etablere Barnevernansvarlig i BUP i henhold til anbefalingene fra Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet <https://helsedirektoratet.no/nyheter/psykisk-helsehjelp-til-barn-i-barnevernet>. Direktoratene har i oppdrag å utarbeide en kortfattet beskrivelse og rutiner for en slik funksjon i løpet av første halvår 2017.

Oslo universitetssykehus avventer Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet sine anbefalinger for etablering av barnevernansvarlige i BUP. En

gjeldende funksjonsbeskrivelse til den som påtar seg oppgaven barnevernansvarlig skulle utarbeides av direktoratene første halvår i 2017. I oktober ble det bekreftet at direktoratenes arbeid er forsinket. Sykehuset avventer derfor anbefalingene og planen direktoratet har for opplæring av barnevernansvarlige før noe mer gjøres internt. Saken er imidlertid diskutert, og planer for gjennomføring vil komme så snart direktoratets anbefalinger foreligger.

Avbrudd i behandling

- **Mål 2017**

<i>Tall hentet fra Helsedirektoratet</i>	2017
Avbrudd døgntil behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling	30%

Avbrudd døgntil behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling registreres og det sikres færrest mulig avbrudd. Tall hentes fra Helsedirektoratet (publiseres tertialvis).

Etter at seksjon rus- og avhengighetsbehandling voksen innførte progresjonsmonitorering i form av «milepælsmøter» for alle pasienter har antall behandlingsavbrudd gått ned fra 40 % i 2015 til 26 % i 2016. I 2017 har antallet dessverre steget igjen til hittil 30 %. Dette utløser en fornyet vurdering av behandlingstilbudet i seksjonen til en endret pasientpopulasjon.

Seksjon rus- og avhengighetsbehandling ung har innført følgende tiltak:

- Innføring av feed-backverktøyet KOR i individual samtaler, utvalgte grupper og behandlingsmøter med pasient til stede.
- Kvalitetsforbedring knyttet til utarbeidelse og evaluering av mål og tiltak i behandlingsplan, gjennom strukturering, pedagogiske hjelpemidler og definerte roller i behandlerteamet.
- Det er økt innsats knyttet til å forplikte samarbeidspartnere på tettere oppfølging av pasienter i forkant av døgntilleggelse samt oppmøte på informasjons/inntaksforberedende møte i regi av enheten. Bidrar til bedreforberedelse av pasienten og bedre behandling.
- Utstrakt bruk av arenafleksibelt team.

LAR

- **Annen oppgave 2017**

Oslo universitetssykehus HF skal sikre at kvinner i LAR får informasjon om LAR-behandling og graviditet og tilbud om nedtrapping av LAR-medikamenter, og tilgang til gratis langtidsvirkende prevensjonsmidler i regi av LAR.

Det er lagt til rette for å sikre kvinner i LAR et tilbud om langtidsvirkende prevensjon i henhold til nasjonale faglige retningslinjer, gjennom samarbeid mellom Avdeling rus- og

avhengighetsbehandling (ARA) og Gynekologisk avdeling (GYN). Tilbudet er skriftliggjort i sykehusets prosedyre i e-håndbok (id 124945).

Finansieringsordning

- **Annen oppgave 2017**

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.

Det er ikke foretatt endringer i organisering, behandlingstyper, forløp eller annet på grunn av omleggingen av finansieringen.

3.3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Timeavtale

- **Mål 2017**

Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning.

Per november 2017 var andel som fikk timeavtale sammen med svar på vurdert henvisning (direktebooking) 80%. På samme tid i 2016 var andelen 73%.

Et av tiltakene i prosjektet «Bedre gjennomføring av poliklinisk drift» har vært at pasientene nå skal få ny time i hånden når de forlater poliklinikken. Dermed kan de selv være med å tilpasse det tidspunkt som passer best for neste oppmøte.

Arbeidet med å gi pasientene timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning har vært fulgt opp internt i sykehusets ventelisteråd.

Korridorpasienter

Mål 2017

- *Ingen korridorpasienter.*

<i>Basert på innrapportering fra helseforetakene (desember I)</i>	2017
Andel korridorpasienter - somatikk	
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus	1,1 %
Oslo universitetssykehus	0,7 %

Andel korridorpasienter på sykehus skal være 0 prosent. Tall hentes fra Helsedirektoratet (publiseres tertialvis).

Det har i 2017 vært et økt fokus på å redusere antall og andel korridorpasienter. Andel korridorpasienter har gått ned siden januar 2016 og per august 2017 var andelen 0,7 %.

Infeksjoner

- **Mål 2017**

<i>Tall hentet fra Folkehelseinstituttet</i>	2016		2017
Andel sykehusinfeksjoner	2. tert.	4. tert.	2. tert.
Helse Sør-Øst	4,2	4,2	3,1
Oslo universitetssykehus HF	4,7	5,1	3,8

Sykehusinfeksjoner er redusert til under tre prosent.

Merknad: Oslo universitetssykehus har lagt til grunn uttrekk av data som tidligere år og har kommentert forekomst av andel sykehusinfeksjoner ut fra interne beregninger. Sykehuset er gjort kjent med at Folkehelseinstituttets uttrekk av data er endret i 2017 og avviker fra beregningsgrunnlaget som Oslo universitetssykehus benytter.

Oslo universitetssykehus har gjennomført prevalensregistrering av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) 4 ganger i 2017. OUS registrerer alle typer infeksjoner, mens det bare er urinveisinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner, blodbaneinfeksjoner og infeksjoner i operasjonsområde som skal meldes til Nasjonalt folkehelseinstitutt. Registreringen omfatter også HAI hos pasienter som hadde infeksjonen ved overflytting fra andre helseforetak. Gjennomsnittlig prevalensandel for de fire infeksjonstypene var 5,7 %. Når også HAI som ikke skal meldes til FHI blir inkludert, var gjennomsnittlig prevalensandel 7,2 % ved de fire registreringene.

Ved de to obligatoriske målingene som er grunnlaget for årlig melding til HSØ, var gjennomsnittet 5,2 %.

- **Tall for resultatoppnåelse**

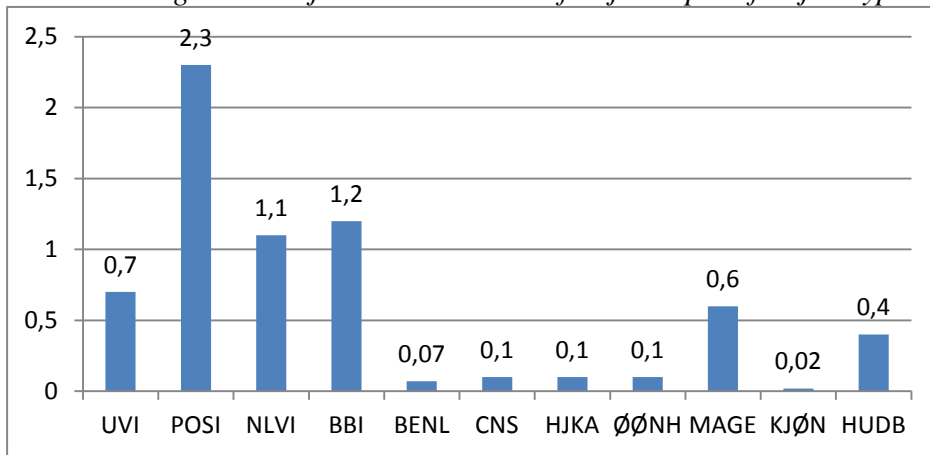
Andel sykehusinfeksjoner skal være redusert sammenlignet med 2016. Tall hentes fra Folkehelseinstituttet (publiseres 2 ganger årlig).

Tabell 1. Prevalensandel av helsetjenesteassosierte infeksjoner ved OUS 2012 – 2017

År	Prevalensandel av HAI, årlig gjennomsnitt (%) av 4 målinger	Gjennomsnittlig antall inneliggende pasienter med HAI
2017	5,7	73
2016	5,0	72
2015	5,5	79
2014	5,3	67
2013	4,6	64
2012	5,6	75

Årets prevalensandel er det høyeste som er registrert de siste 6 årene. Én enkelt måling (februar 2017) viste 6,8 % og bidro til å trekke gjennomsnittet opp. De tre øvrige målingene viste henholdsvis 4,9 %, 5,4 % og 5,6 %. Det er antall infeksjoner som registreres. Siden noen pasienter har mer enn én infeksjon, var andelen pasienter med HAI 5,2 % i 2017. Som tabellen viser, har prevalensandelen i realiteten ikke endret seg nevneverdig de siste 6 årene.

r 1: Fordeling av helsetjenesteassosierte infeksjoner på infeksjonstyper

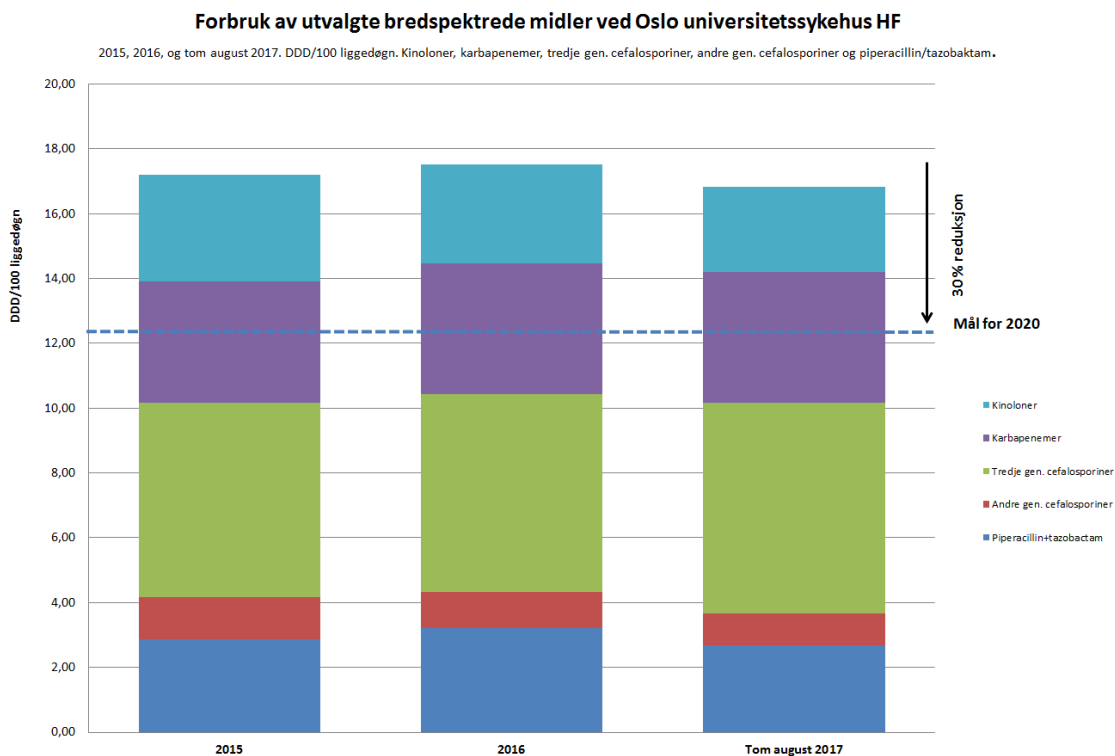


<i>UVI</i>	Urinveisinfeksjon	<i>HJKA</i>	infeksjon i hjerte/karsystemet
<i>POSI</i>	infeksjon i operasjonsområde	<i>ØØNH</i>	infeksjon i øye, øre, nese, hals
<i>NLVI</i>	nedre luftveisinfeksjon	<i>MAGE</i>	infeksjon i magetarmsystemet
<i>BBI</i>	Blodbaneinfeksjon	<i>KJØN</i>	infeksjon i kjønnsorganer
<i>BENL</i>	ben- og leddinfeksjon	<i>HUDB</i>	infeksjon i hud/bløtvev
<i>CNS</i>	infeksjon i sentralnervesystemet		

Sykehusledelsen følger i økende grad med på problemstillinger og tiltak knyttet til helsetjenesteassosierte infeksjoner som ledd i ledelsens gjennomgang.

Resistens og antibiotika

• Mål 2017



<i>Tall hentet fra Sykehusenes legemiddelstatistikk</i>	2012	2017	Prognose 2020
Samlet forbruk av bredspektrede antibiotika	17,58	1.+ 2. tertial 2017: 17,01	

30 prosent 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).

Regjeringens «Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten», beskriver målet om å redusere de fem legemidlene med 30 prosent innen utløpet av 2020, basert på forbruket i 2012. Grafen viser en nedgang i de fem utvalgte bredspektrede antibiotika på Oslo universitetssykehus HF. Vi tar forbehold om at sommermånedene kan ha lavere forbruk enn normalt.

Oslo Universitetssykehus fokuserte i starten av 2017 på å opprette antibiotikateamet og gjøre de overordnede målene kjent. Eksempler på tiltak som er iverksatt:

- Utarbeidet veileder for antibiotika-kontakter og linjeledere
- Digitalregistrering av antibiotika - Metavision på intensiv
- Powerpoint presentasjoner om diagnostikk og behandling tilpasset flere avdelinger
- Minimetodevurdering av biomarkøren procalcitonin for å korte behandling
- Intranettside med informasjon og verktøy
- Nettverk for kontakter i alle relevante klinikker
- Informert om antibiotikastyring på fredagsmøter på Rikshospitalet og Ullevål.
- Gjennomført 2 workshop/miniseminar for antibiotikakontaktene
 - o Gjort kjent nasjonale retningslinjer for antibiotika
 - o Opplæring om audits og feedback
 - o Foredrag om antibiotikastyring i praksis (tavler)
- Markert Antibiotikadagen med stand mm.
- Gjennomført workshop for å knytte forskning opp mot styringsprogrammet i samarbeid med TTA og Innovasjonsavdelingen.

• **Tall for resultatoppnåelse**

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) skal vise 30 prosent reduksjon i samlet bruk i 2020 sammenliknet med 2012. Tall hentes fra Sykehusenes legemiddelstatistikk (publiseres tertialvis).

Tallgrunnlaget viser tegn til nedgang. Antibiotikateamet har i hovedsak fokusert på informasjon ut i organisasjonen. Effektene av opplæring i retningslinjer og verktøy er vanskelig å måle rett i etterkant, men vil komme tydeligere frem når vi også jobber direkte med avdelinger. Fra 2018 vil antibiotikateamet bistå utvalgte avdelinger med høyt forbruk.

Trombolysebehandling

- **Mål 2017**

<i>Tall hentet fra Helsedirektoratet</i>	2014	2015	2016
Andel pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet, og får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse			
Helse Sør-Øst	59,8	59,3	61,8
Oslo universitetssykehus HF	60,7	54,3	71,4

Andel pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet, og får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse skal være minst 50 prosent.

Sykehuset er en høy resultatoppnåelse når det gjelder andel pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet. 71,4 % av disse pasienter fikk behandling innen 40 minutter. Sykehuset arbeider strukturert og kontinuerlig med å forbedre behandlingsforløpet for pasienter med mistenkt hjerneslag. Det ble nedsatt en egen arbeidsgruppe høsten 2017 som har analysert dagens behandlingsforløp og kommet med anbefalinger på hvordan forløpet kan forbedres.

Samvalg

- **Annen oppgave 2017**

Arbeidet med å sikre pasienten som likeverdig part i pasientbehandling skal styrkes. Det må legges til rette for pasientenes rett til å delta i beslutninger som berører egen helse og behandling.

Oslo universitetssykehus har i perioden økt fokus på samvalg gjennom en rekke ulike tiltak:

- Økt kunnskap om egen helse/ skade gir pasienter og pårørende kompetanse til å medvirke i egen behandling. Samvalg, samvalgsverktøy og brukermedvirkning er sentrale tema i undervisningen på 3 dagers kurs for ansatte og brukere i pasient- og pårørendeopplæring, hvor også primærhelsetjenesten deltar
- Sykehuset har sammen med Høgskolen i Oslo og Akershus utviklet e-læringskurset «Innføring i pasient- og pårørendeopplæring», der samvalg belyses gjennom både tekst og film. E-læringskurset skal integreres som en læringsaktivitet i helsefaglige utdanninger, og inngå i kompetanseheving for ansatte og studenter ved sykehuset
- Det har vært undervisning for LIS legers del 1 i læringsmål knyttet til pasient- og pårørendeopplæring, der samvalg var integrert i undervisningen
- Samvalg ble presentert som tema med forslag til konkrete læringsaktiviteter på workshop for veiledere som har ansvar for utvikling av læringsaktiviteter til LIS leger del 2 og 3.
- Det har vært undervisning om samvalg i sykehusets overgripende fagnettverk, Forum for pasient- og pårørendeopplæring.
- Oslo universitetssykehus har deltatt i utviklingen av samvalgsverktøy for HiV positive og PCI sammen med Helse Sør-Øst
- Brukerutvalget ved sykehuset har hatt fokus på samvalg i hele 2017

- Kreftstrategien har integrert bruk av samvalgsverktøy i sin strategi
- Samvalg er et sentralt tema i den planlagte brukerkonferansen Helse Sør-Øst 2018 hvor Oslo universitetssykehus er hovedarrangør
- Samvalg og brukermedvirkning vil være tema på fredagsmøtet våren 2018 som er et åpent fagmøte for alle ansatte ved sykehuset

Prioritering

- **Annen oppgave 2017**

Det vises til Stortingets behandling av Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering. Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å legge prinsippene for prioritering til grunn for innføring av nye legemidler og metoder i spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene og Statens legemiddelverk skal etablere en felles tilnærming til hvordan prinsippene for prioritering skal operasjonaliseres i tråd med forslagene i meldingen og tilpasset endringene i legemiddelforskriften som vil bli sendt på høring i 2017. Oslo universitetssykehus HF skal følge opp dette arbeidet innenfor sitt ansvarsområde og om nødvendig delta i prosessen etter nærmere henvendelse fra Helse Sør-Øst RHF.

Oslo universitetssykehus ivaretar prioritering ved evt. innføring av nye legemidler og metoder i spesialisthelsetjenesten ved å delta aktivt i Nye metoder ved:

- bidra med fagekspertise i de nasjonale vurderinger på forespørsel fra Helse Sør-Øst
- gjennomføre minimetodevurderinger i eget foretak i etablert system med Råd for metodevurdering og beslutninger på foretaksnivå (Direktør eller klinikkleder).

Oslo universitetssykehus forholder seg til beslutninger i Nye metoder og de retningslinjer Helsedirektoratet utarbeider basert på disse. Det er i 2017 utført en revisjon i sykehuset i regi av Konsernrevisjonen om bruk av PD1-hemmere ved lungekreft og føflekkreft. Oslo universitetssykehus bruker også aktivt unntaksmuligheten for metoder/legemidler som er til vurdering i Nye metoder. Det har i sykehuset i 2017 også vært fokus på overføring av finansieringsansvaret fra Folketrygden til sykehusfinansiering innen store pasientgrupper og at legene i H-reseptsystemet skriver ut de legemidler som har fått fremforhandlet laveste pris. Når det gjelder bruk av medikamenter uten markedsføringstillatelse vil dette dreie seg om enten deltakelse i «Compassionate use program» eller individuell behandling basert på «Named patient use». Det har i 2017 vært fokus på betaling av behandling etter at markedsføringstillatelse foreligger. I denne sammenheng har sykehuset deltatt i en nasjonal arbeidsgruppe ledet av Helse Sør-Øst som har foreslått nasjonale retningslinjer for bruk av nye medikamenter før markedsføringstillatelse. Det foreligger nå en rapport som anbefaler at det opprettes og vedlikeholdes en nasjonal liste over legemidler som er omfattet av kravene i retningslinjen og at Legemiddelverket får ansvar for dette.

Oslo universitetssykehus HF skal legge til rette for at lederopplæringene som tilbys i ulike deler av tjenesten gir ledere en klar forståelse av deres ansvar for å innrette sin virksomhet i tråd med prinsippene for prioritering.

Oslo universitetssykehus har et obligatorisk lederutviklingsprogram for nye ledere. Lederprogrammet består av 10 dager med felles obligatoriske moduler og tre dager obligatorisk differensiert påbyggingsmodul tilpasset den enkelte leders behov. I tillegg inngår det klinikkvisse lederopplæringsprogram tilpasset den enkelte klinikk. Et eget programråd evaluerer og foreslår forbedringer i lederprogrammet. Lederprogrammet for nye ledere er konsolidert og har fått gode tilbakemeldinger i 2017 og vil bli videreført i 2018. I perioden våren 2017/høsten 2017 ble det tatt opp 112 nye ledere i programmet fordelt på fire kursgrupper. I 2017 er det satt et spesielt fokus på åpenhetskultur og kulturledelse som ivaretas gjennom egen emnemodul. Mentorgruppetilbudet er opprettet for ledere etter gjennomført program og det planlegges en utvikling av dette tilbudet samt mer fokus på de klinikkvisse lederutviklingstilbudene.

GTT-undersøkelse

- **Tall for resultatoppnåelse**

Andel pasientskader basert på GTT-undersøkelsene skal reduseres med 25 prosent innen utgangen av 2018, målt ut fra GTT-undersøkelsen for 2012.

Det mangler en omforent forklaring på resultatutviklingen i GTT-undersøkelsene på nasjonalt nivå. Mange har reist innvendinger mot at man i utgangspunktet forventet å se tydelige effekter av pasientsikkerhetsprogrammet. Målet var 25 % nedgang i opphold med skader i programperioden. Status for Oslo universitetssykehus er som følgende:

- Oslo universitetssykehus har stabil skadetall på 10-12 % av opphold gjennom hele programperioden (samme som Helse Bergen / Haukeland), dette er 2-5%poeng lavere enn ved andre helseforetak
- Tentativ hovedårsak til lavere tall: Oslo universitetssykehus skriver en stor andel av sine pasienter ut til andre sykehus, slik at en del triggere oppfanges der og ikke i Oslo universitetssykehus
- De fleste sykehus har ikke sett en betydningsfull nedgang i skadetallene
- Nasjonale tall viser at de sjeldne svært alvorlige skader ligger uendret, de moderat alvorlige skader viser en økning mens de mindre alvorlige / betydningsløse skader viser nedgang

Overlevelse

- **Tall for resultatoppnåelse**

<i>Tall hentet fra Folkehelseinstituttet</i>	2016
30 dagers overlevelse etter innleggelse i 2016:	
uansett årsak til innleggelse	
• Helse Sør-Øst	95,1
• Oslo universitetssykehus HF	95,2

innleggelse for hjerneslag	
• Helse Sør-Øst	87,1
• Oslo universitetssykehus HF	87,1
innleggelse for hoftebrudd	
• Helse Sør-Øst	91,2
• Oslo universitetssykehus HF	91,7
innleggelse for hjerteinfarkt	
• Helse Sør-Øst	92,5
• Oslo universitetssykehus HF	90,6

30 dagers overlevelse etter innleggelse i 2016 (uansett årsak til innleggelse).

For 30 dagers overlevelse etter innleggelse uansett årsak, viser resultatet for Oslo universitetssykehus 95,2 %, resultatet for Helse Sør-Øst 95,1 % og resultatet for hele landet 95,4 % (kilde: Helsedirektoratets publisering av nasjonale kvalitetsindikatorer 31.08.17).

Resultatene for Oslo universitetssykehus vurderes å være gode med tanke på at mange svært dårlige pasienter nettopp overflyttes til dette sykehuset for behandling. For ytterligere bedret måloppnåelsen, følges de nasjonale kvalitetsindikatorene jevnlig opp i ledelsens gjennomgang. Det etterspørres bruk av kvalitetsregistre i klinikkens forbedringsarbeid generelt og det er utviklet spesifikke tiltaksplaner for risikoutsatte pasientgrupper.

30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag i 2016.

For 30 dagers overlevelse etter hjerneslag, viser resultatet for Oslo universitetssykehus 87,1 %, resultatet for Helse Sør-Øst 87,1 % og resultatet for hele landet 87,7 % (kilde: Helsedirektoratets publisering av nasjonale kvalitetsindikatorer 31.08.17).

I Oslo universitetssykehus er ca 1/3 av alle kvinner med hjerneslag over 85 år. Mange har høy sykkelighet og lite reserver. Sykehuset tar også i mot de mest alvorlige hjerneblødningene fra andre sykehus, og de flytter ikke tilbake til lokalsykehuset hvis de er ustabile men blir til alt håp er ute.

30 dagers overlevelse etter innleggelse for hoftebrudd i 2016.

For 30 dagers overlevelse etter innleggelse for hoftebrudd, viser resultatet for Oslo universitetssykehus 91,7 %, resultatet for Helse Sør-Øst 91,2 % og resultatet for hele landet 91,6 % (kilde: Helsedirektoratets publisering av nasjonale kvalitetsindikatorer 31.08.17).

Resultatene for Oslo universitetssykehus vurderes å være gode med tanke på at mange svært dårlige pasienter nettopp overflyttes til dette sykehuset for behandling. For ytterligere bedret måloppnåelsen, følges de nasjonale kvalitetsindikatorene jevnlig opp i ledelsens gjennomgang. Det vil være særlig fokus på å øke andelen som opereres innen 24 timer og eliminere venting over 48 timer. Dessuten planlegges økt systematisk samarbeid med geriater. Antibiotikaprofylakse satt på riktig tidspunkt før kirurgisk inngrep vil også følges opp særskilt i 2018.

30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt i 2016.

For 30 dagers overlevelse etter hjerteinfarkt, viser resultatet for Oslo universitetssykehus 90,6 %, resultatet for Helse Sør-Øst 92,5,1 % og resultatet for hele landet 92,1 % (kilde: Helsedirektoratets publisering av nasjonale kvalitetsindikatorer 31.08.17).

Resultatene for Oslo universitetssykehus vurderes å være gode med tanke på at mange svært dårlige pasienter nettopp overflyttes til dette sykehuset for behandling. Sykehuset har mange hjertestanspasienter, inklusiv ECMO-pasienter, som i utgangspunktet har dårligere prognose. Det er etablert gode og robuste pasientforløp for hjerteinfarktpasientene som viser at behandlingstiden er kort. Det antas at tallene for Helse Sør-Øst naturlig vil ligge noe høyere enn Oslo universitetssykehus fordi alle overleverer etter behandling ved Oslo universitetssykehus blir sendt tilbake til eget lokalsykehus.

Vold og trusler

- **Annen oppgave 2017**

Helse Sør-Øst RHF skal bidra i Helsedirektoratets kartlegging av omfanget av vold og trusler mot helsepersonell og medpasienter, og av hvordan helsetjenestens arbeidsgivere ivaretar beredskap for forebygging og håndtering av vold og trusler som del av HMS-arbeidet. Helse Sør-Øst RHF vil komme tilbake med nærmere informasjon hvis det er aktuelt med videre oppfølging fra Oslo universitetssykehus HF.

Arbeidet med denne problemstillingen har vært et satsningsområde for OUS i 2017, og arbeidet fortsettes i 2018. Man vektlegger både arbeidet med forebygging og med håndtering.

I flere uønskede hendelser har helsepersonell vært utsatt for vold og trusler. Dette har økt bevisstheten rundt omfang av vold og trusler mot helsepersonell, og tydeliggjort et opplæringsbehov for hvordan dette bør og skal håndteres. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å samarbeide med de regionale helseforetakene om å kartlegge omfanget av vold og trusler mot helsepersonell og medpasienter, og hvordan helsetjenestens arbeidsgivere ivaretar forebygging og beredskap for å håndtere vold og trusler som del av HMS-arbeidet.

Parallelt med dette har tallet på avviksmeldinger blitt signifikant redusert, fra 880 i 2016 til 764 (pr. 28.12.) i 2017. Som før står Klinikk psykisk helse og avhengighet (PHA) for flertallet av meldingene, men også her har det vært en gledelig reduksjon, fra 720 i 2016 til 630 (pr. 28.12.) i 2017.

I det videre arbeidet vil man særlig vektlegge informasjon, støtte og hjelp over tid til ansatte som er blitt utsatt for utagering, trusler og vold.

Oslo universitetssykehus HF skal samarbeide med tillitsvalgte og vernetjenesten i arbeidet med å utvikle tiltak for å forebygge og ivareta beredskap for håndtering av vold og trusler.

Oslo universitetssykehus deltok ultimo 2016 i en undersøkelse i regi av Fagbevegelsens senter for forskning, utredning og dokumentasjon (Fafo). Rapporten ble publisert i 2017 og har siden blitt fulgt opp med utvikling av tiltaksplaner i et samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten, arbeidsmiljøavdelingen og sykehusledelsen. Planene for oppfølging av Fafo-rapporten legges frem i januar 2018.

Det er også besluttet en temadag våren 2018 for ledere og verneombud i regi av Klinikk for psykisk helse og avhengighet, Arbeidsmiljøavdelingen og HR. Temadagen skal ha fokus på håndtering av vold og trusler.

Pasientforløp

- **Annen oppgave 2017**

Oslo universitetssykehus HF skal delta i læringsnettverket Gode pasientforløp når bydelene i opptaksområdet deltar.

Oslo universitetssykehus deltar i Læringsnettverk for gode pasientforløp sammen med tre bydeler i Oslo, fastleger og sykehjemsetaten. Det er en satsning som går over halvannet år og involverer Medisinsk klinikk og Ortopedisk klinikk. Det er etablert forbedringsteam i begge klinikker hvor brukere deltar. Læringsnettverket har fokus på helhetlig og koordinert ivaretagelse av eldre og kronisk syke pasienter i et hjem til hjem perspektiv. Forbedringer gjøres internt i sykehuset, samt i overgangene mot bydeler og fastleger. Brukermedvirkning, «hva er viktig for deg» er utgangspunktet for organiseringen av forløpene, her inngår læring og mestring og beskrivelser av hvordan funksjonene kontaktleger og koordinator skal beskrives i forløpene.

Fødetilbud

- **Annen oppgave 2017**

Oslo universitetssykehus HF skal sikre at hendelser der anbefalingen om at den fødende skal ha en jordmor hos seg så tidlig som mulig i aktiv fase av fødselen og til fødselen er over, ikke blir fulgt opp, blir dokumentert i helseforetakenes avvikssystemer og at resultatene blir brukt til kvalitetsforbedring.

Fødeavdelingen i Oslo universitetssykehus avviksmelder i forbedringssystemet Achilles hendelser der anbefalingen om at den fødende skal ha en jordmor hos seg så tidlig som mulig i aktiv fase av fødselen og til fødselen er over, ikke blir fulgt opp. Avvik meldt i Achilles følges opp gjennom foretakets vanlige rutiner for avviksbehandling.

Det er likevel grunn til å tro at slike hendelser ikke alltid meldes, siden det er i perioder med ekstra høy aktivitet i forhold til bemanning hendelsene inntreffer og at avviksmelding i slike situasjoner naturlig nok ikke er det som prioriteres høyest.

Habilitering og rehabilitering

- **Annen oppgave 2017**

Oslo universitetssykehus HF skal utvikle former for ambulante tjenester innen rehabilitering og voksen- og barnehabilitering.

Det er foreløpig ikke etablert ambulante tjenester innen rehabiliteringsfeltet men det arbeides med dette i utviklingsplanene for Oslo universitetssykehus. Ambulante tjenester i rehabilitering legges nå inn som en føring i planarbeidet. Vi vil nevne at Oslo universitetssykehus har deltatt aktivt og spilt inn behovet for nye finansieringsordninger som understøtter ambulante tjenester.

Behandlingsreiser

• Annen oppgave 2017

Oslo universitetssykehus skal sørge for behandlingsreiser til utlandet for pasienter fra hele landet, og sikre at kravene til f.eks. avstand og reisetid ikke skal hindre Dødehavsklinikken å inngi tilbud på lik linje med andre leverandører av behandlingsreiser. Dette innebærer at det verken i kvalifikasjonskrav eller tildelingskriterier skal stilles uforholdsmessige strenge krav til avstand og reisetid. Forholdsmessigheten vil blant annet påvirkes av pasientens mulighet til selv å påvirke valget mellom reisealternativer. Det vises i denne sammenheng til Stortingets behandling av Prop. 1 S (2016-2017) hvor følgende anmodningsforslag ble vedtatt: «Stortinget ber regjeringen forsikre seg om at det ikke stilles uforholdsmessig strenge krav til hvem som kan få lov til å gi tilbud om pasientreiser, for eksempel knyttet til avstand og reisetid, og at Dødehavsklinikken kan gis anledning til å gi tilbud på lik linje med andre tilbydere». Egenandelen er på 116 kroner per døgn for voksne pasienter og barns ledsagere, og inngår i egenandelstak 2.

Tilbudet om behandlingsreiser omfattet i 2017 følgende diagnoser:

- Revmatiske inflammatoriske leddsykdommer hos barn, ungdom og voksne
- Psoriasis hos barn, ungdom og voksne
- Postpoliosyndrom, senskader etter polio
- Kroniske lungesykdommer og/eller atopisk eksem hos barn og ungdom

På grunn av uroligheter i Tyrkia ble kontraktene med behandlingstedet Balcova Termal Tesisleri og Scandinavian Rehab Center sagt opp i februar. Da kontrakten ble sagt opp ble det 880 færre plasser for voksne revmatikere og 60 færre plasser for postpoliopasienter. Vi var ute med nytt anbud for å kompensere for kansellerte plasser i Tyrkia og klarte å skaffe frem 460 av 880 plasser for voksne revmatikere og 40 av 60 plasser for postpoliopasienter.

I 2017 har vi til sammen sendt 2154 pasienter og 190 ledsagere.

Hjemmedialyse

• Mål 2017

Tall hentet fra Helsedirektoratet	2016			2017	
	1. tert.	2. tert.	3. tert.	1. tert.	2. tert.
Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse					
Helse Sør-Øst	18,0	17,9	19,2	20,4	22,0
Oslo universitetssykehus HF	20,8	20,6	22,4	26,0	26,6

Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse skal være minst 30 prosent.

Oslo universitetssykehus har 26,6 % hjemmedialyse og nærmer seg resultatmålet ved utgangen av 2. tertial 2017.

Alle pasienter vurderes for hjemmedialyse, primært peritonealdialyse (PD), sekundært hjemmeHD (HHD). Vurderinger om hjemmedialyse er et fast punkt på ukentlig dialysemøte. Både leger og sykepleiere har deltatt på nasjonale seminarer om hjemmedialyse. Det pågår også standardisering av journalføringen av årsak til valgt modalitet og nivå for uremibehandling

Oslo universitetssykehus har i øyeblikket ingen avtaler med kommunale tjeneste om hvilke rutiner og infrastruktur som kreves for hjemmedialyse. Ca. 20 PD-pas. er avhengig av assistanse til behandling fra pårørende, hjemmesykepleie eller sykehjem. Sykehjemsprosjektet i 2013 hadde som plan å samle PD på ett sykehjem, men arbeidet ble avsluttet uten resultat grunnet manglende bydelsovergripende forum. For ytterligere å øke andelen hjemmedialyse planlegges det å søke nye samhandlingsmidler og samarbeidet med Oslo kommune vil bli tatt opp på nytt.

AMK

- **Annen oppgave 2017**

I Helse Sør-Øst skal Oslo universitetssykehus ivareta koordineringen av ambulanshelikoptertjenesten og flight following av ambulanshelikopteroppdrag.

AMK Oslo ivaretar koordineringen av ambulanshelikoptertjenesten og flight following av ambulanshelikopteroppdrag for hele regionen, og har gjort det siden før 2017. Det er en egen operatørplass avsatt til dette på AMK.

Utskrivning

- **Annen oppgave 2017**

Oslo universitetssykehus HF skal registrere utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samt inngå samarbeidsrutiner med kommunene for å forberede utskrivninger om disse pasientene, jf. plan om innføring av betalingsplikt for kommunene tidligst fra 2018.

Det har på oppdrag fra Direktørmøtet i løpet av 2017 blitt utført en revisjon av de sentrale underavtalene/retningslinjene for samarbeidet mellom Oslo universitetssykehus og Oslo kommune (bydeler/etater). Dette revisjonsarbeidet har blitt gjennomført i en partssammensatt arbeidsgruppe.

I revisjonen av avtalene har de nye prosesskravene i forhold til utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og TSB blitt innlemmet der dette er relevant: (spesialisthelsetjenesten må ha kalt inn samarbeidspartnere til et møte for å starte arbeidet med å utarbeide en plan for oppfølging, og at spesialisthelsetjenesten må ha avklart sin videre oppfølging av pasienten).

Det er i tillegg hensyntatt kjente utfordringer rundt bolig til denne pasientgruppen: "Forventer spesialisthelsetjenesten at pasienten vil stå uten egnet bolig etter utskrivningen skal varselet opplyse om dette." Dette skal sikre at kommunene så tidlig som mulig blir varslet dersom spesialisthelsetjenesten blir kjent med at pasienten vil ha behov for tilrettelagt bolig etter utskrivning.

Det er behov for å utarbeide underavtale i forhold til TSB/psykisk helsevern før betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter for disse pasientgruppene innføres, og det er igangsatt dialog i forhold til planleggingen av dette. Innføringen av betalingsplikt har blitt utsatt flere ganger, og det siste estimatet angir 2019 som innføringsåret. Det er i tillegg også skissert en mulighet for karendager, noe som virker lite formålstjenlig i forhold til pasientgrupper hvor tilrettelegging ofte tar svært lang tid.

3.4. Personell, utdanning og kompetanse

Heltidskultur

- **Annen oppgave 2017**

Oslo universitetssykehus HF skal arbeide for å motivere og tilrettelegge for at ansatte velger høyere stillingsprosent og helst 100 prosent stilling i samarbeid med organisasjonene, tillitsvalgte og utdanningssektoren.

Arbeidet med utvikling av heltidskultur videreføres gjennom oppfølging av styringsindikatorer for 2017. Temaet tas opp jevnlig i samarbeidsmøter (dialogmøter) med tillitsvalgte og vernetjenesten. Videre er det iverksatt prosedyrer for å sikre størst mulig grad av heltidsstillinger, blant annet lyses faste stillinger ut som hele stillinger, bruk av fortrinnsrett ved nyansettelser, og bruk av klinikkovergripende stillinger og internt bemanningssenter, er tiltak som er videreført i 2017.

Oslo universitetssykehus HF skal sikre at nyutdannet helsepersonell i større grad enn nå tilbys hele faste stillinger.

Oslo universitetssykehus ser positivt på arbeidet i Helse Sør-Øst med å utvikle indikatorer for å kunne rapportere på andel nyutdannede som er ansatt med hel stilling.

Utdanning

- **Annen oppgave 2017**

Oslo universitetssykehus HF skal, med særskilt oppmerksomhet på yrkesgrupper hvor rekruttering er utfordrende, sikre at utdanning og kompetanse er i samsvar med helseforetakets fremtidige behov.

Det har vært et fokusområde for helseforetaket å etablere gode strukturer for samarbeid med utdanningsinstitusjonene, deriblant for å få større innflytelse på utarbeidelse og/eller revidering av fag-/programplaner slik at de helse- og sosialfaglige utdanningene i større grad er i tråd med helseforetakets fremtidige kompetansebehov. For høyskoleutdanningene er det etablert fagråd hvor det er representasjon fra begge institusjoner, hvor blant annet fag-/programplaner diskuteres. Styringsstrukturen for utdanning er i endring og i den forbindelse er Oslo universitetssykehus representert i arbeidsgrupper for hhv radiografi og sykepleie, som skal utvikle nasjonale sluttkompetansebeskrivelser for disse to profesjonene.

Det har vært og er et tett samarbeid med Hersleb videregående skole for å videreutvikle helsesekretærutdanningen tilpasset helseforetakets behov for kompetanse. Oslo universitetssykehus tilbyr ca 50 elever praksisplass, samtidig som det er tett dialog mellom helseforetak og skole om det teoretiske innholdet i utdanningen. Oslo universitetssykehus er også lærebedrift for ambulans- og helsefagarbeiderlæringer og for sistnevnte gruppe er andre kullet nå i gang med sin sykehusinterne utdanning. Oslo universitetssykehus er i gang med å utvikle og implementere ny reform for utdanning av leger i spesialisering (LIS). Denne reformens mål er å utvikle legerollen slik at den tilpasser seg fremtidens behov for kompetanse.

Spesialsykepleieremangelen følges tett og Oslo universitetssykehus har etablert 100 utdanningsstillinger (årsverk) som et av flere tiltak for å sikre tilgang på spesialsykepleiere. Fagområdene akuttisykepleie, anestesi sykepleie, barnesykepleie, intensivsykepleie, kreftsykepleie, nyfødtsykepleier, operasjonssykepleie og videreutdanning i psykisk helsearbeid har blitt prioritert.

Mangel på intensivsykepleiere har medført ekstraordinære tiltak og Akuttklinikken har valgt å ansette sykepleiere i traineestillinger, til tross for at det medfører et behov omfattende intern opplæring. En videreutvikling av traineeprogrammet pågår og innebærer et samarbeid med Lovisenberg diakonale sykehus. Målet med dette samarbeidet er å utvikle programmet til en traineekvalifisering med studiepoengsuttelling. Kvalifiseringen innebærer en kombinasjon av opplæring Oslo universitetssykehus og ved Lovisenberg diakonale høyskole.

Spesialistutdanning for leger

- **Annen oppgave 2017**

Det regionale utdanningscenteret ved Oslo universitetssykehus HF må bemannes med tilstrekkelig og relevant kompetanse og ivareta oppgavene som er beskrevet i «Mandat for RegUt».

Sentret har blitt bemannet med leder, koordinator og pedagog i løpet av 2017. Det er i ferd med å utarbeides en plan for videre bemanning for å kunne løse oppgavene i mandatet. Denne prosessen styres etter kompetansebehovet til sentret.

Medarbeiderundersøkelsen

- **Mål 2017**

Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet.

Resultatene fra medarbeiderundersøkelsen 2016 viste en signifikant økt opplevelse av involvering i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen fra 46 % (i 2015) til 53 % i 2016. Ingen enheter hadde redusert opplevd kvalitet på oppfølgingen av medarbeiderundersøkelsen.

Medarbeiderundersøkelser er laget for tradisjonelle hierarkiske organisasjoner der rapportering og personalansvar følger en leder med ansvaret for en avgrenset virksomhet. Arbeidet med lokalt forbedringsarbeid forutsetter at det er den enkeltes ledes enhet som det rapporteres om og at de som svarer på undersøkelsen har sitt hovedvirke innen denne enheten. En utfordring for sykehus er at organisasjonen er preget av en matrisestruktur der enkelte medarbeidere rapporterer til flere ledere og hører ikke naturlig hjemme under en enkel enhet. Dette er særlig gjeldene for legene i spesialisering som vil ha sitt daglige virke ved en rekke ulike enheter, men er formelt organisert i en egen LIS enhet på siden av de andre enhetene.

YLF har tatt opp denne problemstillingen tidligere uten at det er funnet noen tilfredsstillende svar på dette. En mulighet som vil bli vurdert er å la LIS få svare i flere enheter der de har sitt virke og bli invitert inn til lokalt forbedringsarbeid ved de enhetene legene opplever som mer meningsfulle en dagens LIS enhet. Dette kan la seg gjøre ved at lederen ved de aktuelle enhetene inviterer LIS til å delta på sine oppfølgingsmøter. Dette fordrer imidlertid tettere oppfølging fra de aktuelle lederne og at de i forkant av undersøkelsen melder inn hvilke LIS dette er aktuelt for.

I 2017 ble det ikke gjennomført ny spørreundersøkelse, i påvente av den nye nasjonale undersøkelsen «ForBedring». Den nye undersøkelsen kobler arbeidsmiljø, pasientsikkerhet og HMS (helse, miljø, sikkerhet) sammen i en felles undersøkelse. ForBedring er et resultat av et nasjonalt samarbeid mellom helseregionene, helseforetakene og det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet, samt Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet. Arbeidet med å utvikle undersøkelsen har pågått siden desember 2015. Undersøkelsen ble i 2017 testet ut på flere enheter ved Sykehuset Telemark, Oslo universitetssykehus, St Olavs Hospital og Helse Førde.

Undersøkelsen planlegges gjennomført i februar 2018. Spørsmålene i undersøkelsen er delt inn i temaene engasjement, samarbeidsklima, arbeidsforhold, sikkerhetsklima, lederatferd, fysisk miljø og oppfølging. Basert på sykehusets egen strategi har OUS lagt til enkelte tema, blant annet «respektfullt arbeidsmiljø», «likeverd», «organisering og endring», «OUS lederkrav» og «varsling».

3.5. Forskning og innovasjon

Forskning

- **Mål 2017**

Fem prosent av pasientene skal være inkludert i klinisk forskning.

Oslo universitetssykehus har gjennom året hatt oppmerksomhet på å styrke infrastruktur for klinisk forskning for å kunne stimulere til at flere pasienter blir inkludert i kliniske studier. Klinikene er i budsjettprosessen bedt om å skjerme interne ressurser til forskning og tilstrebe økt ekstern finansiering. Videre er klinikkene spesielt bedt om å styrke infrastruktur og støttefunksjoner for kliniske studier, og flere klinikker har gjennomført viktige tiltak. Prioritering av kliniske studier har også vært tema i ledelsens gjennomgang med klinikkledelsen gjennom året, og strategiske tiltak av mer langsiktig karakter er diskutert med sykehusets eksterne Scientific Advisory Board. Eksempler på miljøer som har styrket sin infrastruktur er Barne- og ungdomsklinikken, Kreftklinikken og Oslo sykehusservice ved Regional forskningsstøtte, ved å opprette Avdeling forskningsstøtte for kliniske studier. Tiltakene er viktige, men det er store udekkede behov i klinikkene, som i hovedsak dreier seg om mer skjermet tid for klinikere til å drive kliniske studier, flere studiesykepleiere, og flere og raskere leveranser fra støttefunksjoner som radiologi- og laboratorietjenester. Flere steder er det behov for allokering av ekstra polikliniske undersøkelsesrom og kontorer for studiepersonell. En vesentlig styrking vil derfor kreve tiltak over tid. Klinikker for radiologi og nukleærmedisin arbeider med en viktig og omfattende satsing på et billedteknologisk senter, Oslo Imaging Technology Research and Innovation Centre, som skal tilby avansert klinisk infrastruktur for bildeforskning og innovasjon, i samarbeid med industripartnere. Dette vil på sikt også gi økt radiologikapasitet til klinisk forskning.

Det er i 2017 lagt vekt på løpende å følge utviklingen i kliniske studier med industrisponsor (ny indikator i oppfølging av klinikkene), og det arbeides med en pilot for et forskningsadministrativt system for registrering av forskerinitierte prosjekter, slik at bildet blir komplett. Sykehuset bidrar samtidig i det nasjonale arbeidet med å få på plass nasjonale indikatorer for kliniske studier, herunder antall pasienter som til enhver tid deltar i studier. De nasjonale indikatorene planlegges integrert i det forskningsadministrative systemet. Inntil et slikt helhetlig system er på plass, vil det ikke være mulig å rapportere på det angitte målet i oppdragsdokumentet, hvilket også ble meddelt eier i forkant av oversendelse av oppdraget for 2017. Teller og nevner for prosentmål er ikke definert av Helse Sør-Øst og kan ha en rekke ulike fortolkninger, og det er ikke gitt noe svar på forespørsel om definisjon. Oslo universitetssykehus kan ikke gi et estimat på dette pr i dag.

- **Annen oppgave 2017**

De regionale helseforetakene skal i samarbeid legge til rette for at pasienter i hele landet får økte muligheter for deltakelse i kliniske studier i Norge og i utlandet. Det innebærer at nettsiden for pasientrettet informasjon om alle pågående og planlagte kliniske studier på helsenorge.no er oppdatert og komplett, og at pasienter i hele landet gis en likeverdig mulighet for å bli vurdert for deltakelse i kliniske studier. / Helseforetak og private ideelle sykehus i Helse Sør-Øst skal ta del i dette arbeidet gjennom å påse at opplysninger om alle pågående og planlagte kliniske studier

innenfor sine ansvarsområder til en hver tid er oppdatert og komplett på helsenorge.no.

Oslo universitetssykehus har hatt særskilt oppfølging overfor klinikkene med hensyn til komplettering av opplysninger på kliniskestudier.helsenorge.no. Pr desember 2017 er det registrert 182 kliniske studier som foregår ved Oslo universitetssykehus, hvorav 105 ved Oslo universitetssykehus alene, og 77 hvor Oslo universitetssykehus er ett av flere sykehus i studien (av totalt 261 registrerte studier totalt for landet).

Klinikkene har styrket innsatsen for registrering av egne kliniske studier i den nasjonale webportalen. Forskningsledelsen har samtidig bidratt til å få på plass en tverregional enighet om definisjon av hvilke type studier som skal registreres, herunder bidratt til en presisering for når slik registrering skal finne sted i de ulike faser av studiene. Dette arbeidet har vært avgjørende for å unngå uklarheter som følge av mangelfulle presiseringer på selve nettsiden. Regional forskningsstøtte ved Oslo universitetssykehus har i denne prosessen bistått med praktisk råd- og veiledning til forskere som trenger hjelp til skjematikk og registrering. Dette er nå innarbeidet i sykehusets styrende dokumenter og samtidig fulgt opp i handlingsplan for forskning. Til tross for ovennevnte, mottar ledelsen tilbakemelding om at kliniskestudier.helsenorge.no fortsatt oppleves lite tilgjengelig for både forskere og pasienter, og at den verken er lett å finne på internett eller at det er lett å orientere seg om ulike studier på siden. Tiltak for å bøte på denne situasjonen er å flytte alle tekster om kliniske studier fra kliniskestudier.helsenorge.no over til sykehusene i Norge sine internettsider. For å sikre synlighet legges alle studier nå inn som en del av det aktuelle behandlingsprogrammet. Siden sykehusenes internettsider er på en felles plattform vil alle sykehusenes kliniske studier vises på alle sykehusenes behandlingsprogram. Dette betyr at når en bruker leser et behandlingsprogram på www.oslo-universitetssykehus.no vil alle kliniske studier som er planlagt startet eller er åpen for inklusjon vises som lenker i den delen av teksten som omhandler behandling. Arbeidet med å realisere bedre tilgjengelighet av kliniske studier startet i desember 2017 og vil være fullført (alt på helsenorge.no flyttet over) innen 1. mars 2018.

3.6. Tildeling av midler og krav til aktivitet

Drift og investering

- **Mål 2017**

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 2017 basere sin virksomhet på de tildelte midler.

Oslo universitetssykehus HF har i budsjettet for 2017 planlagt bruk av tildelte midler. Det er planlagt med økt aktivitet på alle områder samtidig som det er fokusert på økt tilgjengelighet ved reduserte ventetider og forløpstider for pakkeforløp i henhold til nasjonale mål.

Virksomheten knyttet til nasjonale og regionale kompetansetjenester skal videreføres minst på samme nivå som i 2016. Det samme gjelder tiltak som tidligere ble finansiert over særskilte tilskudd, og som nå er innarbeidet i basisrammen.

Budsjett for nasjonale og regionale kompetansetjenester er videreført i klinikkens budsjetter for 2017. Det er lagt til grunn at klinikkene følger opp ansvaret for disse oppgavene i tråd med planlagt aktivitet og innenfor de tildelte budsjetttrammene for 2017.

Resultat

- **Mål 2017**

I oppdrag og bestilling er det stilt inntekter til disposisjon i 2017 fra Helse Sør-Øst RHF. Det er også stilt krav til helseforetakets årsresultat:

- *Årsresultat 2017 for Oslo universitetssykehus skal være på minst 250 millioner kroner.*

Resultat hittil i år (desember I)	Faktisk	Budsjettavvik
Oslo universitetssykehus	268 687	18 687

Det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF viser etter desember 2017 (foreløpig årsregnskap) et regnskapsmessig overskudd på **268,7** millioner kroner, mot et budsjettert overskudd på 250 millioner kroner. Dette gir et positivt avvik i forhold til budsjett på 18,7 millioner kroner. Selv om kjente forhold er vurdert og hensyntatt i rapportert resultat, er det enkelte områder hvor fullstendig informasjon om påløpte kostnader og inntekter for 2017 ikke foreligger på rapporteringstidspunktet. Dette innebærer at det må forventes noen justeringer i rapportert resultat frem mot ferdigstilling av endelig årsregnskap for 2017.

Likviditet og investeringer

- **Annen oppgave 2017**

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

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

Etablerte prinsipper for likviditetsstyring skal følges opp. Budsjettert resultat for 2017 skal kun benyttes til investeringer i 2017 etter særskilt avtale med Helse Sør-Øst RHF. Pr. dato for utsendelse av oppdrag og bestilling 2017 er det i denne sammenheng særskilt avtalt at 157 millioner kroner kan benyttes i 2017.

Helseforetaket har regelmessig oppfølging av at etablerte prinsipper for likviditetsstyring følges. For 2017 har Helse Sør-Øst RHF godkjent bruk av deler av budsjettert resultat for 2017 til investeringer samme år. Dette forutsetter at helseforetaket styrer den samlede likviditet til drift og investeringer som budsjettert.

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

Investeringer gjennomføres i henhold til budsjetter vedtatt av styret i Oslo universitetssykehus og etter avklaring med Helse Sør-Øst RHF. Prosjektporteføljene styres innenfor tildelt likviditet. Kvalitet på flere av investeringsprosjektene avveies i forhold til forventet restlevetid på bygg (flere bygg skal på sikt erstattes med nye).

Iverksatte investeringsprosjekter skal videreføres i henhold til plan, med riktig kvalitet og innenfor økonomiske rammer. Investeringsplanene og deres gjennomføring skal inkludere konkrete gevinstrealiseringsplaner med etterfølgende måling og evaluering.

OUS følger opp gjennomføring av iverksatte investeringsprosjekter både ifht kvalitet og økonomiske rammer. En stor del av foretakets investeringsbudsjett brukes til å erstatte gammelt utstyr som bryter sammen og til investeringer for å lukke avvik i forhold til lov og forskrift som er nødvendig for å kunne opprettholde driften. I større byggeprosjekter utarbeides gevinstrealiseringsplaner.

Ved gjennomføring av nybyggprosjekter er det en premiss at klinisk virksomhet som skal flytte inn i nye bygg må oppnå betydelige resultatforbedringer. Disse kravene vil bli omsatt i endrede budsjetterammer for de involverte klinikker når virksomheten flytter inn i nye bygg. Ledelsen ved helseforetaket vil følge opp detaljering av planene og målsettingene til resultatforbedring i dialog med lederlinjen/klinikkledere.

Det skal gjennomføres risiko- og sårbarhetsanalyser for investeringsprosjekter.

Det gjennomføres risiko- og sårbarhetsanalyser før gjennomføring av de enkelte investeringsprosjekter.

Prosjektenes fremdriftsplan skal tilpasses tilgjengelig likviditet til investeringer.

Oslo universitetssykehus har tett oppfølging av likviditetssituasjonen, og følger opp at styring av likviditet skjer innenfor tilgjengelige rammer for drift og investering. Dette inkluderer fremdrift i investeringsprosjektene.

Overføring av likviditet - driftskreditt

- **Mål 2017**

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

Oslo universitetssykehus har tett oppfølging av likviditetssituasjonen, og tett dialog med Helse Sør-Øst RHF om tilgjengelig driftskreditt ved behov.

Helseforetaket skal forespørre Helse Sør-Øst RHF 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 tett oppfølging av likviditetssituasjonen, og vil ved behov for utvidet likviditet ta opp dette med Helse Sør-Øst så tidlig som mulig.

- **Annen oppgave 2017**

Oslo universitetssykehus HF skal drive sin virksomhet innenfor gjeldende driftskredittrammer, samt innretter virksomheten innenfor de økonomiske rammer og krav som er stilt til disposisjon, 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 har ved planlegging av gjennomføring av virksomheten for 2017 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's «sørge for»-ansvar. Det er i budsjettet planlagt at helseforetaket for 2017 skal levere et økonomisk resultat på 250 millioner kroner, blant annet for å delfinansiere foretakets investeringsbudsjett for 2017. Det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF viser etter desember 2017 (foreløpig årsregnskap) et regnskapsmessig overskudd på 268,7 millioner kroner, mot et budsjettert overskudd på 250 millioner kroner.

Krav til aktivitet

- **Tall for resultatoppnåelse**

Innrapportert aktivitet for 2017er:

Aktivitet i 2017		Somatikk	VOP	BUP	TSB
ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk og pasientadm. legemidler) i henhold til «sørge for»-ansvaret	Budsjett	221 989	12 898	13 081	2 777
	Resultat	221 547	12 018	12 316	3 320
Pasientbehandling					
Antall utskrivninger døgnbehandling	Budsjett	106 221	1 798	154	2 283
	Resultat	107 398	2 352	156	2 367
Antall liggedøgn døgnbehandling	Budsjett	479 908	70 912	5 609	24 998
	Resultat	474 900	72 477	6 776	24 686
Antall oppholdsdager dagbehandling	Budsjett	85 309	0	3 234	0
	Resultat	81 319	0	3 698	0
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	Budsjett	836 470	103 840	47 456	24 508
	Resultat	831 326	91 170	43 422	23 250

Innenfor somatisk behandling vurderes den samlede aktiviteten å være om lag som budsjettert. Innenfor psykisk helsevern og TSB har det vært en vekst i aktivitet. På grunn av endringer i registreringspraksis er ikke tallene for poliklinisk aktivitet innenfor psykisk helsevern og TSB sammenlignbare fra 2016 til 2017. Antall utskrevne pasienter er økt på alle områder.

3.7. Organisatoriske krav og rammer

Helseberedskap

- **Annen oppgave 2017**

Oslo universitetssykehus HF skal implementere Helsedirektoratets Veileder for helsetjenestens organisering på skadested.

Prehospital klinikk ved Oslo universitetssykehus har implementert Veilederen for helsetjenestens organisering på skadested med den nye betegnelsen som Innsatsleder Helse og Medisinsk Leder Helse. Det er også utformet prosedyrer som er tilpasset veilederen.

I Helse- og omsorgsdepartementets foretaksmøte med de regionale helseforetakene 10. januar 2017 ble de regionale helseforetakene bedt om å i samarbeid, og ved bruk av CBRNE-senteret, etablere beredskap for ambulansetransport og spesialisthelsetjenestens håndtering ved utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer. Oslo universitetssykehus skal ta del i dette arbeidet.

De administrerende direktørene i de regionale helseforetakene godkjente 25.09.17 mandat for Nasjonalt medisinsk utrykningsteam for høyrisikosmitte. OUS HF ved CBRNE-senteret ble bedt om å etablere teamet i tråd med forutsetninger og mandat. Kostnadene for ordningen (1,8 mill/år inkl. sosiale avgifter) ble besluttet fordelt mellom de fire regionale helseforetakene på samme måte som for den øvrige finansieringen av CBRNE-senterets driftsmidler.

Planer og rutiner for ordningen er etablert. De siste forberedelser når det gjelder utstyr og personell er i gang, slik at ordningen vil være operativ fra januar 2018.

I Helse- og omsorgsdepartementets foretaksmøte med de regionale helseforetakene 10. januar 2017 ble de regionale helseforetakene bedt om å ved bruk av CBRNE-senteret, i samarbeid med Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Forsvaret, utvikle nasjonale løsninger for medisinsk evakuering med fly og helikopter. Oslo universitetssykehus skal ta del i dette arbeidet.

Status for dette punktet er det samme som for utrykningsteam ved høyrisikosmitte.

IKT-løsninger

- **Annen oppgave 2017**

Helseforetakene skal i 2017 delta i Helse Sør-Øst RHF's arbeid med å videreutvikle og forbedre prosess for etablering av IKT-områdeplaner. Helseforetakenes IKT-områdeplaner skal være grunnlag for planlegging av aktivitet i 2018 og ligge til grunn for prioritering av tjenesteendringer. Områdeplaner i versjon 1.0 skal foreligge innen 1. november 2017 og godkjennes av Helse Sør-Øst RHF før styrebehandling i eget helseforetak.

Oslo universitetssykehus har gjennomført møte med Helse Sør-Øst knyttet til IKT-områdeplan 2017-2021. Videre har Oslo universitetssykehus mottatt informasjon fra Helse Sør-Øst i Regionalt IKT-ledermøte og Regionalt IKT-porteføljenettverksmøte om IKT-områdeplaner 2018-2022. Områdeplan for informasjons- og kommunikasjonsteknologi ved OUS HF 2018-2022 ble behandlet som del av Styresak 73/2017 «Budsjett 2018» 15. desember 2017.

Helseforetakene skal sammen med Sykehuspartner etablere plan for sanering og konsolidering av applikasjonsporteføljen og innføring av

infrastrukturmodernisering innen 1. mai 2016. Planen skal være godkjent av Helse Sør-Øst RHF.

Oslo universitetssykehus har allerede gjennomført slik sanering og konsolidering av applikasjonsporteføljen som del av infrastrukturmoderniseringsprogrammet (IMP) som ble avsluttet i 2016. Sanering og konsolidering av hovedsystemene innenfor radiologi- og laboratorieområdet er ikke gjennomført grunnet forsinkelser i etablering av regionale løsninger på disse områdene.

Innkjøp og logistikk

• Annen oppgave 2017

Helseforetaket skal etablere rutiner og rapportere på nye måleparametere fra første tertial 2017. De nye rapporteringene skal inngå i den ordinære rapporteringen fra helseforetaket til det regionale helseforetaket, og innebærer at helseforetaket etter-registrerer lokale avtaler inngått i 2016 i Innkjøpsportalen. Helseforetaket skal fortsette arbeidet med etablering av rutiner for utarbeidelse av lokale målsettinger og forbedringsarbeid knyttet til nye og etablerte målinger.

OUS innkjøp har registrert lokale avtaler i innkjøpsportalen siden 2013, så OUS innkjøp hadde ikke behov for å etter registrere avtaler. 30. oktober 2017 godkjente Styringsgruppemøte Forbedring av driften til OUS 2017-20 «Prosjektet bedre kontroll og redusere innkjøpskostnader» (vedlagt mandat til info). Som en del av prosjektet inviteres OSS innkjøp til klinikkens ledermøter, der vi gjennomgår en analyse av innkjøpsområde (vedlagt eksempel fra AKU til info). I tillegg beskriver mandatet at det skal utvikles og etablere et styringsverktøy (LIS). samt et bedre oppfølgingsregime innenfor innkjøpsområdet .

Helseforetaket skal i samarbeid med det regionale helseforetaket etablere en god bestillerfunksjon opp mot Sykehusinnkjøp. Helseforetaket skal tilrettelegge for at rollen kan videreutvikles og bidra til at Sykehusinnkjøp utvikler seg og understøtter driften i helseforetaket. I dette ligger blant annet å bidra til at det settes utviklende krav til Sykehusinnkjøp, og at helseforetaket skal sørge for å tilrettelegge for brukerinvolvering i alle anskaffelsesprosjekter for å sikre forankring og bruk av inngåtte avtaler i helseforetaket.

Sykehusinnkjøp og OUS skal ha månedlige møter, der agendaen er status på anskaffelser. Målsettingen for 2018, er å følge leveransene tett og iverksette korrektive tiltak, der vi ser at leveransene uteblir. Når OUS ved Innkjøpssjef mottar en forespørsel fra Sykehusinnkjøp om oppnevning av en prosjektdeltaker sendes forespørselen til aktuelle seksjonsledere og avdelingsledere med kopi til klinikkledere, økonomiledere og evt regionalt og lokalt produktrådsmedlem. Selv om det kan være krevende å fristille en kritisk ressurs til å delta i en anskaffelse opplever vi at de fleste klinikkene anser dette som så en så viktig oppgaven at den prioriteres. Vi påpeker også viktigheten av å oppnevne riktig prosjektdeltaker i de klinikkvise gjennomgangene.

Det forventes at det påbegynte endringsarbeidet i helseforetaket med hensyn til målbildet for vareflyt videreføres i 2017. Helseforetaket bes særskilt om å sette av ressurser i forbindelse med implementering av nytt forsyningscenter.

Helseforetaket skal bidra med ressurser/kompetanse inn i implementeringsprosjektet for etablering av nytt forsyningssenter for å sikre at helseforetakets behov blir ivaretatt i ny forsyningssløsning og sikre implementering mot eget helseforetak både under testing og oppstart i 2017.

OUS hadde en god og bred innvolvering i implementering av nytt forsyningssenter. Både det tekniske (bestillinger) og det praktiske (sentralt varemottak) fungerte i forhold til de oppgavene OUS skulle teste og implementere. utfordringene som har påvirket HF-ene er stort sett knyttet til IT relaterte problemstillinger i lagersystemet på Berger (nytt forsyningssenter). Systemoppsettet er komplekst med avanserte tilpasninger for forsyningssløsningen (vedlagt e- post fra logistikkansvarlig i SP/HSØ til info).

Helseforetaket skal bidra med relevante ressurser i felles forum for bedre utnyttelse og utvidet bruk av regionalt ERP-system. I dette ligger blant annet forberedelsesaktiviteter for helseforetak som ikke har tatt i bruk løsningen og optimalisering av bruk av systemet for de helseforetak som benytter systemet. Dette arbeidet skal bidra til at regional ERP-løsning best mulig dekker alle helseforetakenes behov.

Oslo universitetssykehus HF deltar med ressurser i etablerte felles forum for bedre utnyttelse og utvidet bruk av regionalt ERP-system. OUS har bistått med dedikerte ressurser til å lese gjennom og godkjenne løsningsbeskrivelser for å tilpasse løsningen OUS sine behov.

Lojalitet til avtaler

- **Annen oppgave 2017**

Helseforetaket skal sikre at alle som foretar innkjøp på vegne av helseforetaket følger de avtaler som er inngått for kjøp av varer eller tjenester.

Ifølge den tertialvise HSØ rapporteringen er avtaledekningen for 1. og 2. tertial 2017 på 82% (av bestilt beløp). Inntrykket er at de fleste avdelinger har et bevist forhold til å følge inngåtte avtaler. Avtalelekkasje (manglende avtalelojalitet) er ikke enkelt å fange opp, en skal ha detaljert produktkunnskap for å vite om det finnes et avtaleprodukt som dekker behovet. Gjennom klinikkvise analyser, utvikling av et rapporteringsverktøy og enda bedre oppfølging forventer jeg at avtalelekkasjer av vesentlig karakter vil bli avdekket.

I dag informere OUS innkjøp om nye avtaler på innkjøp sin hjemmeside, publiserer i OUS Ukesnytt og sender e-post direkte til brukere og alle iProc bestillere.

Informasjonssikkerhet

- **Annen oppgave 2017**

Oslo universitetssykehus HF skal sørge for tilfredsstillende informasjonssikkerhet med utgangspunkt i vurdering av risiko og sårbarhet samt oppfølging gjennom internkontroll.

I forkant for nye og endrede databehandlinger og IKT-løsninger gjennomføres risikovurderinger for å avklare om restrisiko kan aksepteres ved gjennomføring av ønsket endring. Dersom restrisiko ikke kan aksepteres, gjøres endringer eller innføres tilleggstiltak før ønsket endring gjennomføres. Ved MTU etablert i sykehusnettverket, er det gjerne i prinsippet ikke akseptabel restrisiko. Dette kompenseres ved etablering av MTU i egne MTU-soner, for å likevel kunne innføre MTU, som er viktig for pasientsikkerheten, samtidig som MTU-sonen begrenser konsekvenser ved for stor restrisiko.

Det gjennomføres flere former for revisjon, inkludert sykehusomfattende revisjon ved hjelp Questback som dekker essensielle spørsmål knyttet til personvern og informasjonssikkerhet, samt stedlig revisjon der risikovurdering gir grunnlag for det. Videre er avviks- og forbedringssystemet Achilles i bruk sykehusomfattende også for avvik innen personvern og informasjonssikkerhet.

Helseforetakene skal innen utgangen av første kvartal 2017 sørge for at felles regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet er innført i eget dokumentstyringssystem.

Felles regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet ble implementert i OUS samlede styringssystem i januar 2017.

KPP-data (kostnader på pasientnivå)

- **Annen oppgave 2017**

Helsedirektoratet fikk i 2016 i oppdrag å utrede og planlegge en løsning for nasjonale KPP-data (kostnader på pasientnivå) i NPR med sikte på etablering av en nasjonal KPP-database fra 1.1.2018. De regionale helseforetakene skal sørge for at alle helseforetak leverer data inn til den nasjonale databasen. Det forutsettes at det legges til rette for at KPP anvendes i det lokale forbedrings- og planarbeidet i helseforetak og private ideelle sykehus.

OUS deltar med ressurser i arbeidet med etablering av nasjonal KPP-database.

De regionale helseforetakene skal innen 1. november 2017 redegjøre for departementet for status for bruk av KPP i lokalt forbedrings- og planarbeid i helseforetakene. Helseforetak og sykehus i Helse Sør-Øst skal gi nødvendige opplysninger om dette etter nærmere henvendelse fra Helse Sør-Øst RHF.

OUS har så langt hatt hovedfokus på å levere nødvendige data til Helsedirektoratet for oppdatering av kostnadsvekter. Foretaket arbeider nå med å få forbedret den tekniske løsningen for å kunne tilgjengeliggjøre data internt, både til kvalitetssikringsformål og til klinikkene for bruk i forbedringsarbeidet.

Så langt har foretaket startet med å bruke løsningen til kostnadsberegninger på utvalgte områder og som bakgrunnsinformasjon i inntektsmodellarbeidet.

Det vises til brev fra Helse Sør-Øst RHF datert 4. oktober 2017 Oppdragsdokument 2017 - styringsbudskap om bruk av avvikssystem og klassifikasjonssystem som omtaler bruk av avvikssystemet i analyse av enkelthendelser, statistikk og risikoanalyser. I e-post av 20. oktober 2017 er det angitt at tilbakemelding på styringsbuskap kan gis som en del av årlig melding fra helseforetak/sykehus.

Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak for økt bruk av avvikssystemet i analyse av enkelthendelser, statistikk og risikoanalyser, og ta i bruk samme klassifikasjonssystem som meldeordningen til Helsedirektoratet for bedre utnyttelse av meldingene. Oslo universitetssykehus har i 2017 medvirket i Helsedirektoratets prosjekt En vei inn, med sikte på å samle de ulike meldepliktene på samme kommunikasjonsplattform. Følgende forbedringer er implementert pr 31.12.2017:

- Nasjonalt kodeverk for uønskede pasienthendelser (NOKUP) er implementert i Achilles. Oslo universitetssykehus har deltatt i utviklingen av NOKUP, og har benyttet kodeverket siden 1.1.2016.
- Nye rapporter for meldekultur pr. yrkesgruppe (sykepleiere, overleger, leger i spesialisering, bioingeniører osv.).
- Forbedret metode for årsaksanalyse av uønskede hendelser er under utprøving i forbedringssystemet.
- Forbedret evaluering / effektevaluering av forbedringstiltak.
- Nye rapporter for ledelsens oppfølging av tiltakene i det kontinuerlige forbedringsarbeidet.
- Gjennomgang av rapporteringen fra Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalgene til klinikkens ledermøter og Sentralt kvalitetsutvalg.
- Det grønne korset – en metode for daglig risikostyring er innført ved en rekke sengeposter.

4.1. Oppfølging av andre oppdrag

Det forventes at følgende som minimum omtales:

- ***Kvalitet i rapporteringer til nasjonale medisinske kvalitetsregistre***

Det er et stort fokus i Oslo universitetssykehus på rapportering av pasientdata til de nasjonale kvalitetsregistrene. For svært mange av kvalitetsregistrene er det en til dels stor økning av antall rapporterte pasienter fra 2015 til 2016, bl.a. til det Nasjonale traumeregisteret. For noen av de nasjonale kvalitetsregistrene er rapporteringen fortsatt for lav og dette arbeides det med, bl.a. Nasjonalt register for KOLS, Diabetesregister for voksne, Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi, Norsk register for gastrokirurgi og Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi.

DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT

5. UTVIKLINGSTRENDER OG RAMMEBETINGELSER

5.1. Faglig og demografisk utvikling

Oslo universitetssykehus har som visjon at vi sammen med pasientene utvikler morgendagens behandling. Foretaket skal sikre at alle pasienter tilbys likeverdige helsetjenester; likhet i tilgang, kvalitet og resultat. For å få dette til må sykehuset tilpasse sin virksomhet til de fremtidige demografiske utfordringene som befolkningsvekst, flere eldre, flere med innvandrerbakgrunn, sosioøkonomiske forskjeller og et større kulturelt og språklig mangfold.

Hovedstadsområdet er det området i landet som de kommende år forventes å ha den sterkeste befolkningsveksten. Oslo sykehusområde kan forvente en befolkningsvekst på 25 % frem mot 2035. Helse Sør-Øst har, sammen med Helse Vest, høyest forventet befolkningsvekst sammenlignet med landet for øvrig.

Utviklingen av sykdomsbildet og etterspørsel etter sykehustjenester framover vil påvirkes av følgende forhold:

- **Aldersutviklingen.** Omfanget av sykdommer og tilstander med økt forekomst over 65 år vil øke. For utviklingen på litt lengre sikt er det snakk om følgende bilde: Dersom en tar hensyn til befolkningsvekst og endring i aldersprofil tilsier prognosen at Oslo universitetssykehus HF vil stå overfor en samlet økning på nærmere 50 prosent i forekomst av de fire vanligste krefttypene i løpet av de neste 20 årene. Prognose for sykehusinnleggelse i Oslo universitetssykehus HF for alle hoveddiagnosene gir 20 – 50 prosent økning fram til 2035.
- **Økt overlevelse.** Overlevelsesgrad etter behandling av livstruende sykdommer og skader vil øke ytterligere. Dette vil føre med seg økt behov for rehabilitering, oppfølgende behandling, håndtering av bivirkninger og senskader. Pasienter som overlever alvorlig sykdom og omfattende behandling vil ofte være utsatt for andre sykdommer som også krever behandling. Her vil ikke minst det økte antallet kreftoverlevende være en viktig og ressurskrevende gruppe framover.
- **Antibiotikaresistens.** Antibiotika benyttes mye i behandlingen av svært syke pasienter. En økning av antallet antibiotikaresistente bakterier vil kunne medføre at infeksjoner ikke lar seg behandle effektivt med bl.a. negativ konsekvens for pasienter som gjennomgår kirurgiske inngrep og annen behandling.
- **Livsstil.** Endret livsstil fører til endret sykdomsbilde. Konsekvensene her er sammensatte. Livsstilsendringene er sterkt påvirket av sosial bakgrunn, arbeid og utdanning. Særtrekk ved sykdomsframkallende livsstil i vårt opptaksområde vil gjenspeiles av den sosioøkonomiske profilen i dette området (store sosioøkonomiske forskjeller). Fedme og livsstil som ligger bak dette, ser ut til å være hovedutfordringen framover.
- **Særskilte forhold.** For Oslo kommer spesielt utfordringer knyttet til særskilte forhold som stor konsentrasjon av enslige, stort antall mennesker med annen kulturell bakgrunn, sterk økning i antall barn og unge, mange innbyggere som er sosioøkonomisk ressursvake og mennesker med midlertidig opphold. Disse forholdene kan slå ut i form av relativt større utfordringer når det gjelder f.eks. psykisk helse og rus, livsstilssykdommer samt omfang og risiko for infeksjonssykdommer. I tillegg kan det bety større utfordringer når det gjelder samarbeid om omsorgsansvar mellom pasientenes hjemmemiljø og helsevesen. Disse problemstillingene ble ytterligere forsterket av strømmen av asylsøkere høsten 2015 og i 2016.

Prognosen (middels) fra Statistisk Sentralbyrå tilsier at Norge per 2035 vil ha 1,2 millioner innbyggere med innvandrerbakgrunn. En stor del av veksten forventes å komme i Oslo-området. Denne demografiske utviklingen gir nye helse- og kommunikasjonsrelaterte utfordringer. For helseforetaket innebærer økt kulturelt mangfold blant annet å håndtere ulike syn på helse, sykdom og behandlingsformer på en profesjonell og åpen måte som ivaretar respekten for pasientens verdissyn. Samtidig er det viktig å legge til rette for økt forståelse for det norske helsevesen og betydningen av helsefremmende arbeid blant større grupper av befolkningen.

Faglige retningslinjer og helseforetakets virksomhet vil i årene framover i stor grad påvirkes av ny kunnskap og en rask teknologisk utvikling. Sentrale faktorer er:

- Generelt en fortsatt vekst i ikke-kirurgisk intervensjonsmetodikk innen både diagnostikk og behandling.
- Mer spesifikke diagnosemetoder gjennom kombinasjon av ulike typer bildediagnostikk, avanserte analyser av vev og andre pasientprøver, samt den voldsomme utviklingen innen genbasert diagnostikk og til dels genbehandling. Nye analysemetoder gir mulighet for samtidig analyse av alle uttrykte gener (heleksomsekvensering) eller hele genomet (helgenomsekvensering). Dette gir grunnlag for mer presis diagnostikk og dermed mer persontilpasset behandling/presisjonsmedisin.
- Økt grad av glidning mellom ulike behandlingsformer, f. eks mellom ulike typer kirurgiske inngrep, ikke kirurgiske inngrep, ulike typer stråleterapi (kreft) og ulike typer medikamentell behandling, samt ulike former for integrering av trening og ernæringsmessige regimer. Kombinasjoner av ulike behandlingsformer, samtidig og i sekvens, endres.
- Kunnskap om nytte av gode og koordinerte pasientforløp der pasient og pårørende i større grad trekkes inn i beslutningsprosessene vedr. behandling og rehabilitering, vil endre arbeidsmåtene og samhandlingen innad i helseforetaket og mellom helseforetaket og andre sykehus og primærhelsetjenesten.
- Pasienter innen psykisk helse og avhengighet får i økende grad ulike spesialiserte og desentraliserte tilbud med stor vekt på tilrettelagt behandling ut fra pasientens alder og situasjon – såkalt arenafleksible løsninger.

I tillegg vil antakelig aldersgrensen for ulike typer behandling fortsatt forskyves, hvilket vil gi øket forbruk av helsetjenester. Nye prioriteringsforskrifter og beslutninger fra Nasjonalt Beslutningsforum vil påvirke helsetjenesten og endre bruken av spesialisthelsetjenestene. Nye nasjonale sykdomsspesifikke pakkeforløp med forløpstider ved kreft som ble implementert gjennom 2015, er også med på å endre logistikken i sykehusene og gir prioriteringsutfordringer. Det ventes nå tilsvarende utvikling med pakkeforløp innen psykisk helse, screening av tarmkreft, og i deler av 2017 har sykehuset hatt en ny forpliktelse i forhold til vaksinerings av gravide med rhesus negativ blodtype.

Funksjonsfordelingen mellom Oslo universitetssykehus og øvrige sykehus vil kunne endres noe, dels ved at svært kompetansekrevede teknologi sentraliseres til regionsykehuset, dels ved at etablerte regionsfunksjoner kan desentraliseres til andre sykehus. Dette gjelder for eksempel innen kreftbehandling, både kirurgisk behandling og onkologisk behandling (strålebehandling og medikamentell behandling), hemo-dialysebehandling, hjerneslagsbehandling. Fordeling av oppgaver mellom sykehusene inngår som en konkret del av Helse Sør-Øst sitt prosjekt for kapasitetsplanlegging i hovedstadsområdet. De regionale beslutningene er lagt til grunn sykehusets videre planer for utvikling. I tillegg samarbeides det bilateralt mellom sykehusene i regionen for å bedre forløpstidene. Et eksempel på dette er Oslo universitetssykehus` samarbeid med Sørlandet sykehus HF.

Disse utviklingstrekkene vil på flere områder gi konsekvenser for Oslo universitetssykehus` utvikling:

- De vil påvirke hvor spesifikk forståelse det er mulig å få av en lidelse og dermed hvor individuelt tilpasset behandlingsopplegg det er mulig å gi.
- Det vil påvirke hva slags kompetanse som involveres både i vurdering og behandling og i mange tilfeller kreve at det trekkes inn flerfaglige grupper i disse prosessene. Det vil forsterke utvikling i retning av ytterligere spissing av kompetanseområder og til dels flytte behov for kompetanse over på andre spesialiteter og faggrupper enn tidligere.
- Det vil legge grunnlaget for en endring av arbeidsdeling innen pasientforløp – med spisset, men teambasert vurdering, mer spesialiserte behandlinger i en fase, men også mer distribuert behandling eventuelt under ulike former for fjernveiledning. Et sentralt eksempel er økende bruk av tverrfaglige møter (MDT-møter) i beslutningsprosessen for pasienter som utredes for kreftsykdom.
- Det vil kunne føre til at behovene for døgninnleggelse ved vurdering og behandling reduseres i forhold til det en ren demografisk utvikling og sykdomsutvikling ville tilsi.

Mer konkret kan forhold som påvirker kapasitetsutviklingen ved Oslo universitetssykehus beskrives slik:

- Funksjoner og deler av pasientforløp som kan ivaretas like godt i primærhelsetjenesten eller på lokalsykehusnivå (der pasienten kommer fra annet sykehusområde eller tilhører et annet sykehus i Oslo sykehusområde) kan gjennomføres der (eks oppfølgende behandling og kontroller, rehabilitering og palliasjon, enklere terapi)
 - Samhandlingsreformen har ført til at antallet utskrivningsklare pasienter i helseforetaket er redusert.
 - Ved Samhandlingsarena Aker har tjenestetilbudet fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid, tidlig intervensjon, rehabilitering samt koordinering av behandling og oppfølging. Intensjonen er å selektere pasientgrupper /områder hvor pasientene profilerer på at tjenestenivåene samhandler og er samlokalisert.
 - Innen flere fagområder samarbeider Oslo universitetssykehus med andre sykehus om deler av pasientforløpet, hvor både utredning og oppfølging legges til lokalsykehus.
- Utviklingen innen teknologi og medisinsk og helsefaglig metodikk kan utnyttes offensivt til ytterligere å øke omfanget av bruk av dagbehandling og poliklinikk samt legge til rette for veiledning slik at undersøkelser og behandling kan gjøres av samarbeidende institusjoner.
- Både kronikere, kreftpasienter og eldre med funksjonssvikt kan knyttes opp mot mer planlagte og semiakutte forløp slik at presset på rene akuttforløp reduseres.
- Helseforetakets sengekapasitet vil konsentreres ytterligere om pasientgrupper med mer krevende oppfølgingsbehov i intensiv og observasjonsfaser.
- Arbeidsdeling mellom sykehusområder (utvikling av flerområdefunksjoner og nye regionfunksjoner), regioner (utvikling av flere landsfunksjoner) og utvikling av internasjonal arbeidsdeling vil påvirke kapasitetsbehovene i Oslo universitetssykehus.
- Bruk av IKT og e-Helse vil kunne redusere behovet for fysisk oppmøte
 - Den digitale utviklingen skaper forventninger og påvirker både arbeidsprosesser, behandlingsmetoder og sykehusets kommunikasjon med pasienter og pårørende. Det utfordrer sykehuset til å arbeide annerledes og bryte opp tradisjonelle prosesser og strukturer.
 - For sykehuset handler digitaliseringen ikke om teknologien i seg selv, men om å gi den enkelte pasient bedre behandling. For eksempel kan elektroniske verktøy for læring og mestring, muligheten for å registrere data direkte inn i egen journal og digital kommunikasjon med sykehuset gi en bedre totalopplevelse for pasientene. Slik kan pasienter få en større grad av trygghet og reell medvirkning i egen behandling.
 - Stigende forventninger fra pasienter og pårørende til digitale tjenester stiller samtidig store krav til sikre løsninger som både helsepersonell og pasienter kan ha tillit til.

5.2. Forventet økonomisk utvikling

Budsjettet for 2018 og de utfordringene det representerer, viser den balansen som er nødvendig mellom kortsiktige hensyn og utfordringer for å sikre gjennomføring av neste års oppgaver og oppdrag på den ene siden og hensynet til et mer langsiktig krav om en bærekraftig økonomi for Oslo universitetssykehus HF på den andre siden. Det økonomiske resultatkravet er fastsatt etter en dialog med Helse Sør-Øst RHF og innebærer et krav til forbedring av driftsøkonomien i størrelsesorden 3 – 3,5 prosent. For å gjennomføre resultatkravet må Oslo universitetssykehus HF øke aktiviteten samtidig som bemanningen i hovedsak må være uendret fra 2017.

Oslo universitetssykehus svekket sin økonomiske situasjon fra sammenslåingen i 2009 og frem til 2013 med en økende gjeld. Fra 2014 har helseforetaket hatt positive driftsresultat og de årlige overskuddene er med å finansiere investeringsbudsjettene. Helse Sør-Øst RHF har godkjent at foretaket bruker deler av budsjettet overskudd for 2017 og 2018 til å finansiere investeringer i budsjettåret. Oslo universitetssykehus HF budsjetterer for 2018 med et overskudd på 175 millioner kroner, noe som vil tilføre ytterligere likviditet til nødvendige investeringer. Budsjettet overskudd for 2018 er redusert med 88 millioner kroner som er effekt av nedskrivning/meravskrivning på Radiumhospitalet knyttet til nytt klinikkbygg. Dette forholdet har ingen likviditetseffekt. Resultatmålet for 2018, før effekt av nedskrivning/meravskrivning er dermed 263 millioner kroner. Planlagt bruk av et positivt resultat til investeringsformål i 2018 må ses i forhold til dette.

5.3. Personell- og kompetansebehov

Kompetanseutvikling, opplæring og god praksis blant foretakets ansatte er en forutsetning for en stabil virksomhetsgjennomføring med høy kvalitet over tid. Kompetansen blant de ansatte skal være fremtidsrettet, behovstilpasset og gjenspeile den faglige utvikling og holde høyt nivå sett i internasjonal sammenheng. De ansatte skal ha kompetansegrunnlag for etisk refleksjon. Det legges vekt på å ha systemer som legger til rette for at den enkelte ansatte skal kunne ivareta eget ansvar for oppdatert klinisk kompetanse. Helseforetaket har et bevisst og målrettet arbeid med ansettelse, tilbud om interne kliniske kompetanseprogram, videreutdanning/ spesialisering og etterutdanning for å sikre at medarbeiderne innehar og vedlikeholder den kompetansen som virksomhetsgjennomføringen forutsetter, nå og fremover.

Foretaket har i hovedsak kontroll på personellbehov og tilgang på kompetanse, men registrerer fortsatt viktige utfordringer særlig innen spesialsykepleiergruppene. Oslo universitetssykehus HF vil arbeide videre med analyser av behov for kompetanse knyttet til sårbare fagmiljøer - basert på utarbeidet oversikt over behov for kompetanse på kort, mellomlangt og lang sikt samt hvilke utfordringer og muligheter for forbedring som foreligger. Dette inngår i arbeidet med strategisk kompetanseutvikling som vil videreføres både på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. Utvalgte ansatte ved sykehuset har i 2017 fått opplæring i det nasjonale programmet for å fremskrive personellbehovet både overordnet og lokalt nivå innen ulike yrkesgrupper. Denne modellen skal brukes i 2018 for å utrede behovet for utvalgte yrkesgrupper ved bruk av ulike scenarier. God bruk av dette forutsetter fullføring av kartlegging av kompetanseprofilen til dagens ansatte.

Kompetansebehovet gjelder både større grupper, som visse ulike typer spesialsykepleiere, men også små, høyspesialiserte grupper inkl. enkelte legespesialister. Generelt kan det sies at sykehuset på lengre sikt ser tydelige konturer av et gap mellom kapasitet i utdanningssystemet og sykehusenes behov for rekruttering av folk med helsefaglig bakgrunn og helsefaglige

spesialutdannelse. Oslo universitetssykehus har for øvrig en god dialog med universitet og høyskolene i sitt område der vurdering av kapasitetsbehov er et tema. Vi ser likevel behov for at bedre sikring av noen av de kritiske og langsiktige behovene blir løftet opp på regionalt og nasjonalt nivå, og vil gjerne bidra med sykehusets innsikt til det.

Klinisk kompetanseprogram har tidligere vært forbeholdt sykepleiere inklusiv spesialsykepleiere. Deretter kom tilbudet også for andre helsefagsgrupper og ved utgangen av 2017 har alle helsefagsgrupper utviklet et eget klinisk kompetanseprogram. I 2018 skal kompetanseprogrammene harmoniseres og videreutvikles.

Det er utviklet egne interne kurs for traineesykepleiere i intensivenheter i regi av Akuttklinikken, som blir et fast kurstilbud til sykepleiere ved intermediærenheter fra våren 2017. I 2018 arbeides det videre med å implementere traineeordningen for andre yrkesgrupper i andre klinikker.

Lederutvikling

Oslo universitetssykehus har et obligatorisk lederutviklingsprogram for nye ledere. Lederprogrammet består av 10 dager med felles obligatoriske moduler og tre dager obligatorisk differensiert påbyggingsmodul tilpasset den enkelte leders behov. I tillegg inngår det klinikkvise lederopplæringsprogram tilpasset den enkelte klinikk. Et eget programråd evaluerer og foreslår forbedringer i lederprogrammet. Lederprogrammet for nye ledere ble videreført i 2017.

Utdanning

I 2018 vil Oslo universitetssykehus arbeide med å gjennomføre tiltak i ny klinikkovergripende handlingsplan, samt i de klinikkvise handlingsplanene gjeldende for 2017-18. Et viktig område i den klinikkovergripende handlingsplanen er innføring av ny spesialistutdanning for leger.

Regionalt utdanningscenter for leger i spesialisering skal videreutvikles. Det regionale utdanningscenteret har et stort og viktig mandat regionalt og nasjonalt, bl.a. skal det sammen med de tre andre regionale sentrene ha ansvar for å vurdere hvilke læringsaktiviteter som skal være nasjonale, regionale og lokale i det enkelte helseforetak, utvikle og operasjonalisere nasjonale og regionale læringsaktiviteter (e-læringskurs, veilederkurs, kommunikasjonskurs), samt overta alle obligatoriske kurs innen spesialistutdanningen fra Legeforeningen. For det regionale centeret ved Oslo universitetssykehus dreier dette seg om rundt 200 kurs pr år.

En viktig oppgave for Oslo universitetssykehus i 2018 vil være å planlegge for oppstart i mars 2019 av den nye spesialitetsstrukturen for 42 spesialiteter, samt få på plass IKT-verktøyet Dossier for vurdering av spesialistkandidater opp mot forskriftsfestede læringsmål. Oslo universitetssykehus må også tydeliggjøre antall stillinger for leger i spesialisering som helseforetaket kan tilby, knyttet til respektive læringsmål som sannsynligvis bare kan oppnås ved regionsykehusene. Det må gjennomføres en konsekvensanalyse av ny utdanningsmodell som grunnlag for estimering av ressursbehov. Arbeidet er prosjektorganisert for å sikre bred involvering i alle ledd.

I 2018 vil det fortsatt være behov for å styrke veiledningskompetansen i sykehuset, både for leger og for annet helsepersonell som skal veilede henholdsvis spesialistkandidater og studenter. Synliggjøring av ressurser til utdanning er også et prioritert område i handlingsplanen. Bedre oversikt over ressursbruken er viktig for å få til gode tiltak som styrker læring og kompetanse på

en måte som imøtekommer helseforetakets visjon om å være en fremragende lærende og skapende organisasjon.

Den viktigste delen av utdanningen skjer som en integrert del av den daglige virksomheten. Læringskulturen på den enkelte avdeling er en suksessfaktor med hensyn til hva studentene lærer. Handlingsplan for utdanning 2017-2018 har fokus på mange elementer som vil kunne være virkemidler for å stimulere til å skape gode læringsmiljøer. Det er et betydelig økende behov for praksisplasser i regionen til sykepleierstudenter på bachelornivå. En viktig oppgave i 2018 er derfor å gå i dialog med både utdanningsinstitusjoner og Helse Sør-Øst for å synliggjøre problemstillingen og finne løsninger på denne utfordringen.

5.4. Status og utfordringer for investeringsområder

Bygg investeringer

Oslo universitetssykehus har nærmere 1 million kvadratmeter bygningsmasse. Av denne er omlag 270 000 vernet eller fredet. Det arbeides med planlegging av nye bygg både på Aker sykehus, Gaustad sykehus, Radiumhospitalet og Regional sikkerhetsavdeling, som etter plan skal erstatte mange av dagens bygg. De første byggene er forventet å være på plass i 2023 og neste fase mot slutten av 2020 tallet. På sikt er målbildet også å fase ut resten av Ullevål sykehus og SSE som i dag ikke inngår i byggeprosjektene. Frem til nye bygg er på plass, så må foretaket oppgradere og vedlikeholde byggene. Dette gjelder også det som betegnes som virksomhetskritisk infrastruktur og produksjonsstøttesystemer (strøm, vann, kjøling, alarmanleggmm), alt for å sikre forsvarlig drift. Det legges årlige planer for dette basert på tilstandsgrad og kritikalitet. Disse ses sammen med årlige planer for medisinskteknisk utstyr, IKT og virksomhetens behov for oppgradering og vedlikehold av eksisterende bygningsmasse. De årlige planene er en del av flerårige planer, feks innen strømforbedring eller hele bygg slik som bygg 3 og 7 på Ullevål sykehus der det har vært gjennomført oppgraderinger og lukking av avvik fra 2012. Bare i disse to byggene er det investert for flere hundre millioner kroner de siste årene. Byggene fremstår nå som vesentlig forbedret og vil kunne understøtte god drift i mange år fremover. Dette er også positivt for de ansatte.

Bygginvesteringene har ulike finansieringskilder; ordinære investeringer, omstillingsinvesteringer og de såkalte fase II investeringene som skal bidra til å lukke de største og mest alvorlige avvikene knyttet til tilsyn. Hver av disse er kort omtalt under.

Ordinære investeringer

I hovedsak skal ordinære investeringer dekke tilpasninger til medisinskteknisk utstyr og IKT, virksomhetstilpasninger for klinikkene, havarier på bygg samt generell oppgradering og vedlikehold av bygg og produksjonsstøttesystemer for samtlige lokalisasjoner i Oslo universitetssykehus. For 2017 er dette budsjettet 235 millioner kroner. Pr november er prognose for året på 111 millioner kroner. Årsaken til dette er at det bevisst er holdt igjen på investeringer knyttet til økonomisk usikkerhet for fase II. De fleste av prosjektene vil gjennomføres i 2018 og medfører overheng. Under kommer en enkeltbeskrivelse av mange av de viktigste prosjektene

Omstillingsinvesteringer

Omstillingsinvesteringer er oppfølging av etableringen av Oslo universitetssykehus HF i 2009. I hovedsak knyttes prosjektene til samling av funksjoner på færre steder enn tidligere. Intensjonen har vært å flytte døgn og akuttfunksjoner fra Aker sykehus i hovedsak til Ullevål sykehus, og å samle regionale funksjoner til Rikshospitalet fra hhv Radiumhospitalet og Ullevål sykehus og konsekvenser av dette. Det gjenstod ca. 200 millioner kroner av omstillingsmidlene ved

inngangen til 2017, og av disse er ca. 150 millioner kroner forventet benyttet i 2017 og resten i 2018. (Samlet ramme var opprinnelig 1 575 millioner i 2012-kroner). De største prosjektene som nå pågår innen denne kategorien er tiltak for å sikre overflytting av inneliggende karkirurgi til Rikshospitalet, overflytting og samling av enkelte funksjoner i psykisk helsevern samt understøttelse av allerede overflyttet virksomhet til Rikshospitalet (generell intensiv, sterilsentraler m.fl.). Det er besluttet noen nye prosjekter som vil pågå i 2018 i tillegg. Dette dreier seg om utvidelse av nyfødtintensiv på Rikshospitalet, flytting av endokrinologi til Aker sykehus samt utvidelser av gastromedisin Ullevål sykehus. Innen Samhandlingsarena Aker er alle midler bundet opp i vedtatte prosjekter. De siste omfatter treningsarealer for Sunnaas. Med disse prosjektene forventes omstillingsmidler å være oppbrukt i løpet av 2018.

Fase II investeringer – lukking av avvik

Oslo universitetssykehus har i St prop 1 2015 blitt tildelt et lån på 1,2 milliarder over 4 år for å kunne lukke avvik knyttet til de største og mest alvorlige tilsynsavvikene fra Arbeidstilsynet, OBRE og DSB i hovedsak. Forutsetningen for dette lånet, er at Oslo universitetssykehus selv finansierer 30 %, noe som utgjør en årlig ramme på totalt 450 millioner kroner. Lånet er forutsatt anvendt til å lukke konkrete avvik på konkrete lokalisasjoner og skal sees opp mot tilstandsgrader i de enkelte bygg, som beskrevet i lånesøknaden. Det ligger en forventning fra HOD og HSØ om at de alvorligste avvikene er lukket når vi når vi kommer til slutten av planperioden. I utgangspunktet var planperioden satt fra 2016-2019, men det er grunn til å anta at dette vil strekke seg inn i 2020/2021. I hovedsak lukkes avvik innen kategoriene HMS, brann og strøm der den største andelen er på Ullevål sykehus, men også Radiumhospitalet og Aker sykehus. Det gjøres også tiltak for å sikre og forbedre infrastruktur på Ullevål sykehus og Radiumhospitalet.

I 2017 har det vært en mer krevende styringsdialog som har medført usikkerhet for fase II investeringene. Dette har både omhandlet godkjenning av tiltak i enkeltbygg og Oslo universitetssykehus egenandel i byggprosjektene. Sykehusbygg benyttes til gjennomgang og kontroll av gjennomførte og planlagte prosjekter. De har benyttet en strengere definisjon enn Oslo universitetssykehus i ft hva som er avvikslukking. Dette har ført til en egenandel utover planlagte investeringer i 2017 på antatt 115 millioner kroner. Dette beløpet er fortsatt ikke endelig avklart.

For 2017 er det en budsjetttramme på 450 millioner kroner. Revidert prognose for 2017 er på ca. 380 millioner kroner, grunnet en forsinkelse i strømprosjektene. Budsjettet for 2018 er lagt på 400 millioner kroner. Det er grunn til å anta at dette beløpet er noe høyt, da man fortsatt ikke har avklart hvilke av de planlagte prosjektene for 2018 som vil bli godkjent av Helse Sør-Øst RHF for gjennomføring.

Under følger en beskrivelse av mange av de største prosjektene som er gjennomført i 2017 og som planlegges gjennomført i 2018 per lokalisasjon.

Radiumhospitalet

I 2017 har det vært arbeidet med å flytte nucleærmedisin til bygg F, oppgradering av Linac 9 og 10, flytting og samlokalisering av brystdiagnostisk senter, etablering av midlertidig poliklinikk i A og B bygget, samt etablering av instrumentvaskemaskiner på operasjon som de viktigste. Radiumhospitalet vil i 2018 måtte starte opp en rekke prosjekter som er en forutsetning for at nytt klinikkbygg skal kunne realiseres, de såkalte rokadeprosjektene. Til sammen er dette ca 12 prosjekter, av midlertidig eller varige løsninger for virksomheten, som må være ferdige innen byggene skal rives. I tillegg starter kontorisering av bygg F, samt etablering av hvite garderober i BU3. Brannreduserende tiltak i A, B og C samt etablering av rømningsveier må også startes opp i

2018. I tillegg vil arbeidet med tilpasning til medisinsk teknisk utstyr fortsette inkludert Linac 8 som de viktigste.

Rikshospitalet og Gaustad sykehus

I 2017 har det i hovedsak vært arbeidet med tilrettelegging av inneliggende karkirurgi i D7, ombygging av sterilsentralen, utbedring av luftsmitteisolater, forskningsbiobank og diagnostisk biobank, samt flytting av tidlig psykose til Gaustad fra Majorstuen. Både sterilsentral og D7 vil fortsette inn i 2018. Det startes også opp et arbeid med utvidelse av nyfødtintensiv, samt en rekke mindre virksomhetstilpasninger for klinikkene som de viktigste. Ved Rikshospitalet vil det i tillegg til nødvendig vedlikehold av tak, fasader mm, måtte starte utskifting av grunnleggende produksjonsstøttesystemer som går ut på alder. I dette ligger blant annet brannvarsling, kjøleanlegg samt utskifting av en sengevaskemaskin.

Ullevål sykehus

I 2017 har man oppgradert og lukket avvik på en rekke pasientarealer både i bygg 7 og i bygg 3. Dette gjelder orto og gastro, akuttgeriatri, infeksjonsmedisinsk og lungemedisinske poliklinikker mm. Det er jobbet med IKT rom og tilpasning til en rekke medisinskteknisk utstyr deriblant CT-Barn og CT-nevro. Det er store avvik i Ullevåls bygningsmasse og det har vært arbeidet med en rekke strømprosjekter for å sikre forsvarlig drift samt lukket avvik på kjøleinstallasjoner (R 22) og supplert opp kapasitet på kjøling i sentrale bygg. Dette arbeidet har vært krevende og forutsetter tett koordinering med drift og virksomheten for å få dette til. Det er også montert ny medisinsk trykkluftsentral som understøtter en rekke bygg og funksjoner. I 2018 vil arbeidet med infrastruktur fortsette. I tillegg vil man legge til rette for en utvidelse av gastrokopilaboratorium i bygg 6, en utvidelse av AMD-poliklinikken, samt tilrettelegging av et asfyksirom som de viktigste tiltakene for virksomheten. I tillegg vil man fortsette å lukke avvik i en rekke av byggene. Sistnevnte er under gjennomgang og godkjenning fra Helse Sør-Øst slik at det er litt usikkert hvilke av byggene og tiltakene man går videre med. Blant tiltak til vurdering er bygg 8 (kvinnebygget), der det foreligger et forprosjekt med estimater for et omfattende arbeid som innebærer fasader med nye vinduer, ventilasjon, strømavvik samt brannreduserende tiltak. I tillegg foregår det i disse dager en grundig vurdering av kjøkkenet som har store avvik og som ikke kan drives videre slik det er i dag uten større investeringer. Det gjenstår også noen sengeposter og kontorarealer både i bygg 3 og 7 som ikke har vært gjenstand for den oppgraderingen som de øvrige postene i disse byggene. Blant disse nevnes; gastropoliklinikk, ortopedi (tann kjeve), medisinsk intensiv med flere. Flere av disse vil trolig nedprioriteres til fordel for andre bygg, men dette er under vurdering.

Aker sykehus

På Aker er det i 2017 jobbet med å lukke en rekke avvik, spesielt innen elektro og HMS. I 2018 vil utskifting av kjølemaskiner med kjølemediet R22 og som en del av samhandlingsarenatiltakene, vil treningsarealer for Sunnaas bli ferdigstilt. Det vil arbeides med å lukke avvik på en rekke bad, samt brannoppgraderinger i bygg 4 og 12. Det vil videre tilrettelegges for flytting av endokrinologi fra Ullevål og Lipidklinikken fra RH, begge deler skal inn i bygg 6 ved Aker. I tillegg gjøres det et forprosjekt for å legge til rette for flytting av en stenkuser og oppgradering av operasjonsstue til økt dagkirurgi, samt oppstart av sterilentraloppgradering.

Andre lokalisasjoner

Ous har en rekke lokalisasjoner i tillegg til hovedlokalisasjonene. Blant de viktigste prosjektene vil man finne mindre vedlikeholdstiltak ved SSE voksenposten i påvente av mer permanente løsninger, nødvendige sikringstiltak ved Dikemark, samt tilrettelegging for prehospital drift ved Lørenskog.

Planlegging av større byggprosjekter

Oslo storbylegevakt

Oslo kommune ved Omsorgsbygg planlegger en ny storbylegevakt på Aker. OUS skal leie omtrent halve arealet. I 2017 har seks medvirkningsgrupper og tre faggrupper med representanter for Oslo kommune og OUS utarbeidet et delfunksjonsprogram. Det har vært gjennomført et arbeid ved bruk av tjenestedesign for å identifisere og beskrive en hensiktsmessig pasientflyt for de ulike brukerreisene i ny storbylegevakt. Det pågår ledet av Sykehusbygg på vegne av HSØ i samarbeid med Oslo kommune og OUS en regulerings sak av hele sykehusområdet Aker inklusivt storbylegevakt overfor Plan og bygningsetaten Oslo kommune.

Prosjekter ledet av Sykehusbygg på vegne av HSØ:

Nytt klinikkbygg Radiumhospitalet

Våren 2017 fortsatte arbeidet med konseptfasen med stor medvirkning fra OUS. Styret i OUS vedtok 24.05.17 i sak 38/2107 Konseptfase nytt klinikkbygg Radiumhospitalet. Styret anbefaler Helse Sør-Øst RHF å vedta videreføring av prosjekt nytt klinikkbygg Radiumhospitalet. Styret anbefaler at alternativ 2 legges til grunn for etablering av nytt klinikkbygg Radiumhospitalet. I dette alternativet etableres nytt klinikkbygg i nord-øst.

Styret ber Helse Sør-Øst RHF om å anmode Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet om snarlig å avklare finansiering av universitetsareal i Radiumhospitalet. Styret i HSØ godkjente konseptrapporten 15. juni 2017 (sak 071-2017) og ba om at alternativ 2 legges til grunn for videre arbeid. Kostnadsramme ble bestemt. Høsten 2017 har det med betydelig medvirkning fra OUS blitt gjennomført et skisseprosjekt og laget en oppdatert økonomisk analyse. Nytt klinikkbygg har fått bevilgning i statsbudsjettet 2018. Det er i statsbudsjettpapirene avklart finansiering av universitetsarealer. Det foregår regulerings sak med Plan og bygningsetaten Oslo kommune.

Regional sikkerhetsavdeling

Våren 2017 ble arbeidet med fullføring av konseptfasen gjennomført med stor medvirkning fra OUS. Styret i HSØ godkjente konseptrapporten 15.06.17 (sak 070-2017) og fattet følgende vedtak:

Styret i Helse Sør-Øst godkjenner konseptrapport for ny regional sikkerhetsavdeling.

Styret mener det er svært viktig å etablere nye lokaler til regional sikkerhetsavdeling og anbefaler at ny regional sikkerhetsavdeling sammen med regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri prioriteres for utbygging på Ila.

Styret ber om at utbyggingstrinn 2 vurderes nærmere høsten 2017 slik at det blir avklart om samlokalisering på Ila.

Det er høsten 2017 utført tilleggsutredninger med stor medvirkning. Det har vært gjennomført studietur til tilsvarende institusjoner i Danmark og Sverige. Arbeidet viser at det er mulig å realisere byggetrinn 2 på Ila.

OUS mener at samtidig etablering av RSA, LSA, PUA og KPS er det beste alternativet. Tomten på Ila ligger innenfor marka. Det er dialog med Bærum kommune om dette og hvordan starte regulerings sak.

Regional sikkerhetsavdeling fikk under budsjettforhandlingene tildelt 33 MNOK til forprosjekt på statsbudsjettet 2018.

Aker og Gaustad

Det foregår regulerings sak med Plan og bygningsetaten Oslo kommune både for Aker og Gaustad. Styret i HSØ har besluttet konseptfase Aker og Gaustad i 2018. Det ble i desember 2017 startet planlegging av denne.

Protonsenter

Det er på statsbudsjettet 2018 bevilget penger til et protonsentert lokalisert til Radiumhospitalet. Protonsenter har vært et nasjonalt prosjekt styrt av Sykehusbygg med medvirkning fra OUS. Det arbeides nå med hvordan protonsentert og nytt klinikkbygg skal samkjøres. Under planleggingen av nytt klinikkbygg har det hele tiden vært medtatt et eventuelt protonsentert.

Prosjekt for tilstrekkelig behandlingsskapasitet de neste 5 -8 år

Prosjektet har i 2017 arbeidet med lokalisering av bl.a. urologi, endokrinkirurgi og endokrinologi. Det er utredet etablering av et elektivt kirurgisk senter på Aker basert på sammedagskirurgi (dagkirurgi og kirurgi med kort liggetid) og bruk av 11 operasjonsstuer 5 dager i uken, og samling av øyeblikkelig- hjelp- funksjoner og «tyngre kirurgi» ved Ullevål sykehus og Rikshospitalet.

Avdeling for endokrinologi, sykkelig overvekt og forebyggende medisin vil i 2018 bli samlet på Aker, med unntak av spesialisert endokrinologi som fortsatt blir værende ved Rikshospitalet. Endokrinkirurgien fortsetter samlet på Aker. Det arbeides for at deler av urologien flyttes fra Aker til Ullevål for å kunne ta ned øhj. funksjoner og ulike støttefunksjoner på Aker når store deler av karkirurgien flyttes fra Aker. Hovedutfordringen i 2018 er å etablere en sengeenhet på Ullevål for urologisk virksomhet. Det pågår et utredningsarbeid hva omkostningene vil være som vil behandles i ledermøtet primo 2018..

Medisinsk-teknisk utstyr

Innen medisinsk-teknisk utstyr er behovet for utskiftninger fortsatt betydelig. Det er siste året bare gjennomført helt nødvendige utskiftninger av utstyr, noe som vil videreføres også i 2018. De investeringer som er gjort i 2017 bl.a. i Klinik for laboratoriemedisin har hatt meget positive effekter på kapasitet, kvalitet og driftseffektivitet. Innenfor radiologi- og laboratorietjenester er det mange medisinsk tekniske utstyrsenheter, og Klinik for laboratoriemedisin presenterte i 2017 alene et investeringsbehov på over 200 mill. Radiologi har pr. tidspunkt en utstyrsportefølje med en verdi av nærmere 900 millioner kroner hvorav 33 % av utstyret er 10 år eller eldre. Den høye alderen på utstyret medfører høy risiko for sammenbrudd og avbrudd i tjenestetilbudet, og reduserer mulighetene til å ta opp nye og bedre metoder i pasientbehandlingen. Dersom sykehusets økonomiske langtidsplan innfris (med store årlige overskudd), vil målet om en snittalder for medisinsk-teknisk utstyr på 7-8 år kunne oppnås ca. 2025.

Det er også viktig å holde standarden på dagens operasjonsstuer i hevd inntil nye bygg er en realitet – herunder nødvendig oppgradering av robotkirurgi-utstyret som er budsjettet i 2018. Når investeringsmulighetene er små, er det utfordrende å finne mulighet til nye teknologiske løft, fortsette flåteutskiftninger som anesthesiapparater og kostnadskrevede utstyr som LINACer. Sykehuset mener å ha snudd en negativ trend, men for en nødvendig utvikling av sykehuset vil det på sikt ikke være tilstrekkelig med erstatninger for en nedslitt utstyrspark.

Salg av eiendommer

I 2017 ble det gjennomført kun et salg, dette gjaldt en del av sykehusets tomt langs Ring 2 ved Sykehusapoteket på Ullevål sykehus (gnr 47 bnr 342, Kirkeveien 166) til Oslo kommune. Oslo

kommune ønsket arealet for etablering av gang og sykkelvei, og Oslo universitetssykehus HF mottok 10 000,- kr for eiendommen.

6. PLANER FOR UTVIKLINGEN

6.1 Pasientbehandling

Oslo universitetssykehus startet arbeidet med Utviklingsplan 2035 i mai 2017. Det ble etablert et prosjekt som eies av VAD Stab Fag, pasientsikkerhet og samhandling. Fagdirektør medisin er prosjektleder og Fagdirektør helsefag er assisterende prosjektleder. En formell styrings- og prosjektgruppe ble også etablert i henhold til mandatet. Arbeidet har spesiell fokus på satsningsområder i henhold til regionale føringer fra Helse Sør-Øst RHF.

Arbeidet tar utgangspunkt i «Veileder for arbeidet med utviklingsplaner» fra Helse Sør-Øst RHF. Prosjektet ble delt inn i to faser, hvor den første fasen bestod av en interessentanalyse, gjennomgang av strategiske dokumenter og beskrivelse av nåsituasjon. Ved slutten av den første fasen i august ble det arrangert et seminar med eksterne interessenter og samarbeidspartner i henhold til interessentanalysen.

I september 2017 gikk prosjektet inn i sin andre fase ved opprettelse av 17 arbeidsgrupper (5 klinikkspesifikke, 6 sykdomsspesifikke og 6 foretaksovergripende). Samtlige arbeidsgrupper fikk i oppdraget å beskrive fagets utvikling, sykdomsutvikling og organisering av tjenesten i en mellom langsiktig (-2025) og et langsiktig perspektiv (-2035). Organisering av tjenesten skulle blant annet omhandle bruk av ny teknologi, nye digitale løsninger, intern og ekstern samhandling. Arbeidsgruppene ble bedt om å beskrive konkrete tiltak for å utvikle morgendagens helsevesen sammen med pasienten.

Arbeidsgruppene har levert sine delrapporter i desember 2017. Prosjektgruppen skal i løpet av januar 2018 sammenstille et utkast til utviklingsplan basert på delrapportene og sammen med arbeidsgruppene. Etter planen skal et utkast til utviklingsplanen sendes til høring i begynnelsen av februar 2018 med styrebehandling i april 2018 før leveranse til Helse Sør-Øst RHF 2. mai 2018.

I løpet av 2017 ble det gjennomført en bred intern og ekstern forankring av utviklingsplanarbeidet med foretakstillitsvalgte, hovedverneombud, brukerutvalget, ungdomsrådet, Oslo kommune og bydelene som tilhører sykehuset, sykehus i Oslo sykehusområde, pasientorganisasjoner, andre helseforetak i Helse Sør-Øst og utdanningsinstitusjonene. Prosjektledelsen deltok også på møtevirksomhet i forbindelse med utviklingsplanarbeidet på andre sykehus.

Helseforetakets ledergruppe og prosjektets styringsgruppe ble i 2017 løpende orientert om status av arbeidet med utviklingsplan.

Planer for utviklingen innen samhandling

- All utvikling på feltet oppgavedeling skal gjøres i dialog med brukerne. Oppgavedelingen skal bidra til at befolkningen drar nytte av helsetjenestenes egenart og komplementære kompetanse, og til at ressursene i helsetjenesten samlet sett, og innenfor hver enhet, brukes på en god måte. Spesialisthelsetjenesten skal ikke videreføre eller etablere oppgaver som kan løses i kommunehelsetjenesten.

- Mer avansert behandling enn før skal kunne gis i pasientens hjem, i et dynamisk og likeverdig samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste, kommunehelsetjeneste og pasient/bruker. Den teknologiske utviklingen, inkludert digitalisering og kommunikasjonsteknologi må fullt ut tas i bruk når oppgaver skal fordeles i fremtiden. Pasientens stemme skal systematisk etterspørres og lyttes til. Pasientens rolle skal styrkes, ved at pasienten etter evne og situasjon får oppgaver knyttet til å medvirke i eget behandlingsforløp og ivareta egen helse. Også her må tilgjengelige digitale verktøy tas i bruk, på en måte som styrker egenomsorg og mestring og forebygger overforbruk av helsetjenester. Fordeling av oppgaver må skje i et likeverdig, åpent samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste, brukere, kommunehelsetjeneste og fastleger. Privatpraktiserende avtalespesialister må med i samarbeidet. For å få til en ønsket omfordeling av oppgaver, må fagmiljøene utfordres til å bidra til endring. OUS må i hele planperioden ta hensyn til både begrensninger og muligheter knyttet til nåværende og planlagte geografiske plassering av funksjoner og bygninger. OUS ønsker å unngå *unødvendig* dublering av kliniske tilbud på og mellom alle nivåer i helsetjenesten.
- Oppgavedeling bør så vidt mulig være kunnskapsbasert. Det er viktig å styrke kunnskapsgrunnlaget, særlig der større omfordelinger av oppgaver finner sted. Det må legges til rette for felles forskning mellom OUS og kommunehelsetjenesten, hvor brukere deltar og kan initiere prosjekter. Effekt av endring i oppgaver og ansvar må dokumenteres. Ressurstilgangen i helsetjenestene (sykehus og primærhelsetjeneste) må utvikles koordinert, i et samarbeid, for å understøtte riktig oppgavefordeling.
- Ved all overføring av oppgaver må det avklares at nødvendig kompetanse er tilstede for dem som overtar ansvaret. Kunnskapsgrunnlaget som primærhelsetjenesten skal handle etter når nye oppgaver overføres, må utvikles i primærhelsetjenesten, i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. OUS ønsker å ha en aktiv rolle i utvikling av lovpålagt gjensidig veiledningsplikt i helsetjenesten.
- Gode pasientforløp er førende for oppgavedelingen. Pasientens diagnose avgjør ikke alene hvor i helsetjenesten behandlingen skal skje. Det er det pasientens egne prioriteringer, den samlede kliniske tilstand, og hvor vedkommende befinner seg i sykdomsforløpet, som avgjør. Forløpene må være effektive og sikre best mulig utkomme for pasienten. Pasienter som trenger det, har kontaktlege og koordinator.
- Det skal være klart for pasienter og helsearbeidere, nedfelt i samarbeidsavtaler og retningslinjer, hvem som gjør hva og hvordan ansvar overleveres i pasientforløp.
- Oppgavefordeling mellom sykehus og kommune bør regelmessig (planmessig) vurderes på en strukturert måte i etablerte samhandlingsfora. Oppgavefordeling og samarbeid må sikre rett-tidig diagnostikk (ikke for tidlig og ikke for sent) og tilpasset behandling. Vi vil bidra til å begrense overdiagnostikk og overbehandling (overforbruk av behandlingsressurser), og til å avslutte behandling som ikke tilfører pasienten verdi.
- En stor felles utfordring for helsetjenesten framover, vil bli å *angrense omfanget av oppgaver, samlet sett*. På den ene siden: *Nye tilbud* innen diagnostikk, behandling og oppfølging av sykdom må komme befolkningen til gode. *Samtidig* er det viktig å stimulere til dialog om hva som er best mulig forvaltning av begrensede ressurser. Befolkning, politikere og brukere vil ha store forventninger til hva offentlig helsetjeneste skal kunne tilby. Debatten om prioritering må ivaretas på en god måte. OUS har, som samfunnsaktør, en viktig rolle, både ved å delta i debatten sammen med sine brukere, men også og ved å fremme viktige tema i relevante fora på regionalt og nasjonalt nivå.

- En forutsetning for å få til endringer er at både sykehus og kommunehelsetjeneste får finansieringsordninger som understøtter dokumentert hensiktsmessig oppgavedeling og bruk av ny teknologi. Dette må starte helt fra begynnelsen av planperioden. Et eksempel er oppfølging av pasienter med KOLS. Det er dokumentert at bruk av «KOLS-koffert» bedrer pasientforløpet og er samfunnsøkonomisk besparende. Det samme gjelder modeller for Ambulant sårteam og Ambulerende team i palliasjon.

Nye samarbeidsformer

- Det er behov for å teste ut dynamiske samarbeidsformer hvor pasientene kan delta likeverdig i dialogen: Dialogmeldinger, felleskonsultasjoner, brukerstyrte tjenester. I noen fagområder, ikke minst psykisk helse, bør det vurderes å erstatte tradisjonell henvisning med en faglig dialog mellom fastlege og psykologspesialist/psykiater – i håp om å oppnå faglig dialog og at de rette pasientene velges ut til tilbud i spesialisthelsetjenesten. Innføring av pakkeforløpene innen psykisk helse vil gi anledning til å teste ut en slik modell. Økning av ambulant virksomhet er sterkt ønsket fra kommunens side, blant annet innen palliasjon og psykisk helse. En styrking på dette feltet vil kreve at det legges til rette økonomisk for alle parter. Det samme gjelder utvikling av hjemmesykehus, som også ønskes fra begge parter.

Elektronisk samhandling

- Det er et stort behov for utvikling av brukervennlige data-verktøy for helsearbeidere, i og utenfor sykehus. Dataverktøy må gjøre det enkelt for helsepersonell å dokumentere og dele dokumentasjon med andre. Verktøyene må understøtte samhandling og trygge pasientforløp. All dobbelføring av helseopplysninger og legemiddellister må opphøre. OUS er avhengig av utvikling og prioritering på nasjonalt nivå og vil følge nøye med på utviklingen av EIEJ (EnInnebyggerEnjournal). Denne kommer også til å ha en løsning for kommunehelsetjenesten, men vil ikke bli tilgjengelig før (tidligst) om 10-15 år. OUS vil derfor også fokusere på mer kortsiktige tiltak:
- **Utnytte fullt ut mulighetene som allerede foreligger**
 - Sørg for at meldinger til samarbeidsparter sendes når oppfølgingsansvar overleveres
 - Samme dags epikrise for alle pasienter
 - Integrere henvisningsstøtte i primærhelsetjenestens journalsystemer.
 - Bedre kvaliteten i journaldokumentasjon og elektronisk kommunikasjon (Eksempler: PLO – meldesystemet, henvisninger og epikriser)
 - Vedlikeholde e-resepter og legemiddellister
 - Skype-møter med samarbeidsparter
 - Dokumentere i og bruke kjernejournalen
- **Ta i bruk tilgjengelige løsninger i elektronisk samhandling med pasienter**
 - E-konsultasjoner
 - Sørg for at alle helsearbeidere er kjent med og kan veilede befolkningen i bruk av pasientportalene helsenor.no
- **Påvirke nasjonale prioriteringer vedrørende utvikling av elektronisk samhandling og prioritere nye løsninger så snart de foreligger.**
 - Dialogmeldinger lege til lege
 - Modeller som styrker brukerrollen

- For å lykkes i å utvikle pasientens helsetjeneste, vil OUS involvere brukerutvalg, ungdomsråd og klinikkenes brukerråd. Brukere skal delta i alle kliniske forskningsprosjekter, utvikling av pasientforløp og nye/endrede tjenestetilbud.
- Pasientforløpet skal preges av at pasienten gis mulighet til medvirkning og valg mellom mulige behandlingsalternativer. En av forutsetningene for å kunne medvirke er kunnskap om egen helse og sykehusets/helsepersonells tilrettelegging for medvirkning. Det skal legges til rette for selvstendighet og egenkontroll for de som ønsker og har kapasitet, slik at kapasitet kan nyttiggjøres pasienter med komplekse sykdomsbilder.
- Samvalg implementeres i pasientforløpene ved forbedring av pasient- og pårørendeopplæring, utvikling av digitale samvalgsverktøy og kompetanseheving i samvalg som kommunikasjonsmetode for at beslutninger kan tas i fellesskap. Legge til rette for medvirkning og individuelle tilpasninger. Eks: HIV-positive som håndterer sin helse, digitale pasienttjenester. Utvikling og forbedring av ambulant virksomhet, arenafleksible tjenester samt brukerstyrte senger og poliklinikker, hvor dette synes hensiktsmessig. Tilgjengelighet og fleksibilitet tas hensyn til i utvikling og planlegging av tjenestene, inkludert bedret universell utforming på sykehuset.
- Kvalitetssikre at samvalg som metode brukes i alle pasientforløp, der det er aktuelle valg pasienten skal presenteres for. Alt utviklings- og forbedringsarbeid inkluderer systematisk anvendelse av brukerundersøkelsen i OUS, PasOpp-undersøkelser, avvik og andre kilder til forbedring. Tematiske sentra – tilbud om diagnostikk og behandling for barn og unge samles rundt pasienten.
- Pasientbehandlingen gjenspeiler sykehusets mål om likeverdige helsetjenester. Behandling, informasjon og opplæring tilpasses pasienter og pårørende. Helsepersonell kjenner til mangfoldet av pedagogiske tilnærminger og metoder til ulike målgrupper, herunder barn som pårørende. Pasientbehandlingen skal være helhetlig. Dette innebærer å ta somatisk helse på alvor hos psykisk syke pasienter, samt avdekke psykisk sykdom hos pasienter med somatisk sykdom. Ved alvorlig sykdom hos omsorgsperson eller søsken, skal barn som pårørende ivaretas som en naturlig del av helsetjenesten.
- Utvikle systematisk bruk av innkallingsbrev, innkomst- og utskrivingsamtaler som verktøy for å skape trygghet og forutsigbarhet, og legge til rette for læring og mestring for pasienten og pårørende. Skriftlig informasjon, film, e-læring og sikker meldingstjeneste brukes systematisk i pasientforløp. Økt kunnskap om egen helse og medvirkning i behandlingen gir større grad av pasientsikkerhet. I pasientforløp skal det vurderes og synliggjøres hvor pasienter og pårørende har behov for kunnskap og ivaretagelse, og hvilke metoder som egner seg. Dette arbeidet skal gjøres sammen med brukere, i tillegg til involvert helsepersonell. Bygge allianser og samarbeid med brukerorganisasjoner, utdanninger og frivillighetssektoren. Forbedre pasientens mulighet for digital dialog med behandler, knyttet til pasientens personlige kunnskapsoversikt og helsepersonells EPJ. Ta i bruk digitale verktøy som smarttelefoner og nettbrett.

6.2 Utvikling av arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet

I januar 2017 kom ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Det arbeides videre satsninger og tiltak i henhold til veileder til forskrift for å sikre etterlevelse i hele sykehuset. For 2018 vil det være sentralt med større grad av planmessighet hvilket innebærer

mindre ikke begrunnet medisinsk variasjon i behandlingen av pasienter, involvering av pasienter i egen «pasientplan»

Nasjonal og internasjonal benchmarking med mulighet for forbedringsprosjekt

Etter at det internasjonale benchmarkingsprogrammet til Dr Foster Institute ble terminert, har Oslo universitetssykehus levert etter andre alternative løsninger. Det er på initiativ fra Kvinneklinikken vært en tilnærming mot en skandinavisk programvareleverandør for benchmarking av kvalitet og ressursbruk i helsevesenet. Det aktuelle verktøyet er foreløpig utviklet for utvalgte deler av helsetjenesten, hvor fødselsomsorgen er en. Andre områder er fedmekirurgi, diabetes, slagbehandling, spinalkirurgi og andre ortopediske operasjoner m.fl. Programvaren er tilrettelagt for korrigerende av ulike case mix ved forskjellige sykehus og er derfor meget interessant for Oslo universitetssykehus. Sykehuset vil i denne sammenheng kunne dra nytte av klinisk data-vare hus til innrapportering av data. Det utledes muligheten for et videre samarbeid i 2018.

Systematiske dødsfallsvurderinger

Systematiske vurderinger av dødsfall i Oslo universitetssykehus ble satt i gang i 2015. Målet var å etablere et godt system for fagmiljøenes egen vurdering av om det hadde vært problemer i helsehjelpen og eventuelle muligheter for forbedringer knyttet til dødsfall i sykehuset. Systemet er basert på at aktive klinikere vurderer pasientforløp i egen avdeling, men der de ikke selv har deltatt. I 2017 er det sendt ut 109 dødsfall til vurdering, og 71 var ferdig vurdert av både leger og sykepleiere per 20.12. Separate vurderinger gjøres i Achilles av leger og sykepleiere, og det er lagt til rette for elektronisk videreføring av vurderinger der det finnes muligheter for forbedringer til klinikkenes pasientsikkerhetsråd og for å generere rapporter. Det ble undervist om dødsfallsvurderinger i forbindelse med pasientsikkerhetsuken i november. I 2018 planlegges halvdagssamlinger hvor de som vurderer og ledere kan møtes og diskutere dødsfall vurdert til å ha muligheter for forbedring som kan ha allmenn interesse. Dette for diskusjon om tiltak på systemnivå som kan være relevante.

Det pågår også et forskningsprosjekt som bl.a. sammenligner to ulike retrospektive vurderingsmetoder knyttet til dødsfall i OUS i 2014. Det er inngått et samarbeid med kolleger fra Lovisenberg Diakonale høyskole og Akershus universitetssykehus HF for å få en uholdt dobbelt vurdering av en randomisert andel av dødsfallene. Resultatene og erfaringene med de ulike metodene vil på sikt kunne publiseres.

Pasientsikkerhet

Bruk av datagrunnlag og analyser fra uønskede hendelser, påviste avvik, påvisbare forbedringsbehov og tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende er sentrale elementer i å etablere en lærende organisasjon. I 2017 har det vært et betydelig arbeid med å utvikle Achilles slik at det dekker flere funksjoner i oppfølging- og forbedringsarbeidet. Det er utviklet en egen funksjon for registrering av dødsfallsvurderingene, en revisjonsmodul, HMS-oppfølging etter vernerunder og medarbeiderundersøkelser og klassifisering av klagesaker og SMS-brukertilbakemeldinger. Samlet har dette samlet, komplettert og forenklet hendelsesregistrering og tiltaksoppfølging på en svært effektiv og god måte som sikrer oversikt og prioritering av innsatsen. Det arbeides videre med ytterligere utvikling av funksjoner i Achilles for å understøtte sykehusets satsning på «det grønne korset - pasientsikkerhet hver dag» og daglig risikostyring i sykehuset. I tillegg vil det bli fokus på rapporteringsløsninger.

Det har i 2017 vært gjennomført en hendelsesanalyse hvor særlig alvorlig hendelse er blitt gjennomgått i detalj av en internt oppnevnt analysegruppe med formål å lete etter systemsvikt og rot-årsaker. Hendelsesanalysene har gitt oss innsikt og fakta fra daglig drift og har til dels

avdekket forhold og svikt i innretninger i sykehuset som ikke var kjent. Blant annet har Sentralt kvalitetsutvalg diskutert pasientsikkerhet i tilknytning til «Åpen retur». Det er avledet forbedringstiltak i etterkant av hendelsesanalysen. Det vil bli foretatt en evaluering av metodisk tilnærming i hendelsesanalysene etter hvert som sykehuset høster mer erfaring med metoden.

Det har gjennom 2017 vært diskutert nye arbeidsmåter etter evalueringen av sykehusets Sentrale kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg og de klinikkvise kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalgene. Arbeidet har vært knyttet opp mot Lov om spesialisthelsetjeneste § 3-4 kvalitets- og pasientsikkerhets-utvalg og interne nivå-1 dokumenter som beskriver utvalgenes mandat. Det har også tatt utgangspunkt i målsettingen om å se pasientsikkerhet, kvalitet og helse-, miljø-, og sikkerhet i sammenheng. Arbeidet griper inn i flere etablerte strukturer, funksjoner og møtearenaer. Det forventes en endelig beslutning om forbedret løsning primo 2018. I tillegg pågår et forbedringsarbeid knyttet til sykehusets system for risikovurderinger. Det innebærer både kompetansebygging hos ledere på metode, tids- og innholdsmessige justeringer på opplegget som hittil er benyttet i sykehuset.

Oslo universitetssykehus jobber videre med implementering av fokusområder og tiltak beskrevet i nasjonalt pasientsikkerhetsprogram. Kampanjens aktivitetsområder er fulgt opp gjennom ledelsens gjennomgang med klinikkene både 1. og 2. tertial. Vurderingen er at implementeringsgraden varierer betydelig. For 2018 må det derfor fortsatt være et trykk på gjennomføring av pasientsikkerhetsprogrammets aktiviteter og måling av oppnådde resultater. Blant annet vil administrerende direktør på sine pasientsikkerhetsvisitter be om å få se daglige pasienttavler/styringstavler og daglig risikostyring.

Det er i 2017 gjennomført 11 pasientsikkerhetsvisitter og av disse utledet 39 forbedringstiltak. I pasientsikkerhetsvisittene deltar administrerende direktør eller andre sentrale ledere. Ledelsen i klinikkene gjennomfører også egne pasientsikkerhetsvisitter.

I uke 46 arrangerte sykehuset en egen pasientsikkerhetsuke med ulike aktiviteter i alle klinikker og ved hoved-lokalisasjonene i sykehuset. Uken ble avsluttet med et pasientsikkerhetsseminar med innbudte foredragsholdere. Flere av sykehusets egne fagekspertene og ledere bidro til et vellykket arrangement.

Oslo universitetssykehus har som ambisjon at kompetanse og utvikling på pasientsikkerhetsområdet er en naturlig del av foretakets regionale og nasjonale rolle. Helseforetaket arbeider aktivt inn mot Kunnskapssenteret, Helse Sør-Øst, Statens Helsetilsyn, leverandører, andre helsevirksomheter og internasjonale fagmiljøer på flere fagfelt med betydning for kvalitet og pasientsikkerhet, herunder også meldeordninger, modeller for tilsyn, revisjon og læring. I tillegg vil helseforetaket, som en stor aktør med landsfunksjonsansvar og tunge kompetansemiljøer, spille en aktiv rolle inn mot fagpolitiske miljøer for bedre kvalitet og pasientsikkerhet ved spesialisthelsetjenesten i Norge.

6.3 Forskning og innovasjon

Forskning

Oslo universitetssykehus' Forskningsstrategi 2016-2020 har fem prioriterte hovedmål:

1. Skape flere fremragende forskningsmiljøer, basert på kvalitet og faglig bredde
2. Styrke den kliniske forskningen, i aktivt samarbeid med brukerne
3. Forbedre forskningsorganiseringen og styrke samarbeidet med universitets- og høyskolesektoren

4. Styrke vårt internasjonale samarbeid
5. Styrke forskning basert på bruk av forskningsbiobanker og medisinske kvalitetsregistre

Strategien følges opp gjennom rullerende handlingsplaner på overordnet nivå og i hver klinikk. Evaluering av både tiltaksgjennomføring og resultatoppnåelse fra handlingsplanen for 2016-2017 danner ett av flere grunnlag for revisjon av plan for neste periode, 2018-2020. Ny plan utarbeides primo 2018, og vil også basere seg på forskningsbehov i helseforetakets Utviklingsplan 2035. Både gjeldende forskningsstrategi og forskningsbehov i kommende Utviklingsplan 2035, er tett koblet opp mot prioriteringer i nasjonale planer, særlig HelseOmsorg21-strategien. Mål og tiltak er samordnet med Universitetet i Oslo, som er sykehusets viktigste samarbeidspartner innen forskning.

Humant biologisk materiale er uvurderlig for helseforskning. Materialet tilhører pasientene, som samtykker til bruken. Pasientene/brukerne har understreket at prøvene som samles til forskning, må brukes i størst mulig grad. Spesifikke biobanker som er tiltenkt et spesifikt forskningsprosjekt, utnytter ikke godt nok verdien i materialet fordi godkjenningen og varigheten er for snever. Oslo universitetssykehus ønsker i økende grad å etablere generelle prospektive biobanker. Det er igangsatt en prospektiv innsamling for kreft, og erfaringer fra dette vil brukes til innsamlinger fra andre sykdomsgrupper ved sykehuset. I fremtidens sykehus bør derfor prøver som samtykkes til bruk i forskning samles inn mer effektivt og være tilgjengelig for videre forskning ved hele sykehuset, potensielt også utenfor sykehuset i inn- og utland.

- Oslo universitetssykehus vil i 2018 fortsatt arbeide aktivt i det regionale servicemiljøet for økt dekningsgrad av de nasjonale kvalitetsregistrene, og for økt bruk av data til kvalitetsforbedringsarbeid og forskning.

Annen viktig infrastruktur for forskning er arealer, medisinsk teknisk utstyr og kjernefasiliteter. På disse områdene arbeides det videre med å styrke samordningen med Universitetet i Oslo. De fleste forskningsgruppene ved Oslo universitetssykehus er felles grupper med universitetet. Universitetets økte satsing på livsvitenskap gjør Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet til en stadig viktigere samarbeidspartner for mange forskningsgrupper ved Oslo universitetssykehus, samtidig som samarbeidet med Det medisinske fakultet styrkes ytterligere. Institusjonene er gjensidig avhengig av hverandre for å kunne utføre god helseforskning og forskning innen livsvitenskap. Det er eksempelvis svært viktig å samarbeide om løsninger for håndtering og analyse av store datamengder, som er særlig nyttig i forbindelse med presisjonsmedisin, som også er et nasjonalt satsingsområde for Helse- og omsorgsdepartementet.

Oslo universitetssykehus har stor oppmerksomhet på forskningsetikk. En revidert lov om forskningsetikk er vedtatt i 2017, der særlig det institusjonelle ansvaret for forskningsetikk er tydeliggjort, og institusjonene er pålagt en systematisk saksbehandling av forskningsetiske saker. Som følge av loven, etableres det primo 2018 et felles redelighetsutvalg for Oslo universitetssykehus HF, Institutt for klinisk medisin v Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo og Akershus universitetssykehus HF. Samordnet saksbehandling mellom universitetet og universitetssykehusene er begrunnet i den tette interaksjonen og overlappende organisering av forskningen gjennom felles forskningsgrupper, og kompleksitet i sakene som oppstår. Det stilles klare krav til institusjonene for opplæring av forskerne, og både helseforetaket og universitetet følger opp dette med utstrakt samarbeid om hensiktsmessig opplæring.

Oslo universitetssykehus er av eier gitt en særskilt rolle som ”nav” for forskning og innovasjon i regionen. Sterke forskningsmiljøer tar i økende grad ansvar for nettverksbygging, drift av

kjernefasiliteter og deling av kunnskap og resultater. De regionale forskningsstøttefunksjonene følges opp fortløpende sammen med Helse Sør-Øst, og i tråd med føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet vektlegges det nå særlig å styrke støttefunksjoner for kliniske studier, både i samarbeid med og uavhengig av industrisponsorer.

Innovasjon

«Det skal nytte å tenke nytt», står det i Oslo universitetssykehus' strategi for 2013-2018. Det er både en ambisjon og en forpliktelse som legges til grunn i den nye Innovasjonsstrategien for perioden 2018-2022. Innovasjonsstrategien har følgende strategiske hovedmål:

Oslo universitetssykehus skal:

- Skape innovasjoner som gir bedre pasientbehandling, og som kan nyttiggjøres av andre helseforetak, primærhelsetjenesten, eller spres gjennom kommersialisering.
- Ha en ledende rolle i utvikling av forskningsdrevet innovasjon.
- Være den foretrukne partneren for næringsaktører som vil samarbeide om utviklingen av fremtidens helsetjenester.
- Ta i bruk allerede tilgjengelig digitale løsninger, og være en spydspiss i utvikling av nye digitale løsninger for helsesektoren.
- Ha ledere som ser på innovasjon som en naturlig del av sitt linjeansvar.

Kvalifisert og tilstrekkelig arbeidskraft er den viktigste innsatsfaktoren i helse- og omsorgstjenestene, men vil bli en knapphet i årene fremover. Det vil kreve at arbeidet innrettes på nye og smartere måter som gir økt produksjon fra de samme innsatsfaktorene. Helsetjenesten er preget av sterk produktinnovasjon (nytt kirurgisk utstyr, nytt diagnostisk utstyr, nye legemidler, etc.). Stor produktinnovasjon og demografiske endringer stiller strenge krav også til tjenesteinnovasjon og nye måter å jobbe og kommunisere med pasientene på. Signaler om å flytte sykehusets prosesser og tjenester ut av sykehuset og nærmere pasientens hjem, gjør det nødvendig å utnytte mulighetene som ligger i digitale og tekniske hjelpemidler. For Oslo universitetssykehus blir det viktig å jobbe systematisk og godt med innovasjon på lokalt nivå, samtidig som vi bidrar med vår kapasitet og kompetanse på regionalt nivå. Skal vi lykkes med utvikling av pasientenes helsetjenester må det vises stor vilje til å prøve ut nye løsninger som vil utfordre dagens organisering, og arbeidsdeling mellom spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten, og pasienten selv.

Samarbeidet mellom sykehuset og næringslivet er under utvikling. Det blir viktig å finne modeller hvor kompetanse og teknologi fra både små og store selskaper kobles med sykehuset for å jobbe frem nye løsninger. Det skjer en endring fra de tradisjonelle anskaffelsene hvor sykehusene, basert på detaljerte kravspesifikasjoner utfordret markedet, til partnerskap hvor man samles rundt en problemstilling eller utlyste behov. Sykehusene er attraktive arenaer for testing og utvikling av både legemidler, medisinskteknisk utstyr, og nye digitale løsninger. For mange er det per i dag vanskelig å finne frem i sykehusstrukturen og få på plass de kommersielle vilkårene som må til for at dette skal være interessant for begge parter. Innenfor utvikling av legemidler er dette i større grad satt i system enn innenfor medisinskteknisk utstyr og digitale løsninger.

Ledere ved Oslo universitetssykehus må, som i andre organisasjoner, fordele sin tid mellom operative oppgaver og strategisk ledelse. Sammen med de ansatte og brukerne av sykehusets tjenester, er de tett på virksomheten og har ofte gode analyser av hva som fungerer og hva som ikke fungerer. Det er flere gode eksempler på at enkeltpersoner eller grupper av ildsjeler driver frem nye og innovative løsninger, men det er også eksempler på at gjennomførte prosjekter som viser gode resultater, ikke implementeres. For å øke gjennomføringskraften er det viktig at ledere etterspør og stimulerer til innovasjon, og at de igjen får støtte når de står i krevende

endringsprosesser. Innovasjon vil alltid innebære risiko og usikkerhet før nye og bedre løsninger tas i bruk, og ledere ved Oslo universitetssykehus må sammen se dette som en naturlig del av sin lederoppgave.

6.4 Kunnskapsutvikling og god praksis

Kunnskapsbasert praksis er et nasjonalt satsningsområde og Oslo universitetssykehus har understøttet helsepersonell gjennom arbeid med mini-metodevurderinger, kunnskapsbaserte fagprosedyrer, pasientforløp og veiledende behandlingsplaner. Ved årsskiftet ble det utlyst en sentral stilling for å øke innsatsen i pasientforløpsarbeidet i sykehuset. Stillingen skal i 2017 bidra til større samordning og forsterking av arbeidet som allerede gjøres innen pakkeforløp, pasient- og pårørendeopplæring, kunnskapsbaserte faglige prosedyrer og retningslinjer, pasientinformasjon og forbedring av henvisningsforløp for ulike pasientgrupper.

Arbeid med beskrivelser og forbedringer av flere pasientforløp skal drives frem slik at både faginnhold og logistikk holder høy standard. I pakkeforløpene / pasientforløpene skal ulike yrkesgrupper og fagmiljø bistå hverandre til å yte pasientrettet, effektiv og god behandling totalt sett. Dokumentert god tilfredshet blant pasientene i pasientforløpet er viktig, og koordinatorene følger pasientene og sørger for at pasientenes vei i forløpet følges/måles og forbedres. Det vil framover legges særlig vekt på pasienter skal sikres kunnskap om egen helse, ulike behandlingsvalg og mulighet til å medvirke som likeverdig part. Sykehuset ønsker derfor å utvikle og ta i bruk samvalgsverktøy i første omgang knyttet til to pakkeforløp. I tillegg vil prosess- og brukererfaringsindikatorer som inngår i kvalitetsbasert finansiering bli fulgt tettere opp, og det skal utvikles en plan for forbedring av utilfredsstillende forhold.

Sykehuset arbeider også videre med å utvikle «det gode pasientmøtet». Personell som gjennom mange år har vist seg som ekstra gode i pasientmøter skal brukes til faglig veiledning og løftes frem. Vilje til å stå nær pasientene, ekte serviceinnstilling og delt beslutningstaking er viktige elementer for god praksis. Likeså skilting, nettsider, pasientinformasjon og pasient- og pårørendeopplæring.

Sykehuset har fått egen internett/intranettside med verktøy for å arbeide kunnskapsbasert. Personalets arbeid i «Journal club» er utprøvd i noen avdelinger og verktøy for dette er tilrettelagt slik at stadig flere avdelinger, fag og spesialiteter kan arbeide kunnskapsbasert via denne metodikken. Det tilrettelegges for at arbeidet i Journal Club kan gjøres i fora som avdelingen allerede har etablert som rutine i avdelingen. Journal club er et godt supplement til avdelingenes arbeid med kunnskapsbaserte fagprosedyrer og mini-metodevurderinger.

Mini-metodevurdering har vært en vellykket innretning som kunnskapsbasert beslutningsgrunnlag for nye metoder. Metoden involverer bidrag fra ulike fagmiljø (klinisk fagavdeling, bibliotek, økonomi og ekstern fagfelle) og lederlinjen. Resultatene deles med andre i helsetjenesten gjennom ulike nettsider og kan også brukes inn i faglige prosedyrer og retningslinjer eller samlinger av faglige prosedyrer og retningslinjer i metodebøker innen en eller flere spesialiteter.

Kompetanseutvikling, opplæring og god praksis blant foretakets ansatte er en forutsetning for en stabil virksomhetsgjennomføring med høy kvalitet over tid. Kompetansen blant de ansatte skal være fremtidsrettet, behovstilpasset og gjenspeile den faglige utvikling og holde høyt nivå sett i internasjonal sammenheng. De ansatte skal ha kompetansegrunnlag for etisk refleksjon. Det legges vekt på å ha systemer som legger til rette for at den enkelte ansatte skal kunne ivareta eget ansvar for oppdatert klinisk kompetanse. Helseforetaket har et bevisst og målrettet arbeid med

ansettelser, tilbud om interne kliniske kompetanseprogram, videreutdanning/ spesialisering og etterutdanning for å sikre at medarbeiderne innehar og vedlikeholder den kompetansen som virksomhetsgjennomføringen forutsetter, nå og fremover.

Oslo universitetssykehus ønsker å øke og samordne innsatsen innenfor strategisk kompetanseutvikling. Det skal arbeides videre med å få et bedre bilde av kompetansesituasjonen gjennom bedre kompetanseregistre, analyser og framskriving av behov. Det vil være sentralt å få fram både utfordringen framover og hvilke virkemidler sykehuset rår over – felles for hele foretaket, for de enkelte klinikkene og i samarbeid med kommunehelsetjenesten, andre helseforetak og utdanningsinstitusjoner. Det vil bli arbeidet med planer og tiltak på områder som er særlig utsatt med hensyn til spesialisert kompetanse. Det tas sikte på et samarbeid med Helse Sør-Øst innenfor prosjekt strategisk kompetanseutvikling.

For leger er det laget enkle verktøy for å legge til rette slik at avdelingsledere bedre kan ha oversikt over hva leger bør ha av generell opplæring og sertifisering. Avdelingslederne kan i 2017 benytte verktøyene til et årshjul for opplæring av egne leger.

Metodevurderinger

I OUS er det totalt publisert 27 mini-metodevurderinger siden oppstart av arbeidet i 2013 og det er flere nye arbeider som ikke er ferdigstilt og publisert.

	2013	2014	2015	2016	2017	Sum
OUS	1	2	15	5	4	27
Samlet	2	7	21	11	7	48

Erfaringene hittil er at lederlinjen etterspør metodevurderinger som beslutningsgrunnlag, og en oppdatert kunnskapsoppsummering gir det aktuelle ledermøtet et blikk inn i aktuell klinisk problematikk. I sykehusets handlingsplan er det fastsatt at man ikke innfører vesentlig ny metodikk før de er vurderte i en metodevurdering. Sykehuset har også funnet det nyttig å vurdere mini-metodevurderinger utført ved andre sykehus og har faste rutiner for slik «gjenbruk». I forbindelse med tertialoppfølgingsmøter blir bruk av metodevurderinger etterspurt overfor alle klinikker.

Tendensen er likevel fallende hva angår nye initiativ. Alle mini-metodevurderinger gjøres av engasjerte klinikere som har sitt primæransvar i pasientbehandling, forskning og utdanning – derfor er det krevende å finne tid til å gjøre lokale kunnskapsoppsummeringer. Dernest er det flere eksempler på at ferdigstilte mini-metodevurderinger er blitt videresendt til nasjonalt nivå grunnet berøring med nasjonale behandlingstjenester og/eller andre nasjonale interesser. Dette er adressert gjennom brev til HSØ jan og juni 2017.

HSØ har etablert en regional kompetansetjeneste for metodevurdering ved Oslo universitetssykehus. Hovedoppgaven for kompetansetjenesten er å formidle og bygge opp kompetanse i helseforetakene gjennom metode støtte, rådgivning, veiledning og drift av et faglig nettverk/referansegruppe der man inviterer til halvdagsseminarer 2 ganger pr/år. Videre er kompetansetjenesten et viktig bindeledd i arbeidet med å etablere og formidle kontakt med relevante fagpersoner til å fylle rollen som fagekspert før saksbehandling i bestillerforum RHF og i ulike faser av nasjonale metodevurderinger.

I 2017 har vi utvidet referansegruppens møter til svært godt besøkte åpne seminar der vi i mai satte temaet «Nye metoder og forskning» på dagsorden, og 24. november tematiserte «Nye metoder og pakkeforløp».

Nasjonal helse- og sykehusplan 2016 – 2019

Oslo universitetssykehus ønsker å utarbeide en ny Strategiplan for 2018 – 2022 og ser fordelen med å benytte tilsendt mal for «utviklingsplan» som grunnlag i arbeidet. Mange av innholdselementene i utviklingsplanen er allerede beskrevet i andre strategiplaner og virksomhetsbeskrivelser, men utviklingsplanen gir sykehuset en mulighet til å samle disse og andre sentrale forhold i et sammensatt dokument som gjør det lettere å se sammenhengene i virksomheten.

6.5 Organisering og utvikling av fellestjenester

Økt styrbarhet og bedre grunnlag for ledelse sammen med bedre understøttelse av pasientforløp er sentrale hensyn bak organisasjonsendringene i Oslo universitetssykehus. En videre utvikling av den interne organisasjons- og ledelsesstrukturen i klinikkene er viktig for å få effekter på pasientbehandling, forskning og utdanning. Sentrale kriterier for vurdering av organisatoriske endringer er innføring av stedlig ledelse der hvor det ikke forekommer i dag, redusert kontrollspenn for ledere, sikre kortere lederlinjer og flerfaglig organisering (oppgaveløsning som styrende for organiseringen framfor fagspesialitet/yrkesbakgrunn).

Oslo universitetssykehus vedtok i 2016 organisasjonsendringer som en oppfølging av det store organisasjonsprosjektet fra 2015, der de ovennevnte formålene og hensyn var sentrale. Vedtakene ble for en del iverksatt i 2016, men flere organisasjonsendringer er også iverksatt i 2017: Omorganisering av Ortopedisk klinikk, som har etablert en avdeling for sin virksomhet på henholdsvis Rikshospitalet, Ullevål, Radiumhospitalet og Skadelegevakten. Omorganisering av Klinikk for radiologi og nukleærmedisin, som har fått en flat struktur med 11 avdelinger og dermed kortere vertikal avstand internt, og er organisert etter både geografi og funksjon på avdelingsnivå. Avdeling for kreftbehandling er omorganisert, og er mer oppdelt enn før ved en inndeling etter hver enkelt krefttype på seksjonsnivå. Ellers er det gjennomført eller vedtatt flere endringer av avdelinger.

Når det gjelder iverksettingen av vedtatte organisasjonsendringer i elektroniske systemer, er dette komplekst og tar tid, spesielt endringer som påvirker kliniske og pasientadministrative systemer. Det er nå igangsatt en generell utredning av problemstillinger som reiser seg i denne forbindelse.

For Oslo sykehusservice er det vedtatt endringer i organiseringen av tre virksomhetsområder fra 1.1. 2018; OSS Aker, Produksjon og transport og Anskaffelse og vareforsyning. OSS sin virksomhet på Aker skal fordeles og organiseres inn under de respektive, eksisterende funksjonsbaserte tjenesteområdene, og Renhold, Kjøkken og Logistikk blir avdelinger på nivå 3.

I Direktørens stab er det iverksatt organisasjonsendringer som bl.a. innebærer færre stabsområder og en sammenslåing av avdelinger innenfor henholdsvis Økonomi og HR/personal. Utviklingsarbeidet vil fortsette inn i 2018, både når det gjelder klinikkene og stabs- og støttetjenester.

6.6 Mobilisering av medarbeidere og ledere

Behovet for utdannede i helsesektoren er ventet å stige betydelig frem til 2035 i følge beregningene til SSB (HELSEMOD). Dette vil også påvirke Oslo universitetssykehus som

landets største helseforetak. Skal vi klare å dekke dette behovet er vi avhengig av at vi har et strategisk fokus på å sikre fremtidig kompetanse samtidig som vi holder fokus på turnover, god organisering og drift, og god ressursstyring.

HR har, i samarbeid med ulike fagområder og staber, utarbeidet en handlingsplan for rekruttering og profilering 2017-2018 som skal sørge for at vi jobber målrettet og systematisk for å sikre at Oslo universitetssykehus 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, karrieredager og ungdomsdager for å nevne noen.

Forskning, innovasjon og utdanning, HR og stab medisin og helsefag jobber nå, i samarbeid med aktuelle fagområder, med en egen handlingsplan knyttet til behovet for spesialsykepleiere spesielt da dette er et område med store og økende rekrutteringsutfordringer.

Klinikk psykisk helse og avhengighet deltar i det nasjonale programmet «Ledermobilisering» i 2017. Gjennom et ni måneders program får medarbeidere fra alle faggrupper med interesse for ledelse mulighet til å utforske hva det innebærer å være leder. Målet er å få flere til å velge ledelse som karrierevei, og dermed sikre nok etterfølgere til dagens ledere. Etter endt program vil deltakerne vite mer om hva det innebærer å være leder og stå bedre rustet til å påta seg lederoppgaver.

Oslo universitetssykehus arbeider kontinuerlig med å redusere antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene ved foretaket. Det er etablert et samarbeidsforum i Helse Sør-Øst hvor sykehusene samarbeider om problemstillinger knyttet til ressursstyring og rapportering gjennom GAT. Det er i 2017 holdt jevnlig møter i dette forumet. Rapporteringen av arbeidstidsbrudd tilpasses og utvikles blant annet i form av utvidete rapportmuligheter og standardisering på tvers av sykehusene.

6.7 Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

Oslo universitetssykehus HF står fremdeles overfor store økonomiske utfordringer i langtidsplanperioden. Oslo universitetssykehus HF skal gjennomføre store investeringer de nærmeste årene for å oppgradere eksisterende eiendomsmasse i samsvar med krav fra tilsyn, sikre oppdatert medisinsk teknisk utstyr og ta i bruk nye IKT-løsninger jfr. områdeplan for IKT. Foretaket må effektivisere driften vesentlig for å kunne frigjøre midler til nødvendige investeringer. Det er benyttet finansiell leie som finansiering av deler av investeringsbudsjettet. Investeringene vil medføre både økte kapitalkostnader og økte kostnader til Sykehusparten IKT i årene framover.

Oslo universitetssykehus HF gjennomførte i perioden 2013-2015 idéfaseutredninger for flere alternativer for erstatning av gamle bygg og reduksjon av den totale eiendomsmassen i foretaket. Det ble gjennomført sluttbehandling i Oslo universitetssykehus vinteren 2016. I 2018 planlegges det med oppstart konseptfase for Aker/Gaustad, nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet er i forprosjekt, og det forventes midler til gjennomføring av forprosjekt for ny regional sikkerhetsavdeling. Regjeringen har foreslått endringer i statsbudsjettet som gjør at det kan bygges protonsenters sammen med nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet. Utviklingsprosjektene eies av Helse Sør-Øst RHF og ledes av Sykehusbygg. Det vil imidlertid ta mange år før nye bygg står klare til bruk, og sykehuset må i disse årene drifte i gamle bygg. Disse krever betydelig investeringer for å sikre forsvarlig drift.

Oslo universitetssykehus HF fikk ved fremleggelse av Statsbudsjettet for 2012 og 2014 stilt til rådighet 1 575 millioner kroner til omstillingsinvesteringer (Fase 1). For 2018 er det planlagt investeringer for 66 millioner kroner innenfor denne tildelingen. Denne bevilgningen vil da være benyttet i sin helhet. Det er en tett dialog med Helse Sør-Øst RHF om foretakets investeringsbehov og særlig det løpende behovet for utskiftinger og oppgraderinger. I planperioden er det nødvendig med betydelige utskiftinger i medisinsk teknisk utstyr og omfattende vedlikehold/investeringer i eksisterende bygningsmasse i påvente av nye klinikkbygg. Oslo universitetssykehus HF fikk ved fremleggelse av Statsbudsjettet for 2016 stilt til rådighet 1 260 millioner kroner til oppgraderings- og vedlikeholdsinvesteringer (Fase 2). Investeringene inkluderer tiltak for å håndtere de viktigste og mest tidskritiske pålegg fra ulike tilsynsmyndigheter. For 2018 er det planlagt investeringer for 420 millioner kroner innenfor denne tildelingen. Styret behandlet investeringsbudsjett den 15. desember 2017.

De økonomiske forutsetningene for drift av Oslo universitetssykehus HF i 2018 er noe svakere enn forutsatt når økonomisk langtidsplan ble behandlet. Det er i hovedsak inntektssiden i budsjettet som er svekket, både gjennom negative omfordelingseffekter innenfor innsatsstyrt finansiering (ISF) og nytt finansieringssystem for poliklinisk laboratorievirksomhet. Kostnadsnivået inn i 2018 er også høyere enn lagt til grunn ved utarbeidelsen av økonomisk langtidsplan. Etter dialog med administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF budsjetteres det med et resultatmål på 175 millioner kroner for 2018. Reduksjonen fra 212 millioner kroner til 175 millioner kroner skyldes blant annet at kostnadsnivået i driften av sykehuset ved inngangen til 2018 er noe høyere enn lagt til grunn i økonomisk langtidsplan. Det budsjetterte resultatmålet på 175 millioner kroner, er tatt ned med 88 millioner kroner som er effekt av nedskrivning/meravskrivning på Radiumhospitalet knyttet til nytt klinikkbygg. Dette forholdet har ingen likviditetseffekt. Resultatmålet for 2018, før effekt av nedskrivning/meravskrivning er dermed 263 millioner kroner. Planlagt bruk av et positivt resultat til investeringsformål i 2018 må ses i forhold til dette.

Driftssituasjonen for de kommende årene vil være krevende med tanke på å oppnå nødvendig resultatforbedring. Utfordringen for foretaket er å redusere kostnadene ved å øke produktiviteten i organisasjonen. Klinikkene har planlagt tiltak for om lag 350 millioner kroner som imøtekommer en betydelig del av kravet til resultatforbedring, men ikke alt. Det er nødvendig med ytterligere tiltak for gjennomføring av drift både innenfor de enkelte klinikkene og gjennom arbeidet som nå pågår innenfor programmet forbedring av drift i Oslo universitetssykehus HF. Kravet til klinikkene innebærer at de i tillegg til å levere høyere aktivitet med eksisterende bemanning også må finne områder innenfor virksomheten der bemanning reduseres. Det forventes av støtteklinikkene at de bidrar til effektiv drift ved å fjerne eller redusere flaskehals for å øke muligheten for gjennomføring av rasjonell drift i de kliniske klinikkene. Ved behandling av styresak 73/2017 om budsjett 2018 ba styret 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 klinikkens situasjon.

I 2018 vil Oslo universitetssykehus HF styres etter et budsjettert overskudd 175 millioner kroner. Dette er en reduksjon fra budsjettert overskudd for 2017 på 75 millioner kroner. I dette inngår nedskrivning/meravskrivning knyttet til bygging av nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet med 88 millioner kroner. Justert for dette øker resultatkravet fra 250 millioner kroner i 2017 til 263 millioner kroner i 2018. De samlede økonomiske forutsetningene for 2018 innebærer et krav til resultatforbedring i klinikkene, beregnet til om lag 3 – 3,5 prosent.

Den overordnede oppgaven for den økonomiske styringen de neste årene vil være å bidra til at driften i Oslo universitetssykehus HF kan gi positive likviditetsbidrag til framtidige investeringer.

Høsten 2016 startet et program for forbedring av driften i Oslo universitetssykehus 2017 – 21. Programmet inneholder prosjekter som gjennomgår ulike driftsområder, kostnadsområder og inntektsområder til støtte for virksomhetsgjennomføringen. Sammen med øvrige tiltak i klinikkene er dette et hovedelement i det økonomiske omstillingsarbeidet i Oslo universitetssykehus HF. På kort sikt er målsetningen å kunne finansiere nødvendige investeringer i IKT, medisinskteknisk utstyr og vedlikeholde eksisterende bygg. På lengre sikt er målsetningen å kunne drifte virksomheten med betydelig økte kapitalkostnader som følge av nybygg, jfr. styresak 53/2016 i Helse Sør-Øst.

Programmet Forbedring av driften i OUS 2017 - 21 har i hovedsak konsentrert seg om å etablere prosjekter som kan gi allmenne tiltak. Figuren under viser status på prosjekter i programmet.

Utvikling i prosjektporteføljen forbedringsprogrammet



Diagram 1: Illustrerer hvilke prosjekter som befinner seg i 1) Etableringsfasen 2) Gjennomføringsfasen 3) Gevinstrealiseringsfasen

DEL IV: VEDLEGG

VEDLEGG 1: Årsrapport fra brukerrådet

Årsrapport 2017

for Brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus HF

Innledning

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

Brukerutvalget har avholdt 8 møter á 4 timers varighet i 2017.
Det ble i styremøtet i juni oppnevnt brukerutvalg for en ny toårs periode.

Brukerutvalget som ble oppnevnt i styresak 46/2015 for perioden 2015-2017, hadde følgende sammensetning:

Tove Nakken, Kreftforeningen, leder
Lilli-Ann Stensdal, Norges Handikapforbundet /SAFO, nestleder
Heine Århus, Foreningen for hjertesyke barn /FFO
Kim Fangen, Nye Pluss- Hivpositives landsforening/FFO
Twinkle Dawes, Innvandrerkvinnens ressurs- og aktivitetsgruppe
Veslemøy Ruud, Norges Astma- og Allergiforbund /FFO
Tommy Sjøfjell, A-larm
Kjell Silkoset, Personskadeforbundet /FFO
Arne Olav Grønbech Hope, Norges Handikapforbund/SAFO
Stine Bjerklund Dybvig, Cerebral parese-foreningen/FFO
Tayyab M. Choudri, Internasjonal helse- og sosialgruppe
Kristin Borg, Pensjonistforbundet
Pål Kjeldsen, Kreftforeningen – (fom 19.04.16)
Mari Ourom, Rådgivning om spiseforstyrrelse /FFO - (fom 19.04.16)

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

Tove Nakken, Kreftforeningen, leder
Kim Fangen, Nye Pluss- Hivpositives 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 brukerutvalget i forbindelse med ulike saker.

Brukerutvalgets kontakt med styret

Leder og nestleder har deltatt som observatører på styremøter. Brukerutvalget har hatt et felles møte med styret 26. oktober 2017, for å orientere om sin virksomhet og for dialog (styresak 67/2017). Brukerutvalget presenterte følgende temaer, med bakgrunn i arbeidet med utviklingsplan 2035: pasientforløp, brukerstyrte poliklinikker, psykisk helse og på oppfordring fra styret; migrasjonshelse.

Brukerutvalgets kontakt med de klinikkvise brukerrådene

Det ble arrangert opplæringskurs – Modul 2 - for brukerutvalg og klinikkvise brukerråd høsten 2017.

Brukerutvalget inviterte brukerrådene til dialogmøte våren 2017. Tema for dialogmøtet var pasientforløp og hvordan jobbe sammen for å styrke brukerstemmen på OUS.

Representasjon i klinikkvise brukerråd ved Oslo universitetssykehus

- Barne- og ungdomsklinikken - Heine Århus/Anne Giertsen
- Hjerter-, lunge- og karklinikken - Veslemøy Ruud/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 - Lilli-Ann Stensdal/Solveig Rostøl Bakken
- Ortopedisk klinikk - Stine B Dybvig
- Nevroklinikken – Pål Kjeldsen

Deltakelse i prosjekter, råd og utvalg

Barne- og ungdomsprogrammet - Veslemøy Ruud

Biobank- og registerutvalget (BBRU) - Tove Nakken

Brukerutvalget Aker helsearena - Veslemøy Ruud/Arne Olav Hope

C3 - center for connected care - Kim Fangen

Driftsstyret for kreftområdet - Tove Nakken

Ernæringsrådet - Mari Ourom

Fagprosedyre PPO - Lilli-Ann Stensdal

Fagråd for klinisk forskningspost - Kim Fangen

Fagråd for nyfødttmedisin - Veslemøy Ruud

Forbedring av driften 2017-2020, Styringsgruppe - Tove Nakken

Forskning på antibiotikaresistens – styringsgruppe - Heine Århus

Forskningsoppsummering - effekter av LMS Barn/unge - Stine B Dybvig

Forum for pasient- og pårørendeopplæring - Lilli-Ann Stensdal/Mari Ourom

Hendelsesanalyseutvalg - Tove Nakken

Kapasitetsprosjektet HSØ - faggruppe Alderspsykiatri - Twinkle Dawes

Kapasitetsprosjektet HSØ - faggruppe Nevrologi - Pål Kjeldsen

Kapasitetsutfordringer i Oslo og Akershus sykehusområde - Tove Nakken

Konseptfase etablering protonterapi – referansegruppe - Tove Nakken

Konseptfase nytt klinikkbygg Radiumhospitalet - Tove Nakken

Konseptfase regional sikkerhetsavdeling med tilgrensende funksjoner – Brita Bølgen

Koordinerende enhet - Lilli-Ann Stensdal

Kurs i brukermedvirkning i forskning, arbeidsgruppe – Kim Fangen

Læringsnettverket Gode Pasientforløp – Solveig Rostøl Bakken

Minimetodeutvalget - Tove Nakken
 Nasjonal Kompetansetjeneste for Sykdomsrelatert Underernæring - Tove Nakken
 Organisering av intensivbehandling av barn etter nyfødtp perioden i OUS - Veslemøy Ruud
 Organisering av PPO, pilotprosjekt - Lilli-Ann Stensdal
 Pasientsikkerhet- og kvalitetsutvalget, Prehospital klinikk – Marius Korsell
 Programkomite regional konferanse om brukermedvirkning – Tove Nakken, Kim Fangen
 Prominet - Tove Nakken
 Prosjekt palliativt tilbud på Radiumhospitalet - Tove Nakken
 Prosjekt: Vel hjem - prosjektgruppe Kjell Silkoset/ Tayyab Chaudry/ Solveig Rostøl Bakken
 Regionalt forskningsutvalg - Tove Nakken
 Regionalt kapasitetsutvalg intensivmedisin - Kjell Silkoset
 Regionalt nettverk for kontinuerlig forbedring - Kim Fangen
 Råd for barn som pårørende – Mari Ourom
 Råd for faglig dokumenter - Lilli-Ann Stensdal
 Samarbeidsutvalget i Hovedstadsområdet - Tommy Sjøfjell/Brita Bølgen
 Sentralt kvalitetsutvalg - Tove Nakken/Heine Århus/Kim Fangen
 Smerteklinikken, brukerpanel - Lilli-Ann Stensdal/Kjell Silkoset
 Styringsgruppa kreftbiobank - Tove Nakken
 Ungdomsrådet - Stine B Dybvig
 Utviklingsplan, sentral arbeidsgruppe – Tove Nakken
 Utviklingsplan, arbeidsgruppe medisin – Kim Fangen

Representasjon og foredrag på konferanser/seminarer/arrangementer

- N3-ledersamling OUS – Tove Nakken og Lilli-Ann Stensdal
- Nasjonalt topplederprogram - Tove Nakken (foreleser)
- Brukerpanel for forskere på OUS – Kim Fangen, Pål Kjeldsen, Lilli-Ann Stensdal, Stine B. Dybvig, Tove Nakken
- Halvårlige samlinger for ledere og nestledere av brukerutvalg i Helse Sør-Øst - Tove Nakken, Lilli-Ann Stensdal og Kim Fangen
- Kurs i brukermedvirkning i forskning – Kim Fangen, Stine B. Dybvig, Twinkle Dawes, Lilli-Ann Stensdal, Pål Kjeldsen, Heine Århus
- Blogginlegg om organdonasjon på Ekspertsykehust – Tove Nakken
- Blogginlegg om digitalisering av sykehus på Ekspertsykehuset – Kim Fangen
- Paneldebatt på EHiN – Kim Fangen
- Erfaringsmøte med Pasient- og brukerombudet – Tove Nakken, Brita Bølgen, Pål Kjeldsen
- Brukerseminar arrangert av Brukerrådet i KPHA – Brita Bølgen
- Dialogmøte brukermedvirkning i forskning HiOA – Tove Nakken
- NORSMAN – forskning på eldre og kreft
- Forskningsseminar Medisinsk klinikk – Solveig Rostøl Bakken
- Konferanse i regi av Forskningsgruppe for livskvalitet og helseøkonomi – Tove Nakken
- Seminar om brukermedvirkning i forskning, Norsman – Kim Fangen,
- Seminar om pasient- og brukermedvirkning i nasjonale kvalitetsregistre – Kim Fangen, Heine Århus, Pål Kjeldsen
- Pasientsikkerhetsseminaret – Pål Kjeldsen og Marius Korsell
- Klinisk forskningspost seminar: The use of health registers in Norway and how we can create a positive impact for clinical interventions studies – Kim Fangen
- Fagdag for pasient og pårørendeopplæring – Solveig Rostøl Bakken
- Møteplass Oslo – Tove Nakken

Viktige saker behandlet i brukerutvalget

- **Pasientforløp**
 Å påvirke til helhetlige og gode pasientforløp fra hjem til hjem har vært Brukerutvalgets hovedmål for 2017 og temaet er belyst og arbeidet med fra ulike vinkler gjennom hele året.

- **Strategi for likeverdige helsetjenester**
Brukerutvalget ga sine innspill til denne strategien
- **Regional konferanse om brukermedvirkning**
Oslo universitetssykehus HF har i samarbeid med Brukerutvalget fått i oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF å planlegge, gjennomføre og evaluere en felles konferanse for brukerutvalg og fagpersoner vinteren 2018. Oslo universitetssykehus HF har påtatt seg å være hovedarrangør og Tove Nakken leder programkomiteén for denne konferansen.
- **Oppdragsdokumentet 2017**
Innsikt i oppdrag og bestilling for Oslo universitetssykehus HF gitt i foretaksmøtet 15. februar 2017
- **Kreftrehabilitering**
Brukerutvalget støtter etablering av senter for kreftrehabilitering og ønsker at driften sikres og utvides utover det første prosjektåret.
- **Konseptfase for nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet**
I tillegg til at brukerutvalget har vært representert i prosjektgruppen, er brukerutvalget orientert om status og har gitt sine innspill skriftlig.
- **Konseptfase for den nye regionale sikkerhetsavdelingen**
I tillegg til at brukerutvalget har vært representert i prosjektgruppen, er brukerutvalget orientert om status og har gitt sine innspill skriftlig. Brukerutvalget har vært i dialog med både brukerrådet i KPHA, brukerrådet ved PUA og har lyttet til innspill fra fagmiljøet.
- **Rapport om behov for nye finansieringsordninger**
Brukerutvalget er orientering om funn og forslag i rapport om behov for nye finansieringsordninger.
- **Likeverdige helsetjenester**
Sykehuset har bygget opp en kompetanse som er vidt etterspurt og arbeider godt med fokus på ulike grupper hvor likeverd ikke er en selvfølge. Temaet bør, etter brukerutvalgets mening, fortsatt ha et tydelig fokus og bidra til at begrepet "likeverdige helsetjenester" omfatter alle pasientgrupper ved sykehuset.
- **Pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus**
Brukerutvalget har et godt samarbeid med pasient- og brukerombudet. Ombudet har deltatt på et møte i brukerutvalget og brukerutvalget har deltatt på erfaringsmøte hos pasient- og brukerombudet.
- **Usikker genetisk informasjon**
Brukerutvalget arrangerte et temamøte om formidling av usikker genetisk informasjon med avdeling for medisinsk genetik og bioteknologirådet.
- **Ønske om nasjonale e-konsultasjonstakster**
Brukerutvalget har sendt en henvendelse til Helse- og omsorgsdepartementet med et ønske om å se på nasjonale e-konsultasjonstakster.
- **Ny personvernforordning**
Brukerutvalget har vært opptatt av hvilke muligheter som ligger i personvernlovgivningen som åpner for modernisering og digitalisering av Oslo universitetssykehus HF
- **Utviklingsplan 2035**
Utvikling av pasientens helsetjeneste er viktig for brukerutvalget, som har engasjert seg i arbeidet med utviklingsplanen.
- **Innovasjonsstrategi for Oslo universitetssykehus HF**
Innovasjonsavdelingen samlet inn innspill til innovasjonsstrategi for OUS gjennom gruppearbeid.
- **Budsjett 2018**
Brukerutvalget ba om en innføring i hovedtrekkene i budsjettet for 2018.
- **Prosjektet Digitale pasienttjenester**
Prosjektet skal se på elektroniske forløp for og med personer som lever med hiv er nå besluttet igangsatt fra januar 2018. Brukerutvalget følger dette prosjektet tett.

- **Spørsmål til Administrerende direktør**

Brukerutvalget har aktivt brukt den muligheten de har til å stille Administrerende direktør spørsmål. Temaer for disse spørsmålene har blant annet vært mangel på teleslynger på sykehusets møterom, underernæring blant pasienter, sen postgang fra sykehuset, overgang fra barne- og ungdomsavdeling til voksenavdeling, forholdene ved Intermediærposten ved avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, Finansiering og ulik behandling av barn og unge med behov for rehabiliteringsopphold på Geilomo, tilrettelegging for rullestolbrukere på sykehotellet på Rikshospitalet, autolog stamcelletransplantasjon for MS-pasienter på Haukeland sykehus og Oslo universitetssykehus. Brukerutvalget og administrerende direktør har også hatt gode samtaler om blant annet skillet mellom somatikk og psykisk helse og avhengighet og om hvordan sykehuset kan sørge for at pasienter får time i hånda også på timer langt frem i tid.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 16. februar 2018

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

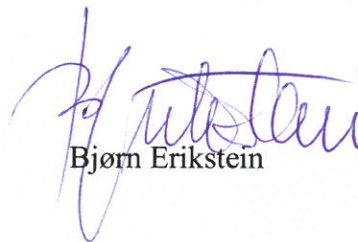
Vedlegg: Klinikkvise vedlegg prognoser og nye tiltak

SAK 8/2018 BUDSJETT 2018 – STATUS OG OPPFØLGING

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Oslo den 8. februar 2018


Bjørn Erikstein

1. INNLEDNING

Denne styresaken med vedlegg har som mål å gi styret en orientering om status for budsjett 2018 knyttet til endringer etter styrets behandling i styremøte 15. desember 2017. Saken bygger på en økonomisk vurdering av situasjonen ved klinikkene ved inngangen av februar 2018.

2. TIDLIGERE VEDTAK

I sak 73/2017, Budsjett 2018, vedtok styret blant annet følgende:

2. 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.

3. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING

De økonomiske forutsetningene for drift av Oslo universitetssykehus HF i 2018 er noe svakere enn forutsatt da budsjettet ble vedtatt av styret. Både for inntektssiden og kostnadssiden er risikoen høyere enn lagt til grunn i desember i fjor. Anslaget på omfordelingseffektene innenfor innsatsstyrt finansiering (ISF) er økt, og tilsvarende gjelder endringer i finansieringen av laboratorievirksomheten. Videre er kostnadsnivået i klinikkene inn i 2018 høyere enn lagt til grunn ved utarbeidelsen av budsjettet.

Administrerende direktør har i løpet av januar gjennomført oppfølgingsmøter med alle klinikkene hvor prognose for 2018 og behov for nye tiltak ut over det som allerede er planlagt i budsjettet har vært tema. Det har også vært en gjennomgang av klinikkens status i arbeidet med å redusere eventuelle negative arbeidsmiljømessige konsekvenser av budsjettet.

Selv om klinikkene i styrets vedtatte budsjett har planlagt resultatforbedrende tiltak for om lag 350 millioner kroner, foreligger det på dette tidspunkt ikke tilstrekkelig med tiltak for å kunne ha rimelig grad av sikkerhet for gjennomføring av driftsbudsjettet i klinikkene. De fleste klinikkene har uløste budsjettutfordringer, og det er derfor nødvendig med ytterligere konkretisering av tiltak for gjennomføring av drift både innenfor de enkelte klinikkene og gjennom arbeidet som nå pågår innenfor programmet for bedring av drift i Oslo universitetssykehus HF.

Administrerende direktør har i styringsdialogen med klinikkene som er gjennomført i januar 2018 vektlagt følgende:

- Klinikker som ikke er i økonomisk balanse må i større grad enn tidligere iverksette nye tiltak - løpende i budsjettåret.
- Ved behov for nye tiltak i 2018 bør ambisjonen være at disse iverksettes så tidlig som mulig i driftsåret, senest innen utgangen av mars, for så sikre størst muligst økonomisk gevinst.

- Det vurderes om klinikker som i 2018 får et positivt økonomisk resultat skal få beholde (deler av) dette til klinikkvise investeringer.

I oppfølging av klinikkene i 2018 vil administrerende direktør vektlegge at det utarbeides månedlige prognoser for økonomi, aktivitet(ny) og bemanning(ny).

I de månedlige oppfølgingsmøtene vil administrerende direktør ha fokus på:

- De mål som er inntatt i egen driftsavtale mellom klinikkleder og administrerende direktør (Ny)
- Mer differensiert oppfølging - større fokus på klinikker med avvik (Ny)
- Gjennomføring av program forbedret drift (Operasjon, poliklinikk og bemanning)
- Krav om oppfølgingsmøter - alle ledernivå i klinikkene

Formålet med Programmet Forbedring av driften i Oslo universitetssykehus 2017 – 2020 er å etablere en bedre struktur for å identifisere, gjennomføre og følge opp sykehusets tiltak for å forbedre og effektivisere driften. Det er i budsjettet for 2018 fokus på gevinstrealisering av prosjektene knyttet til poliklinikk, operasjon, medikamenter, areal og innkjøp. Gevinstene av forbedringstiltakene er innarbeidet i budsjettene og de klinikkvise tiltakene.

Klinikkene vil bli bedt om å tertialvis dokumentere og legge frem resultater av gevinstrealiseringen for styringsgruppen og foretakets ledermøte. I tillegg vil administrerende direktør fokusere på realisere planlagte gevinster knyttet til operasjon og poliklinikk i den ukentlige rapporteringen til ledermøte.

Administrerende direktør har tidligere orientert styret om omleggingen av finansieringssystemet for laboratorievirksomhet. Som følge av at effektene av det nye systemet ikke har vært kjent og at de regionale helseforetakene har fått tildelt økt ramme for å kompensere for reduserte takster, har Oslo universitetssykehus HF i forståelse med Helse Sør-Øst basert budsjettet på en teknisk forutsetning om ingen endring i laboratoriefinansieringen. Det foreligger nå rimelig gode beregninger av effekten av omleggingen. Oslo universitetssykehus HF har i brev til Helse Sør-Øst i januar 2018 vist til at de foreløpige beregnede negative økonomiske effektene for Oslo universitetssykehus HF er på 208 millioner kroner og bedt om tilsvarende rammeøkning. Videre er det nå i februar tilkommet nye forhold som øker denne risikoen med 10 – 15 MNOK. Da denne styresaken ble sluttført forelå det ikke svar på henvendelsene til Helse Sør-Øst. På denne bakgrunn er det på dette tidspunkt ikke mulig å gi noen godt begrunnet vurdering av samlet resultatrisiko for 2018.

Administrerende direktør har også gjennomført en evaluering av budsjettprosessen med fokus på forbedringsområder og bevaringsområder med mål om å forbedre prosessene inn mot budsjettarbeidet for neste år. Foretakstillitsvalgte og klinikkstillitsvalgte har også vært med i evalueringen som er gjennomført. Et viktig forbedringsområde som har fremkommet i evalueringen er at det fortsatt er for stor variasjon mellom klinikkene i hvor stor grad klinikkstillitsvalgte og ledere på nivå 4 og 5 har vært involvert i arbeidet med budsjettet.

4. BUDSJETT 2018 – STATUS OG OPPFØLGING

4.1. Rammeforutsetninger for budsjett 2018 – endringer

Reduserte pensjonskostnader:

NRS-beregning fra januar 2018 viser at pensjonskostnadene i 2018 samlet for foretaksgruppen Helse Sør-Øst vil bli vel 620 millioner kroner lavere enn hva som er lagt til grunn i budsjettet. For Oslo universitetssykehus HF er den totale pensjonskostnaden for 2018 er beregnet til 1 991 millioner kroner. Dette er en reduksjon på 141 millioner kroner i forhold til budsjett 2018. Det legges foreløpig til grunn at endringen vil bli økonomisk nøytral for helseforetaket i 2018, dvs at reduksjonen i basisramme som forventes i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett ikke blir større(eller mindre). Alle foretakene er i sin regnskapsføring bedt om å legge til grunn den siste NRS-beregningen fra januar 2018. Differansen mellom dette og hva som er budsjettert skal føres på linjen “Herav endrede pensjonskostnader.....”, på lik linje som er gjort tidligere år.

Innsatsstyrt finansiering i somatikken (ISF)

Endelig ISF-regelverk (vekter og logikk) forelå rett før jul og viser en noe større negativ omfordelingseffekt fra 2017 til 2018 enn lagt til grunn i budsjettet. Foretaket har så langt ikke fått nødvendig informasjon om endringene og fortsetter derfor dialogen med Helse Sør-Øst RHF for både å forstå endringene i ISF-systemet fra 2017 til 2018 og for å beregne den økonomiske konsekvensen av dette. I prognosen for Fellesposter (se senere i saken) er det lagt til grunn en økt negativ effekt på 20 millioner kroner.

Ny ordning for finansiering av poliklinisk laboratorievirksomhet

Fra 1. januar 2018 ble det innført en ny finansieringsordning for poliklinisk laboratorievirksomhet. Hovedregelen er at ny finansiering baseres på Norsk laboratoriekodeverk (NLK), og det er etablert refusjonskategorier som kobles til hver enkelt NLK kode. Basert på aktivitetsgrunnlag og polikliniske inntekter fra 2017 har Oslo universitetssykehus HF beregnet reduserte variable inntekter på 208 millioner kroner. Foretaket har i brev av 25. januar 2018 bedt Helse Sør-Øst RHF om en tilsvarende rammekompensasjon for 2018. Dersom de faktiske effektene vil vise seg å være vesentlig annerledes enn det som er lagt til grunn for den estimerte effekten, har Oslo universitetssykehus HF foreslått at dette løses gjennom en etterskuddsvis avregning.

Oslo universitetssykehus HF har videre bedt om en dialog om hvordan omleggingen av system for finansiering av poliklinisk laboratorievirksomhet skal håndteres i budsjettforutsetningene for Økonomisk langtidsplan 2019-2022 og budsjettåret 2019.

Endringene i finansieringsordningen har også betydning for hvilken pris (sats) som skal benyttes ved fakturering av inneliggende aktivitet ved andre HF – både regionalt og utenfor regionen. Oslo universitetssykehus HF mener at satsen bør økes med om lag 15 pst som følge av takstene er redusert fra 2017 til 2018. Fredag 2. februar sendte Helse Sør-Øst RHF ut informasjon til helseforetakene i regionen om at satsen for fakturering av analyser for inneliggende pasienter ved andre helseforetak i regionen skal reduseres fra 3,8 * gammel Helfo-takst til 2,9* ny Helfo-takst. For Oslo universitetssykehus HF innebærer dette en ytterligere reduksjon i inntektene for 2018 på om lag 10-15 millioner kroner (foreløpig beregning). Saken er tatt opp med Helse Sør-Øst RHF.

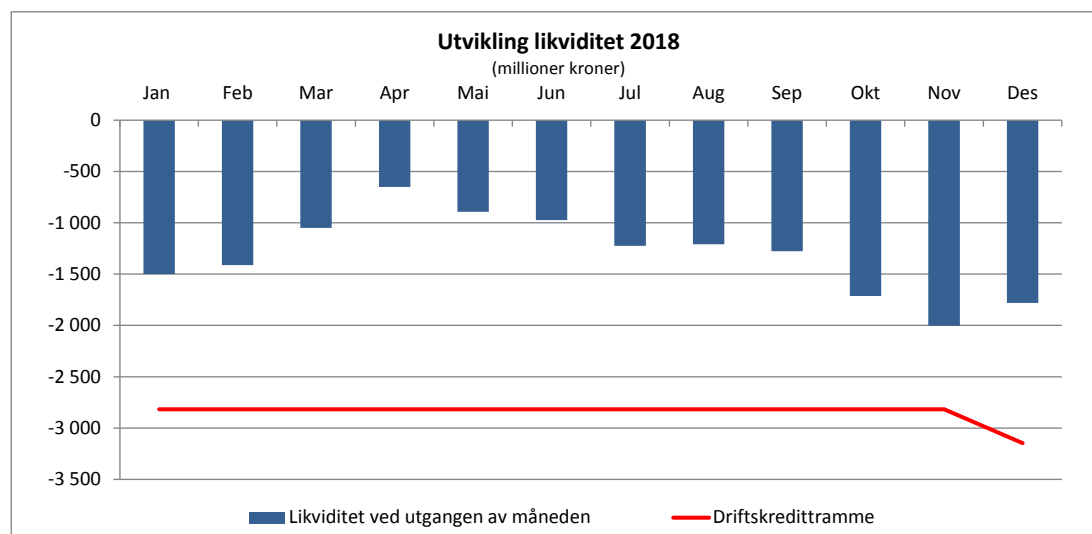
Kontantstrømbudsjett 2018

Kontantstrømbudsjettet for 2018 er avledet av resultatbudsjettet og planlagt gjennomføring av investeringer. I det periodiserte kontantstrømbudsjettet er inntekter, kostnader og investeringer periodisert til måneden innbetalingene og utbetalingene forventes å skje.

Med et budsjettert positivt årsresultat på 175 millioner kroner viser kontantstrømbudsjettet for 2018 en negativ endring i likviditeten gjennom året på 113 millioner kroner, jmfør tabellen under. Forskjellen forklares med at budsjettert pensjonspremie for 2018 er høyere enn budsjettert pensjonskostnad og at planlagte investeringer i stor grad finansieres av positive driftsresultater. Andre periodiseringer bidrar positivt og gjelder i hovedsak forskyvning av pensjonspremie til 2019 og utbetaling av lån fra Helse Sør-Øst RHF for investeringer gjennomført i 2017.

Årsresultat og endring i likviditet (millioner kroner)	2018
Årsresultat	175
Forskyvning av pensjonspremie og arbeidsgiveravgift	-330
Andre periodiseringer og poster uten likviditetseffekt	519
Finansiering av ordinære investeringer og andre tilskudd	352
Lånefinansiering for tilsynsawik og oppgraderinger	251
Finansielle leieavtaler	305
Betalinger for investeringer og Sykehuspartner	-1 385
Endring likviditet	-113

Det periodiserte kontantstrømbudsjettet fluktuerer betydelig hver måned som en følge av at en del forpliktelser kommer til utbetaling annenhver måned eller kvartalsvis. Ved inngangen av 2018 har Oslo universitetssykehus en driftskredittramme på 2 816 millioner kroner. Driftskredittrammen korrigeres i desember 2018 som følge av at budsjettert pensjonspremie er høyere enn budsjettert pensjonskostnad. Den budsjetterte månedlige likviditetsreserven vurderes som tilstrekkelig for å kunne gjennomføre det vedtatte budsjettet.



Figur: Utvikling likviditet og driftskredittramme 2018.

Prognoser for gjennomføring av investeringer i 2018

I styremøtet 15. desember 2017 vedtok styret et investeringsbudsjett for 2018 på 1 221 millioner kroner, jamfør styresak 73/2017. Våren 2017 ga styret fullmakt til å inngå avtaler om investeringer i medisinskteknisk utstyr for 150 millioner kroner av denne rammen, jamfør styresak 15/2017. I 2017 er det gjennomført investeringer for 57 millioner kroner finansiert av investeringsrammen for 2018.

Investeringsrammen for 2017 var ikke benyttet fullt ut ved utgangen av 2017. Tidligere års vedtatte investeringer som ikke var gjennomført ved utgangen av 2017 (såkalt overheng) er planlagt gjennomført i 2018. Fordi det tar tid å gjennomføre anskaffelser påregnes det også at det blir et overheng fra 2018 til 2019.

Tabellen nedenfor viser investeringsbudsjettet for 2018 vedtatt av styret på 1 221 millioner kroner. Videre viser tabellen anslag på inngående og utgående overheng mv. 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 planlegges gjennomført i 2018. Av investeringsrammen for 2018 forventes 232 millioner kroner å bli gjennomført etter årets slutt. Dette innebærer at det i 2018 aqnlås å bli gjennomført investeringer for 1 435 millioner kroner. De planlagte investeringene er innarbeidet i kontantstrømbudsjettet for 2018.

Investeringer (ekskl. byggelånsrenter)		Investerings- budsjett 2018 vedtatt av styret	Investeringer gjennomført i 2017 av rammen for 2018 (-)	Overheng fra 2017 (+)	Overheng til 2019 (-)	Planlagt gjennomføring i 2018
(Beløp i millioner kroner)						
Investeringer	MTU	388	56	348	186	493
	Bygg	684	1	122	46	759
	Annet	58	0	0	0	58
	<i>Investeringer som balanseføres</i>	1 130	57	469	232	1 310
	Egenkapital pensjon	55	0	0	0	55
	IKT ¹⁾	36	0	35	0	71
	SUM	1 221	57	504	232	1 435
Finansiering	Ordinær likviditet	326	57	0	0	268
	Driftsresultat	178	0	260	17	421
	Fordring på HSØ RHF	7	0	0	0	7
	Lån	346	0	0	29	317
	Øremerkede tilskudd	15	0	0	0	15
	Finansiell leie	313	0	245	186	371
	Annen finansiering	36	0	0	0	36
	SUM	1 221	57	504	232	1 435

1) Investeringer i IKT regnskapsføres i Sykehuspartners regnskap. I budsjettet er det utbetalinger til Sykehuspartner som er

Tabell: Investeringsbudsjett 2018 vedtatt av styret og planlagt gjennomføring i 2018.

4.2. Klinikkenes prognoser for 2018, resultat, aktivitet og bemanning

Klinikkene sitt arbeid med budsjett 2018 var basert på prognosevurdering for 2017 per. oktober 2017. Med unntak av Prehospital klinikk fikk alle klinikkene dårligere årsresultat i 2017 enn hva som var lagt til grunn for budsjett 2018 som følge av svake resultater i november og desember. For noen klinikker betyr dette at det i budsjettet for 2018 har tilkommet behov for ytterligere tiltak som følge av forverret styringsfart inn i 2018.

I rapporteringen for 2018 vil klinikkene i tillegg til å utarbeide prognose for økonomisk resultat også utarbeide prognoser for bemanningsutvikling og aktivitet. Klinikkenes prognoser er vurdert i forhold til økonomiske rammer som er fordelt i budsjett 2018. I tillegg er foretakets fellesposter, IKT og stabsoverordnet vurdert slik at man for en samlet økonomisk vurdering av foretakets resultatrisiko for 2018.

Tabellen nedenfor viser prognose 2018 for disse områdene:

Prognosevurdering per. 31.1.2018	Prognose før nye tiltak		Prognose etter nye tiltak		
	Resultat (mnok)	Nye tiltak (mnok)	Resultat (mnok)	Aktivitet (DRG)	Bemanning
Klinikker					
Klinikk psykisk helse og avhengighet	-34	14	-20	0	39
Medisinsk klinikk	-40	6	-34	0	34
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	-30	9	-22	-1 194	0
Nevrologiklinikken	-34	2	-33	0	41
Ortopedisk klinikk	-16	3	-13	0	10
Barne- og ungdomsklinikken	-15	8	-7	-208	0
Kvinneklinikken	-18	1	-17	-138	15
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	-23	1	-22	0	25
Kreftklinikken	-6	4	-1	0	6
Hjerte-, lunge- og karklinikken	-12	12	0	0	6
Akuttklinikken	-11	1	-10	-	5
Prehospital klinikk	0	0	0	0	0
Klinikk for laboratoriemedisin	0	0	0	0	0
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	0	0	0	0	0
Oslo sykehusservice	0	0	0	0	20
Staben - Ordinær drift	16	0	16	0	0
Staben - IKT	21	0	21	0	0
Kreftregisteret	0	0	0	0	0
Sum Klinikker m.v	-201	60	-141	-1 540	201

I vedlegg til styresaken foreligger klinikkvise vurderinger av prognose for resultat, aktivitet og bemanning med kommentarer til nye tiltak som vil bli iverksatt og inngå som en del av tiltaksrapporteringen for 2018.

Klinikkene

Klinikkene (utenom sentral stab) har vurdert prognose for resultat inkl. effekter av planlagte tiltak i budsjettet og nye tiltak til -178 mill.kr. Det er i foretakets fellesposter avsatt midler som skal fordeles klinikkene knyttet til flere forhold, blant annet økte medikamentkostnader, LIS-utdanning, innføring av Metavision m.v. Disse midlene inngår i den økonomiske vurderingen som er gjennomført for fellesposter og vil derfor bedre prognosene i klinikkene når midlene blir overført fra fellespostene til klinikk.

Negativ prognose for klinikkene skyldes i hovedsak at det forventes et høyere bemanningsnivå i driften (på om lag 200 brutto årsverk) enn hva som det er lønnsmidler til. Noen klinikker varsler også risiko knyttet til lavere aktivitet enn planlagt i budsjettet. Inntektstapet knyttet til lavere DRG er i prognosevurderingen på om lag 40 mill. kr. Det er da lagt til grunn at inntektstap som følge av endrede laboratorietakster blir kompensert for klinikkene med rammetildeling og at avviket på sykehusnivå blir håndtert på Fellesposter (se omtale nedenfor).

IKT – budsjett

IKT-avdelingens driftsbudsjett for 2018 omfatter:

- drift av lokal IKT-avdeling
- rammer for variable kostnader knyttet til gjennomføring av prosjekter og tjenesteendringer
- informasjon fra Sykehuspartner på hva de vil fakturere Oslo universitetssykehus i 2018 innenfor IKT-basis, avskrivninger, leverandøravtaler, arbeidsflate og leie av IKT-utstyr.

Det er flere risikofaktorer innenfor IKT-driftsbudsjettet for 2018. For drift av lokal IKT-avdeling påvirkes resultatet av omfang av utleie av ansatte til regionale og nasjonale aktiviteter. Gjennomføring av prosjekter og bestillinger er svært avhengig av Sykehuspartners leveransekapasitet. Resultatet av begrenset leveransekapasitet hos Sykehuspartner er at Oslo universitetssykehus HF ikke får gjennomført aktiviteter som er inkludert i budsjettet og som det er et behov for å få gjennomført. Forsinkede leveranser fører også til at planlagt betaling av tjenestepris med evt. avskrivning starter senere enn opprinnelig planlagt.

Basert på erfaring fra tidligere år legges det til grunn at det innenfor IKT-området kan leveres et overskudd i 2018 på 20,7 millioner kroner.

Direktørens staber

Det er utarbeidet prognose 2018 for stabens som viser en kostnadsreduksjon på 16 millioner kroner for 2018. Det er gjennomført kutt i bruk av konsulenter, redusert tilbud om kurs og kompetanseheving og andre driftskostnader. Det jobbes stadig med endringsprosesser og forbedringsarbeid mht måter for å utnytte ressurser i stab på en best mulig og effektiv måte. Det er i hovedsak utleie av personell, permisjoner og ledighold i forbindelse med turnover som gir prognostisert positivt resultat.

Fellesposter

Budsjettpostene under Fellesposter (områder som ikke kan knyttes til en spesifikk klinikk) er også vurdert på nytt.

Som nevnt ovenfor vil manglende kompensasjon for reduserte laboratorietakster teknisk sett bli håndtert på Fellesposter. På dette tidspunkt er det ikke mulig å gi noen prognose på utslaget av denne omleggingen fordi det ikke foreligger noe svar på sykehusets henvendelse til Helse Sør-Øst RHF.

Ser en bort fra konsekvensene av endrede laboratorietakster er det for Fellesposter for øvrig estimert et samlet positivt avvik på om lag 110 millioner kroner. De viktigste momentene som inngår her er:

- Budsjettert reserve (om lag 70 millioner kroner)
- Ytterligere svekkelse i ISF-inntektene innenfor somatikken sammenlignet med det som var forutsatt i desember (om lag 20 millioner kroner)
- I budsjettet for Fellesposter er det avsatt 40 millioner kroner til økte legemiddelkostnader i 2018. Midlene skal fordeles til klinikkene og det er lagt til grunn at klinikkene har vurdert sitt kostnadsbilde uavhengig av forventet finanseringer fra Fellesposter.

Andre forhold

Det pågår dialog med Inven2 om endring av nåværende ordning med forskningsfond (inntekter fra oppdragsforskning/industrisamarbeid og kommersialisering av innovasjoner). Det må gjøres endringer i ordningen, og ny løsning er derfor under vurdering. Endringen vil kunne gi en positiv resultateffekt av engangskarakter i foretakets årsregnskap for 2018. Den positive effekten vil imidlertid ha tilhørende fremtidige interne forpliktelser. Styret vil få mer informasjon når planleggingen av ny ordning er kommet lengre.

Det er ikke innhentet prognoser fra datterselskapene på dette tidspunkt.

4.3. Oppfølging og styring 2018

Det vil i 2018 legges særlig vekt på følgende i virksomhetsstyringen av klinikkene:

- Klinikker som ikke er i økonomisk balanse må i større grad enn tidligere iverksette nye tiltak - løpende i budsjettåret.
- Ved behov for nye tiltak i 2018 bør ambisjonen være at disse iverksettes så tidlig som mulig i driftsåret, senest innen utgangen av mars, for så sikre størst muligst økonomisk gevinst.
- Det vurderes om klinikker som i 2018 får et positivt økonomisk resultat skal få beholde (deler av) dette til klinikkvise investeringer.

I oppfølging av klinikkene i 2018 vil bla fokus være månedlige prognoser for: resultat, aktivitet(ny) og bemanning(ny)

I de månedlige oppfølgingsmøtene vil det være fokus på:

- De mål som er inntatt i egen driftsavtale mellom klinikkleder og administrerende direktør (Ny)
- Mer differensiert oppfølging - større fokus på klinikker med avvik (Ny)
- Gjennomføring av program forbedret drift (Operasjon, poliklinikk og bemanning)
- Krav om oppfølgingsmøter - alle ledernivå i klinikkene

Det vil i rapporteringen til styret i 2018 utarbeides et eget vedlegg hvor hver klinikk sine resultater fremgår og kommenteres kort. Fokus i klinikk vis rapportering til styret vil være på prognoser for resultat, bemanning og aktivitet og status på tiltaksarbeidet og gjennomføringen av disse.

Programmet Forbedring av driften i Oslo universitetssykehus 2017 – 2020 er å etablere en bedre struktur for å identifisere, gjennomføre og følge opp sykehusets tiltak for å forbedre og effektivisere driften.

Det er i budsjettet for 2018 fokus på gevinstrealisering av prosjektene knyttet til poliklinikk, operasjon, medikamenter, areal og innkjøp. Gevinstene av forbedringstiltakene er innarbeidet i budsjettene og de klinikkvise tiltakene.

Klinikkvise prognoser per 31.1 2018 – Klinikkenes plan for å gjennomføre budsjettkravet for 2018

Innhold

Klinikk for psykisk helse og avhengighet	2
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	4
Medisinsk klinikk	6
Nevroklubnikken	8
Ortopedisk klinikk	10
Barne- og ungdomsklubnikken	12
Kvinneklubnikken	14
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	16
Kreftklubnikken	18
Hjerte-, lunge- og karklubnikken	19
Akuttklubnikken	20
Prehospital klinikk	21
Klinikk for laboratoriemedisin	22
Klinikk for radiologi og nuklearmedisin	23
Oslo sykehusservice	24
Direktørens stab	25

Klinikk for psykisk helse og avhengighet

Prognoser 2018

Klinikk psykisk helse og avhengighet	Budsjett 2018	Prognose	Avvik
Resultat 2018 (MNOK)	0	-34	-34
Bemanning, drift	2 290	2 329	-39
Aktivitet poliklinikk	179 119	179 119	0

Aktivitet: +2,5% ift virkelig 2017

Klinikkleders vurdering:

I prognosevurderingen for resultat 2018 er de økonomiske effektene av planlagte tiltak i budsjettet vurdert. Klinikken utfordring for 2018 er hovedsakelig knyttet til beleggsprosenten ved Akuttpsykiatrisk avdeling og utfordringen vedrørende videre pasientforløp, enten ved utskrivning til annen døgnbehandling eller poliklinisk behandling ved andre enheter i klinikken eller utskrivning til neste behandlingsnivå i bydelene.

Beleggsprosent og videre pasientforløp er også en utfordring for Psykoseseksjonen i døgnavdelingen. I tillegg er det fortsatt en usaldert kostnadsutfordring i klinikken på 13,4 mill kr. Prognosen på bemanning henger sammen med prognosen på resultatet. Aktivitetsprognosen er i samsvar med budsjett.

Klinikken plan for å gjennomføre budsjettkravet for 2018

Nye tiltak for å gjennomføre budsjettkravet	Økonomisk effekt(MNOK)	Iverksettes
<ul style="list-style-type: none"> Generell reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk knyttet til «Forbedring av driften i OUS». 		April, est. effekt start
<ul style="list-style-type: none"> Redusere liggetid ved døgnpostene, spesielt ved Akutt- og Døgnavdelingen, ved tidligere overføring til annen døgnbehandling i klinikken, samt samhandling med bydelene med kompetanseutveksling for å fremme raskere overføring til behandling utenfor klinikken 		April, est. effekt start
Økonomisk effekt av planlagte tiltak	14	
Behov for tiltak for å gjennomføre budsjettkravet2	34	
Resultat prognose etter tiltak	-20	

Kommentarer nye tiltak

Akutt- og Døgnavdelingenes utfordring:

Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk – HR stab har i samarbeid med avdelingsledere initiert prosjekt, som allerede er implementert i to enheter i Avdeling Rus- og Avhengighetsmedisin

Redusere døgnoppholdstid for pasienter med høy symptomintensitet og lavt funksjonsnivå – er et tredelt prosjekt der tiltak for å redusere kritisk høyt pasientbelegg, tiltak for å fremme pasientforløp internt i klinikkenes egne seksjoner fra ø-hjelp akuttpsykiatri til døgntilbud i

DPS-ene. Tiltak for å øke raskere og høyere utskrivningsrate til neste behandlingsnivå i bydelene er viktigst.

Samhandling med bydelene med kompetanseutveksling for å fremme raskere overføring til behandling utenfor døgninstitusjon. Eksempelvis raskere overføring til dagbehandling av pasienter med alvorlig depresjon, der ECT-behandling kreves.

Barne- og Ungdomspsykiatriens (BUPs) utfordring:

Forskyvning fra døgnbehandling til poliklinisk behandling – begge FRONT-team er nå etablert; FRONT-Ung fra 1.september 2017. Ny ledelse i BUP utarbeider tiltak for å styrke poliklinisk bemanning ytterligere og forskyve eksisterende ressurser fra døgn til dag- og poliklinisk behandling. Forskyvning av kompetanse i polikliniske team, der behandlingsansvarlige team styrkes med spesialister i barne- og ungdomspsykiatri, samt psykologer.

Restutfordring

Klinikken har foreløpig manglende tiltak for 20 MNOK. Det pågår vurderinger knyttet til reduksjon i generelle driftsposter ved avdelingene i klinikken.

Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi

Prognoser 2018

Hode-hals-klinikken	Budsjett 2018	Prognose	Avvik
Resultat 2018 (MNOK)	0	-30	-30
Bemanning	759	759	0
DRG poeng	22 694	21 500	-1 194

Klinikkleders vurdering:

Hode-hals-klinikken har levert en aktivitetsprognose på 21500 DRG-poeng. Det er 1194 poeng under plantall. Det er to hovedforklaringer til dette avviket. Det første er at det er et lavere etterslep på CI-vedlikehold enn antatt høsten 2017. Klinikken så allerede dette i november og desember 2017 og det er bekreftet også fra avdelingen at etterslepet nå er tatt igjen. I budsjett for 2018 lå det en forutsetning om at det var en rest på ca. 80-100 implantater når vi gikk inn i 2018. Dette innebærer et DRG-tap på 4-500 DRG-poeng. (Men medfører også en reduksjon på varekost på 5-6 millioner kroner).

Det andre momentet er knyttet til forsinket effekt av aktivitetsøkede tiltak. Dette gjelder så å si alle tiltak klinikken meldte inn i budsjettet (ny stue ØNH på Aker, erstatte to halve med en hel operasjonsstue på Ullevål for Plast samt ta i bruk smerterom for å øke poliklinisk kapasitet på RH, og dermed kunne flytte dagkirurgisk virksomhet for plast fra Aker og ned til RH). Det er foreløpig ikke kommet avklaring på noen av disse punktene og det medfører store tap månedlig for klinikken. Dette vil nok nå foreligge tidligst over påske, og mest sannsynlig kanskje ikke før over sommeren. Dette medfører månedlig et tap av inntekt på ca. 70 poeng. Så prognosen vil selvfølgelig avhenge av hvor raskt vi får disse tiltakene på plass.

Det siste momentet rundt aktivitet er at det per nå er veldig vanskelig å få kontroll på hvordan man faktisk ligger an. Resultatet for januar er svært foruroligende for HHA. Klinikken kan synes bare i januar å være godt over 100 poeng under plantall. Men det kan virke som om alle grouperendringer ikke er hensyntatt. Derfor er det vanskelig å få en total oversikt over aktivitetsbildet og prognose gir nok også i noen grad uttrykk for dette.

Klinikkens plan for å gjennomføre budsjettkravet for 2018

Hode-hals-klinikken	Økonomisk effekt(MNOK)	Iverksettes
Nye tiltak for å gjennomføre budsjettkravet		
1. LKG-pasienter Danmark	5	feb.18
2. Økt aktivitet Øye	2	feb.18
3. Bedre innkrevingsrutiner	0,5	feb.18
4. Ledighold stillinger	1	apr.18
Økonomisk effekt av planlagte tiltak	8,5	
Behov for tiltak for å gjennomføre budsjettkravet	30	
Resultat prognose etter tiltak	21,5	

Kommentarer nye tiltak

Tiltak 1

Høsten 2017 hjalp Plastikkirurgisk avdeling OUS, Rigshospitalet i København med noen LKG-pasienter. Denne ordningen har fortsatt inn i 2018 og RH København ønsker å fortsette

og utvide denne ordningen. En utvidelse med ca 30-40 pasienter vil gi HHA en netto inntekt på om lag 5 millioner kroner.

Tiltak 2

Øyeavdelingen har flere store driftsutfordringer. I budsjettet er det meldt inn både for AMD-klinikk og nye stillinger knyttet til barn og fremre segment. Dette er stillinger vi mener vil medbringe god økonomi da de enten vil bidra til redusert bruk av variabel lønn eller økt aktivitet. Men uavhengig av disse stillingene ser vi at det er et potensial for å pakke bruken av operasjonsstuen noe på Øye.

Tiltak 3

Gjennom innkrevingsprosjektet så er det blitt identifisert flere områder hvor sykehuset har potensial for å kreve inn mer inntekter. HHA har generelt sett relativt god kontroll på sine rutiner, men det er rom for forbedringer også i vår klinikk. Først og fremst gjelder dette egenandeler for pasienter ikke-møtt samt få et godt system for dagkirurgi/dagbehandling selvbetalende pasienter. Selv om det ikke er et voldsomt volum av sistnevnte gruppe, så er det viktig å få dette satt ordentlig inn i system da de i dag faller litt i gjennom.

Tiltak 4

HHA innfører fra og med i år en innrapportering på ledige stillinger i klinikken til en hver tid. Dette er først og fremst ment som et kontrolltiltak for å få oversikt over risikoen for store økninger i antall årsverk (slik som klinikken hadde høsten 2017). Men det vil også medføre en økt grad av vurdering på om man faktisk trenger å sette inn sykevikarer/nyansettelser, når noen blir syke/slutter.

Restutfordring

Etter iberegnet effekt av disse tiltakene vil klinikken fortsatt ha en restutfordring på 21,5 millioner kroner. Veldig mye av denne risikoen ligger på inntektssiden. Med kraftig fall i vekter fra 2017 til 2018 har også klinikken mindre potensial til å skape ytterligere økte inntekter utover budsjett. Det er også viktig å bemerke at det er tidlig i året og ny grupper er ikke ordentlig innarbeidet. Derfor er det vanskeligere enn noen gang å vite hvordan man reelt sett står ift. ISF-inntekter så tidlig i året. Det vil jobbes videre med utnyttelse av operasjonsstuer og poliklinikk i klinikken. Og som beskrevet ovenfor så har klinikken noe potensial her. De viktigste tiltakene for klinikken er de som vi meldte inn i budsjettprosessen. Det gjelder AMD-klinikk, operasjonsaktivitet ØNH på Aker og poliklinikkøkning på Plast. Per i dag så er ingen av disse sakene avklarte og jo lenger tid det tar å få dette på plass jo vanskelig vil det være for klinikken å nå sitt aktivitetsmål.

Medisinsk klinikk**Prognoser 2018**

Medisinsk klinikk	Budsjett 2018	Prognose	Avvik
Resultat 2018 (MNOK)	0	-40	-40
Bemanning	1 272	1 302	30
DRG poeng	27 386	27 386	0

Klinikkleders vurdering:

I prognosevurdering for resultat 2018 er de økonomiske effekter av tiltak vurdert. Forutsetter full oppnåelse av aktivitetsvekst uten økt bemanning og 80 % oppnåelse av resterende tiltak. Enkelte forhold skal justeres mot fellesposter som ikke er tatt hensyn til i denne prognosen. Effektene vil bedre det økonomiske bildet til klinikken.

Øvrig negativ prognose tilskrives en noe svakere utvikling i kostnadsbilde enn prognostisert ved inngang til budsjettarbeidet, uløst utfordring knyttet til fordeling av restutfordring ut over 3 % krav og kostnader til innføring av Metavision.

Klinikkens plan for å gjennomføre budsjettkravet for 2018

Medisinsk klinikk	Økonomisk	Iverksettes
Nye tiltak for å gjennomføre budsjettkravet	effekt(MNOK)	
1. Utredning av fem-døgns post	4	
2. Økt effekt på tiltak vedrørende vurderingsregime ved biologisk behandling	1	jan.18
3. Gjennomgang av mulig ytterligere reduksjon av generelle driftskostnader	1	jan.18
Økonomisk effekt av planlagte tiltak	6	
Behov for tiltak for å gjennomføre	-40	
Resultat prognose etter tiltak	-34	

Kommentarer nye tiltak

Alle effekter er helårseffekter.

Tiltak 1: Etablering av fem-døgnpost (grovt estimat 4 mill.)

Medisinsk klinikk starter utredning av mulighet for «fem-døgnpost». Dette innebærer å undersøke hvilke konsekvenser dette vil ha for belegg, liggetid og pasientflyt.

Tiltak 2: Økt effekt på tiltak vedrørende vurderingsregime ved biologisk behandling (1,2 mill.)

Fra opprinnelig tiltak:

Pasienter aktuelle for biologisk behandling tas til endoskopi før oppstart for sikre at indikasjon for oppstart er god. Intensivert responsevaluering inkludert ny skopi etter ett år for evt. å kunne seponere medikament ved manglende effekt.

Tiltak 3: Gjennomgang av mulig ytterligere reduksjon av generelle driftskostnader (1 mill.)

Gå gjennom etablerte budsjetttrammer og planer for å redusere «hverdags»-kostnader.

Restutfordring

Klinikken har foreløpig manglende tiltak for -34 mill. gitt de rammer som i dag er gjeldende. Medisinsk klinikk jobber kontinuerlig med forbedring av drift i liten og stor skala. Utover det vi har beskrevet på tiltak jobber vi også med områder hvor estimert gevinst ikke er etablert. Dette er:

1. Prosjekt som ser på og tester alternative driftsformer og alternative bemanningssammensetninger.
2. Samarbeid med institutt for økonomi ved NTNU som i økende grad arbeider med helsesektoren for å finne gode løsninger.
3. Etter initiativ fra sentral stab gjennomgår vi liggetid i Medisinsk klinikk for å identifisere mulig bedre og mer effektive pasientforløp.

Nevroklinikken

Prognoser 2018

Nevroklinikken	Budsjett 2018	Prognose	Avvik
Resultat 2018 (MNOK)	0	-34	-34
Bemanning	859	900	41
DRG poeng	27 702	27 702	0

Klinikkleders vurdering:

Klinikken hadde en opprinnelig budsjettutfordring på nærmere 30 MNOK. Deler av utfordringen er knyttet til avvikling av en gunstig finansiert «raskere tilbake» ordning innen Nevrokirurgi. Klinikken meldte inn kostnadsreducerende tiltak tilsvarende 10 MNOK. Det utgjør 1 % av klinikkens utgiftsnivå i 2017. Dermed hadde klinikken en restutfordring på om lag 20 MNOK.

Klinikken har foretatt en ny vurdering av utfordringsbildet i 2018 og den viser et forverret bilde. Følgende momenter er vurdert ved estimering av nytt utfordringsbilde:

- Resultatutvikling siste 3 måneder i 2017. Resultatet viser et høyere utgiftsnivå enn det estimat som lå til grunn for budsjett 2018. Inngangsfart 2018 er dermed høyere enn antatt ved budsjetteringstidspunktet.
- Resultater i januar 2018.
- Innmeldte kostnadsreducerende tiltak i budsjettprosessen på 10 MNOK. Tiltaksoppråelse av innmeldte tiltak er pt vurdert til 80 %.

Disse forholdene gjør at klinikkens utfordringsbilde i 2018 vil være nærmere -34 MNOK før ytterligere nye tiltak.

Budsjettbalanse i 2018 krever ytterligere bemanningsreducerende tiltak tilsvarende 41 årsverk. Det tilsvarer 5 % reduksjon i klinikkens årsverk. Klinikken forventer at årsverkene vil gå noe ned fra nivå i januar 2018 som følge av implementering av eksisterende og nye tiltak. Samtidig er det forhold rundt behandling av slagpasienter som taler for at nevrologisk kompetanse i mottak må styrkes og det vil gi en økning i årsverk. Klinikken arbeider videre med å konkretisere ytterligere nye tiltak for å redusere utfordringsbildet. Men på nåværende tidspunkt anser vi budsjettbalanse i 2018 som svært krevende.

Klinikken forventer å få til aktivitetsveksten som er forespeilet i budsjett på 2 %. Men eventuelle store strukturelle endringer kan påvirke aktivitetsnivået.

Klinikkens plan for å gjennomføre budsjettkravet for 2018

Nevroklinikken	Økonomisk effekt(MNOK)	Iverksettes
Nye tiltak for å gjennomføre budsjettkravet		
1. Forbedringer i pasientforløp og organisering	X	feb.18
2. Tiltak fra Fysikalsk medisinsk avdeling	0,5	mar.18
3. Felles sommerdrift ved sengeposter på RH(NKI og NEV)	1,0	jun.18
Økonomisk effekt av planlagte tiltak	1,5	
Behov for tiltak for å gjennomføre budsjettkravet	-34,0	
Resultat prognose etter tiltak	-32,5	

Kommentarer nye tiltak**Tiltak 1: Forbedringer i pasientforløp og organisering.**

Handlingsrommet for betydelige besparelser med dagens organisering av pasientforløpene er svært begrenset. Klinikken er derfor i gang med å gjøre analyser innen kapasitetsutnyttelse og variasjon. Oppgavedeling mellom lokalisasjoner, sammenslåing av poster og reduksjon i antall senger vil bli vurdert. Forbedringer av drift mot lavere kostnadsnivå vil inngå i klinikkens organisasjonsprosess i 2018. Dette arbeidet starter 8.februar med ledersamling som setter fokus på tematikken. Hvilken retning klinikken velger må samtidig henge sammen med overordnede strategier for fremtidens Oslo universitetssykehus. Arbeidet forutsetter god involvering og klinikken kan derfor på nåværende tidspunkt ikke estimere hvor mye kostnadsbesparelse dette vil gi.

Tiltak 2: Tiltak fra Fysikalsk medisinsk avdeling.

Ledighold av en 50 % fysioterapeut stilling ut året og reduksjon av korttidsfravær på sengepost. Seksjonen har stort utfordring med sykefravær og det medfører høyt forbruk av variabel lønn. Avdelingen har satt i verk tiltak for å redusere fraværet og gjennom det forventer vi å redusere bruken av variabel lønn.

Tiltak 3: Felles sommerdrift.

Nevrologisk og Nevrokirurgisk sengepost med region og -landsfunksjon er lokalisert nær hverandre på Rikshospitalet. Klinikken vil vurdere samdrift av postene i sommerferien. Det vil bidra til å redusere sårbarhet ved fravær og dermed lavere variable lønnskostnader.

Restutfordring

Nye tallfestede tiltak reduserer utfordringsbilde med 1,5 MNOK. Klinikken mangler fortsatt tiltak for 32,5 MNOK. Strukturelle grep med reduksjon av senger vil være hovedfokus for videre arbeid med å redusere utfordringsbildet.

Ortopedisk klinikk

Prognoser 2018

Ortopedisk klinikk	Budsjett 2018	Prognose	Avvik
Resultat 2018 (MNOK)	0	-15,5	-15,5
Bemanning	600	610	-10
DRG poeng	21 629	21 629	0

Klinikkleders vurdering:

Ortopedisk klinikk ble i budsjettet 2018 pålagt et effektiviseringskrav på 3,9%. Av dette er 1,4% av tenkt håndtert med aktivitetsvekst uten tilsvarende bemanningsvekst. I tillegg skal kostnadene reduseres med 15,4 mill kr. Klinikken hadde i november konkretisert kostnadsreducerende tiltak for 7,2 mill kr.

Klinikken hadde 2 halvår høyere kostnader til innleie, overtid og variabel lønn enn 1 halvår, selv om aktiviteten var lavere enn budsjettet for alle mnd med unntak av desember. Inngangsfarten inn i 2018 er derfor noe lavere enn det som var utgangspunktet for budsjettarbeidet. I tillegg har noen av tiltakene klinikken identifiserte som for eksempel selvbetalingsautomaten på skadelegevakten fått forsinket oppstart slik at forventet effekt av tiltakene er noe redusert.

Det er viktig at tabellen under kommer i tillegg til allerede innmeldte tiltak der klinikken blant annet vil jobbe med driften av hotellposten, bemanningsgjennomgang, ledighold for å nevne noe.

Klinikkens plan for å gjennomføre budsjettkravet for 2018

Ortopedisk klinikk Nye tiltak for å gjennomføre budsjettkravet	Økonomisk effekt(MNOK)	Iverksettes
1. Talegjenkjenning på RH	0,18	april
2. Gjennomgang av rutiner for innkjøp	0,25	mars
3. Bemanningsgjennomgang SOP US	0,5	jan
4. Operasjon Storgt 40 - "ansvarlig lege" for gjennomføringen på US	0,8	mars
5. Kodekurs for legene - info i oppstartspermen	0,1	mars
6. Gjennomføring og deltakselse av røntgenmøtene	0,74	mars
Økonomisk effekt av planlagte tiltak	2,57	
Behov for tiltak for å gjennomføre budsjettkravet	15,5	
Resultat prognose etter tiltak	12,93	

Kommentarer nye tiltak

Tiltak 1

På ortopedisk klinikk ved DNR er det i dag tatt i bruk talegjenkjenning. Klinikken vil starte et prosjekt der dette også tas i bruk på RH. Det er ikke forventet å gi store besparelser men det er forventet å kunne gi en bedre drift og å kunne frigjøre noe kapasitet hos kontorpersoneell.

Tiltak 2

Klinikken har implementert en ny fullmaksstruktur fra 01.01. 2018. Det er betydelig høyere avtaledekning på US enn på RH så klinikken vil jobbe med rutinene for innkjøp spesielt på RH.

Tiltak 3

Klinikken har fått sentral bistand til en gjennomgang av bemanningsplanleggingen til de ortopediske operasjonssykepleierne på Sentraloperasjon. Målet med dette er at bemanningen skal være tilpasset den faktiske aktiviteten. Dette er forventet å gi en bedre arbeidshverdag for driftere og ansatte samt noe reduksjoner i behovet for innleie og overtid.

Tiltak 4

Som en konkretisering av tiltak for å øke den operative aktiviteten vil klinikken dedikere en «ansvarlig lege» med ansvar for å fylleoperasjonsstuen og redusere strykninger. Dersom dette gir en operasjon mer i uken vil dette kunne ha en økonomisk effekt.

Tiltak 5

Klinikken vil også i går gjennomføre kodekurs for legene, noe som vil sørge for riktigere registrering og kanskje noe DRG inntekter.

Tiltak 6

På US skal deltakelsen og gjennomføringen av de daglige røntgenmøtene vurderes. Det er forventet at dette kan gi noe gevinster i form av tidligere visittgang og kanskje utskrivelser for pasientene.

Restutfordring

Klinikken har en stor aktivitet og mange tiltak som vil innebære reelle forbedringer i arbeidsmåter og driften.

Barne- og ungdomsklinikken

Prognoser 2018

Barne- og ungdomsklinikken	Budsjett 2018	Prognose	Avvik
Resultat 2018 (MNOK)	0	-15	-15
Bemanning	944	944	0
DRG poeng	15 095	15 095	0

Klinikkleders vurdering

I prognosevurderingen for resultat 2018 er de økonomiske effektene av planlagte tiltak i budsjett 2018 vurdert. Klinikken utfordring for 2018 er primært situasjonen ved Nyfødt intensiv, der pasientsammensetningen de siste årene har blitt stadig mer kompleks, med høyere bemannings- og kompetansebehov enn vi har i dag samtidig med fallende DRG inntekter.

Klinikken planlegger å iverksette nye tiltak for å lukke estimert DRG-avvik og øke øvrige inntekter samt å gjennomgå alle bemanningsplaner, revurdere bruk av fastvakter og spesielt følge opp mål om redusert bruk av eksternt innleie.

Klinikkens plan for å gjennomføre budsjettkravet for 2018

Barne- og ungdomsklinikken	Økonomisk effekt(MNOK)	Iverksettes
Nye tiltak for å gjennomføre budsjettkravet		
1.Økt aktivitetskrav på ABU	2	feb.18
2.Økt aktivitetskrav på Lunge & Allergi	1	mar.18
3.Kodenettverk og tett oppfølging inntekter	1,5	Medio jan 2018
4.Følge opp retningslinje «Fast vakt» inkl. opioid på sengepost retn. linje.	1	feb.18
5. Redusere medikamentkostnader	0,5	feb.18
6. Del 2. av sengepostprosjektet / oppdatere bemanningsplaner	2	mai.18
Økonomisk effekt av planlagte tiltak	8	
Behov for tiltak for å gjennomføre budsjettkravet	-15	
Resultat prognose etter tiltak	-7	

Kommentarer nye tiltak

Tiltak 1

Vår nyopprettede Avdeling for barn og unges psykiske helse på sykehus, forventes å kunne øke sin aktivitet ut over hva som er budsjettet.

Tiltak 2

Ny overlegestilling som forventes som del av innføring av tilstedevakt vil tilføre avdelingen ekstra kapasitet til å avvikle ventelister og økende pasientvolum. Tiltaket anses realistisk og er estimert til ca 40 DRG-poeng for klinikken.

Tiltak 3

Klinikken har aktivt jobbet med å etablere et internt kodenettverk. Vi har ansatt en kodeveileder som skal bidra med analyser over områder der kodingen kan bli bedre. Tiltaket vurderes som gjennomførbart og er estimert til ca 60 DRG-poeng for klinikken. I tillegg har vi laget rutine for å sikre alle typer inntekter som vil legges til grunn av alle avdelinger.

Tiltak 4

Retningslinje som først ble utarbeidet ved Barneavdeling for kreft og blodsykdommer. Etter behandling i klinikkens ledermøte er den nå etter lokal tilpasning breddet i hele klinikken. Vi vil følge opp at den brukes aktivt alle steder. Retningslinjen sier noe om hva som skal gjennomgås før det settes en fast vakt på en pasient. Korrekt bruk av rutinen for opioidbruk på sengepost vil også bidra til riktig bruk av fastvakt evt. sammen med elektronisk overvåkning med overføring av data til «sentral» på vaktrom. Forventer å redusere klinikkens behov for ekstern innleie med ca 3-4 vakter i uken.

Tiltak 5

Klinikken har tett dialog med SA og LIS –gruppen for å raskt omstille til generiske medikamenter eller omstille til minst kostbare avtalte medikament. Det er gitt fullmakter til SA til å bestille generiske medikamenter / billigste alternativ for klinikken fremfor rekvirert medikament.

Tiltak 6

Klinikken gjennomførte i 2017 en bred og grundig kartlegging av aktivitet og bemanning på samtlige sengeposter. Som del 2 i prosjektet skal nå bemanningsplaner ses opp mot vaktplaner for å identifisere riktig bemanning i forhold til aktiviteten. Det er forventet at endringer i turnus vil føre til reduserte kostnader, men ikke reduksjon i årsverk.

Restutfordring

Klinikken har foreløpig manglende tiltak for 7 MNOK. Det pågår vurderinger knyttet til nye tiltak i klinikken.

Kvinneklinikken

Prognoser 2018

Kvinneklinikken	Budsjett 2018	Prognose	Avvik
Resultat 2018 (MNOK)	0	-18	-18
Bemanning	690	705	15
DRG poeng	21 401	21 263	-138

Klinikkleders vurdering:

Prognosen for 2018 er et negativt resultat på -18 mill. Dette inkluderer 12,5 mill som er beskrevet ved budsjettinnlevering. I tillegg er det tilkommet et forventet avvik knyttet til aktivitetsbasert inntekter på -5,5 mill hvorav 4 mill er knyttet til ventelister for fødsler ift plan og 1,5 mill ifb med innføring av NLK.

Klinikkens hovedfokus for å få ned kostnader mot budsjettet nivå i 2018 vil være en grundig gjennomgang av arbeidsplanene i avdelingene. Behov for bemanningsreduksjon er beregnet til å utgjøre 14,5 årsverk. Dette vil være et langsiktig arbeid, men vi har som mål å få effekter av dette allerede i høsten 2018.

Klinikkens plan for å gjennomføre budsjettkravet for 2018

Kvinneklinikken	Økonomisk effekt(MNOK)	Iverksettes
Nye tiltak for å gjennomføre budsjettkravet		
Ledighold	0,4	1.apr-1.sept
Bemanningsplaner	0,5	Høst 2018
Koding poliklinikk	0,1	jan.18
Reduksjon i innkjøpskostnader	0,2	april
Økonomisk effekt av planlagte tiltak	1,2	
Behov for tiltak for å gjennomføre budsjettkravet	18	
Resultat prognose etter tiltak	-16,8	

Kommentarer nye tiltak

Tiltak 1

Avdelingsleder i føden slutter i mars, og ny leder vil antagelig ikke være på plass før i september.

Tiltak 2

Klinikken planlegger en detaljert gjennomgang av alle arbeidsplaner i klinikken, jfr delprosjekt «Bemanningsplanlegging» i programmet «Forbedring av drift». Det vil spesielt interessant å se på muligheten for tilpasning til ulike aktivitetsnivåer gjennom året. Fokus på daglig styring på daglig ressursstyring, og tilpasning av bemanningsnivå til aktivitetsnivå gjennom dagen og uken med mål om reduksjon i variabel lønn, vil samtidig bli økt.

Tiltak 3

Effekten på riktig koding av poliklinikk er ca 0,1 mill større enn meldt i opprinnelig tiltaksliste ifb med budsjett 2018

Tiltak 4

Gyn. avdeling gjør en analyse i utvikling i bruk av engangsutstyr på operasjonsstua for å identifisere mulige innsparingsområder. Videre vil klinikken ifb med innkjøpsprosjektet gå gjennom produkter som kjøpes utenfor avtale. Vi har forsiktig anslått dette til å ha et potensiale på ca 0,2 mill.

Restutfordring

Klinikken mangler foreløpig tiltak for 16,8 MNOK. Klinikken jobber hele tiden med å identifisere flere forbedringsområder, og har kontinuerlig fokus på stram, god drift.

Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon

Prognoser 2018

KIT	Budsjett 2018	Prognose	Avvik
Resultat 2018 (MNOK)	0	-23,2	-23,2
Bemanning	985	1 010	25
DRG poeng*	35 274	35 274	0

*Budsjett for DRG-poeng er lik innmeldt budsjett i november 2017. Tallene er basert på 2017-grupper og logikk.

Klinikkleders vurdering:

I prognosevurderingen for resultat 2018 er de økonomiske effektene av planlagte tiltak i budsjettet vurdert. Klinikken har ikke tilstrekkelige tiltak tilsvarende 23,2 MNOK. I klinikkens prognose ligger økte medikamentkostnader tilsvarende 3,6mill. kr. som tidligere meldt. Det er satt av midler sentralt til økte medikamentkostnader, og dersom klinikken får overført midler til dette vil prognosen reduseres tilsvarende. Dette gjelder også kostnader til LIS 1-utdanning tilsvarende 0,75 MNOK.

En samlet vurdering per januar 2018 tilsier behov for å redusere bemanningen med om lag 30 årsverk. Belegget på klinikkens sengeposter i 2017 var 83 % klokken 07.00, dette gjør bemanningsreduksjon lite aktuelt. Klinikken gjorde i 2017 en grundig gjennomgang av antall senger og bemanning på alle sengeposter og reduserte med tre årsverk. Dette er allerede innarbeidet i budsjett 2018. Sammenslåing av sengeposter er også vurdert og funnet ikke å gi noen innsparing med unntak av Urologi, se under.

Unntaket er Urologi Aker som har 71 % belegg. Klinikken største kostnadsreduserende tiltak er et flytt av døgnaktiviteten ved Urologisk avdeling på Aker. Dette er estimert til 6,4 MNOK. KAR-flytt isolert vil kunne gi mulighet for bemanningsreduksjon på Aker ved sammenslåing av sengepostene. Dette er ikke detaljvurdert grunnet usikkerhet.

Klinikken klarte aktivitetskravet i 2017 og anser på nåværende tidspunkt at innmeldt aktivitetsvekst på 2,05 % er realistisk basert på pasientenes behov. Klinikken aktivitet er i stor grad kirurgisk og avhengig av tilgjengelige operasjonsstuer. Effektivisering av operasjonsdrift ligger allerede inne som et tiltak og vi ser det som lite realistisk å kunne øke produksjonen ytterligere.

Klinikkens plan for å gjennomføre budsjettkravet for 2018

KIT	Økonomisk effekt(MNOK)	Iverksettes
Nye tiltak for å gjennomføre budsjettkravet		
1. Redusert bemanning døgn på Uro Aker	-1	Ved evt. KAR-flytt
2. Økt aktivitet utover budsjett 2,05%	0	
3. Redusere antall senger	0	
4. Sammenslåing av sengeposter	0	
Økonomisk effekt av planlagte tiltak	-1	
Behov for tiltak for å gjennomføre	23,2	
Resultat prognose etter tiltak	-22,2	

Restutfordring:

Klinikkens vurdering av prognose og mulige nye tiltak for 2018 tilsier en restutfordring på 22,2 MNOK. Klinikken vil arbeide videre med mulige tiltak for å redusere utfordringen, men varsler at det vil være svært utfordrende.

Kreftklinikken

Prognoser 2018

Kreftklinikken	Budsjett 2018	Prognose	Avvik
Resultat 2018 (MNOK)	0	-5,5	-5,5
Bemanning	1 358	1 364	6
DRG poeng	31 867	31 867	0

Budsjett for DRG-poeng er basert på foreløpig resultat 2017 pluss avtalt vekst. Tallene er basert på 2017-grupper og logikk og er eksklusive poeng for H-resept.

Klinikkleders vurdering:

Klinikken har samlet sett et kostnadsnivå ved utgangen av 2017 som er høyere enn det budsjetterrammen for 2018 gir rom for. Klinikken har i siste del av 2017 sett en aktivitetsutvikling som tilsier at kapasitet og bemanning i flere av sengepostene må vurderes på nytt. Så langt vurderer klinikken en reduksjon i sengepostene tilsvarende en reduksjon på 6 årsverk.

Aktivitetsutviklingen i siste del av 2017 gjør at klinikken er usikker på budsjett og prognose for DRG-poeng. Dersom aktiviteten viser seg å medføre færre DRG-poeng enn forutsatt i budsjettet må klinikken gjøre en ny vurdering av mulige tilpasninger av kostnadene.

Klinikkens plan for å gjennomføre budsjettkravet for 2018

Kreftklinikken	Økonomisk effekt(MNOK)	Iverksettes
Nye tiltak for å gjennomføre budsjettkravet		
Vurdere kapasitet og bemanning i sengepostene i klinikken	4,2	mai.18
Sommerferieavvikling i klinikken	0,2	jun-jul. 2018
Økonomisk effekt av planlagte tiltak	4,4	
Behov for tiltak for å gjennomføre budsjettkravet	5,5	
Resultat prognose etter tiltak	-1,1	

Kommentarer nye tiltak

De skisserte tiltakene er ikke drøftet i klinikken.

Restutfordring

Klinikkens vurdering av prognose og mulige nye tiltak for 2018 tilsier en restutfordring på ca. 1 million kroner. Klinikken vil arbeide videre med mulige tiltak for å håndtere restutfordringen.

Hjerte-, lunge- og karklinikken

Prognoser 2018

Hjerte-lunge og karklinikken	Budsjett 2018	Prognose	Avvik
Resultat 2018 (MNOK)	1 120 162	1 132 162	-12 000
Bemanning (interne brutto årsverk)	848	854	6
DRG poeng (2017 gruper)*	34 548	34 548	0

Klinikkleders vurdering

Prognosen er basert på forutsetningene som er lagt i budsjett 2018. Siste måneder har det vært en økning av pasienter med aortastenose til TAVI og det har medført for lang ventetid for denne gruppen pasienter. Klinikken er derfor nødt til å øke antall behandlinger ut over det som ligger i plantallet. Økt TAVI vil ha negativ effekt på bunnlinjen, men klinikken jobber med kompensere tiltak i form av mer effektive pasientforløp. Det gjenstår noe arbeid før man har sikre tall av økning i TAVI. Det er usikkerhet knyttet til mulig fall i hjertekirurgi. Effekt på økonomi vil kompenseres noe av økning i TAVI.

Klinikkens plan for å gjennomføre budsjettkravet for 2018

Hjerte-lunge og karklinikken	Økonomisk effekt(MNOK)	Iverksettes
Nye tiltak for å gjennomføre budsjettkravet		
1. Ny lettpost; samle dagpasienter fra sengeposter. Gi plass til flere døgnpasienter	3	mar.18
2. 2 ablasjonspasienter ligger på LUR sengepost. Økning i antall pasienter.	4	mar.18
3. Felles sommerdrift TKA3 og TKA1	5	jul.18
4. Flytting av KAR avdelingen ut av Aker	0	jul.18
Økonomisk effekt av planlagte tiltak	12	
Behov for tiltak for å gjennomføre budsjettkravet	12	
Resultat prognose etter tiltak	0	

Kommentarer nye tiltak

Tiltak 1

Klinikken planlegger nye tiltak for å nå et null-resultat for 2018. Dette er tiltak er som vil gi mer hensiktsmessig drift av sengeposter slik at man får frigjort senger som kan benyttes til å skape økt aktivitet. Her inngår etablering av "lettpost" eller 5-døgnspost. Drøfting av tiltaket gjenstår.

Tiltak 2

Klinikken vil i større grad utnytte kompetanse på tvers av ulike avdelinger. Lungeavdelingen vil ta hånd om enkelte pasienter som har vært til ablasjonsbehandling ved Kardiologisk avdeling.

Tiltak 3

Thoraxkirurgisk avdeling ser også på muligheten for å slå sammen driften ved Ullevål og Rikshospitalet i sommer knyttet til planlagte lavaktivitetsuker.

Tiltak 4

Det planlegges flytting av karkirurgien fra Aker i løpet av 2018, men det er foreløpig ikke besluttet hvordan det skal skje. Man har som utgangspunkt at karflyttingen ikke skal ha negative effekter på klinikkens totale økonomi.

Akuttklinikken

Prognoser 2018

Akuttklinikken	Budsjett 2018	Prognose	Avvik
Resultat 2018 (MNOK)	0	-10,6	-10,6
Bemanning	1 808	1 813	5

Klinikkleders vurdering:

Klinikken melder en negativ prognose som følge av behov for oppbemanning når to nye hybridoperasjonsstuer på Intervensjonssenteret er ferdig bygget ca mai i år, samt at det er risiko for at intensivområdet blir verre i 2018 enn i 2017. Videre er det vanskelig å bemanne faste spesialsykepleiestillinger, som kan medføre dyr innleie fra vikarbyrå. I tillegg er det risiko for at operasjonsaktiviteten og varekostnadene blir høyere enn budsjettforutsetningene.

Klinikken jobber løpende med driftsforbedringer for å tilpasse budsjettkravene i 2018. En samlet vurdering per januar 2018 tilsier behov for å redusere bemanningen med om lag 5 brutto månedsværk.

Klinikkens plan for å gjennomføre budsjettkravet for 2018

Akuttklinikken	Økonomisk effekt(MNOK)	Iverksettes
Nye tiltak for å gjennomføre budsjettkravet		
1. Betaling fra Oslo kommune for tjenesteavtale beredskap Aker	0,6	mar.18
Økonomisk effekt av planlagte tiltak	0,6	
Behov for tiltak for å gjennomføre budsjettkravet	10,6	
Resultat prognose etter tiltak	-10	

Kommentarer nye tiltak

Tiltak 1

Akuttklinikk tilbyr i dag tjenester som innebærer beredskap og utrykning til kommunale virksomheter på Helsearena Aker. Klinikken har jobbet lenge med å få til en avtale med Oslo kommune for betaling av disse tjenestene. Akuttklinikken regner med å få signert en avtale innen kort tid, som vil ha en økonomisk effekt på 0,6 MNOK i 2018.

Restutfordring

Klinikken har foreløpig manglende tiltak for 10 MNOK, som utgjør ca 0,5 % av klinikkens totale budsjett. Deler av restutfordringen (ca 2-3 MNOK) skyldes behov for økt bemanning på Intervensjonssenteret når to nye hybridoperasjonsstuer er på plass rundt mai. Vi venter på avklaring fra OUS sentralt for finansiering av disse stillingene.

Klinikken har flinke ledere som løpende jobber med driftsforbedringer. Det jobbes mye med å få gjennomført de krevende tiltakene som ble vedtatt i budsjett 2018. En mulig løsning på restutfordringen er at klinikken får økt økonomiske effekt av det pågående tiltaksarbeidet, men det er for tidlig å tallfeste. Det jobbes med å øke arbeidstiden med 2 timer pr uke for 15-20 operasjonssykepleiere på Radiumhospitalet, som kan bidra til økt operasjonsaktivitet for OUS.

Prehospital klinikk

Prognoser 2018

Prehospital klinikk	Prognose	Budsjett 2018	Avvik
Resultat 2018 (MNOK)	0	0	0
Bemanning	801	801	0

Klinikkleders vurdering:

Klinikken forventer en prognose på 0 hvor det da tas for gitt full effekt av innmeldte tiltak. Det er usikkerhet vedrørende overdragelse av Vestby til Østfold, hvor det er forventet samme fordeling av ambulanseoppdrag mellom OUS og Østfold, men OUS har fått et uttrekk på 3 MNOK i 2018. Her må effekten av dette vurderes løpende etter overdragelsen. I tillegg er det usikkerhet rundt aktivitetsvekst i 2018 og hvor mye som kan håndteres innenfor dagens drift.

Klinikk for laboratoriemedisin

Prognoser 2018

Klinikk for laboratoriemedisin	Budsjett 2018	Prognose	Avvik
Resultat 2018 (MNOK)	0	0	0
Bemanning *ordinær drift	1 346	1 346	0
DRG poeng	185	185	0

Klinikkleders vurdering:

Klinikken har for 2018 et budsjett i balanse. Det er innarbeidet tiltak for 32 mnok i ordinær drift, inkl tiltak for å håndtere aktivitetsvekst. Klinikken vil følge opp tett fra januar 2018 for å kunne sette inn kompenserende tiltak dersom tiltakseffekter uteblir eller andre forhold dukker opp.

For klinikken er den største usikkerheten knyttet til variable inntekter. OUS HF har bedt HSØ om økt rammebevilgning på 208 mnok for å kompensere for reduserte variable inntekter som følge av den nye finansieringsordningen for poliklinisk laboratorievirksomhet. I budsjett 2018 har klinikken forutsatt at endringen gjennomføres budsjettnøytralt.

Klinikkens plan for å gjennomføre budsjettkravet for 2018

Klinikk for laboratoriemedisin Nye tiltak for å gjennomføre budsjettkravet	Økonomisk effekt(MNOK)	Iverksettes
Økonomisk effekt av planlagte nye tiltak	0	
Behov for tiltak for å gjennomføre	0	
Resultat prognose etter tiltak	0	

Kommentarer nye tiltak

Restutfordring

Klinikken har foreløpig tilstrekkelig med tiltak innarbeidet i budsjett 2018 og har ikke satt opp nye tiltak.

Klinikk for radiologi og nukleærmedisin

Prognoser 2018

Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	Budsjett 2018	Prognose	Avvik
Resultat 2018 (MNOK)	0	0	0
Bemanning	796	796	0

Klinikkleders vurdering:

Klinikken har en nullprognose. I budsjettprosessen ble klinikken tildelt midler til en moderat oppbemanning (10 stillinger) for å øke kapasiteten. Denne oppbemanningen vil ikke løse etterspørselskravet fra klinikere.

Det har de siste årene vært en større vekst innen bildediagnostiske tjenester sammenlignet med øvrig pasientbehandling. For å bedre kunne møte denne etterspørselen er det opprettet et prosjekt som skal se på driften i klinikken. Hensikten med prosjektet er å øke pasientsikkerheten gjennom at det utarbeides bedre rutiner og styringsinformasjon knyttet til ventelistene, henvisninger og tidspunkt for gjennomført undersøkelse. Prosjektet skal også se på funksjonsdelingen mellom OUS og andre samarbeidende sykehus.

Oslo sykehusservice

Prognoser 2018

Oslo sykehusservice	Budsjett 2018	Prognose	Avvik
Resultat 2018 (MNOK)	0	0	0
Bemanning	1 855	1 875	20

Klinikkleders vurdering:

Prognosen for resultat 2018 er i balanse med budsjett.

Prognosen legger til grunn at porteføljen av tiltak som er lagt inn i budsjettet samlet gir den totale effekt som er forutsatt. OSS mener dette er oppnåelig og realistisk.

Det er som tidligere år usikkerhet knyttet til utvikling av energi priser.

Prognosen for bemanning avviker fra budsjett. Dette knytter seg blant annet til at klinikkene underbudsjetter sine kjøp fra OUS sin interne vikarpool for sykepleiere. Det blir tilsvarende teknisk under budsjettering av årsverk i Oslo sykehusservice. Oslo sykehusservice anser ikke dette som problematisk, og det vil ikke påvirke det økonomiske resultatet.

Klinikkens plan for å gjennomføre budsjettkravet for 2018

Oslo sykehusservice har per januar/februar vurdert at det ikke er behov for nye tiltak. Fokus vil være på gjennomføring av eksisterende tiltak uten at dette går ut over aktivitetsnivået til klinikkene.

Restutfordring

Oslo sykehusservice har per januar/februar i dag ikke identifisert en restutfordring.

Direktørens stab

Prognoser 2018

Ordinær STAB	Budsjett 2018	Prognose	Avvik
Resultat 2018 (MNOK)	0	16	16
Bemanning	164,55	164,55	0

Ordinær STAB har prognostisert et positivt resultat på 16 millioner kroner for 2018. Alle staber og deres underavdelinger har gjennomført tiltak ihht budsjettert kostnadsreduksjon. Det er gjennomført kutt i bruk av konsulenter, redusert tilbud om kurs og kompetanseheving og andre driftskostnader. Det jobbes stadig med endringsprosesser og forbedringsarbeid mht måter for å utnytte ressurser i stab på en best mulig og effektiv måte. Det er i hovedsak utleie av personell, permisjoner og ledighold i forbindelse med turnover som gir prognostisert positivt resultat.

IKT	Budsjett 2018	Prognose	Avvik
Resultat 2018 (MNOK)	0	20,7	20,7
Bemanning	52,50	52,50	0
DRG poeng	0	0	0

Det er flere risikofaktorer innenfor IKT-driftsbudsjettet for 2018. For drift av lokal IKT-avdeling påvirkes resultatet av omfang av utleie av ansatte til regionale og nasjonale aktiviteter. Gjennomføring av prosjekter og bestillinger er svært avhengig av Sykehuspartners leveransekapasitet. Resultatet av begrenset leveransekapasitet hos Sykehuspartner er at Oslo universitetssykehus HF ikke får gjennomført aktiviteter som er inkludert i budsjettet og som det er et behov for å få gjennomført. Forsinkede leveranser fører også til at planlagt betaling av tjenestepris med evt. avskrivning starter senere enn opprinnelig planlagt.

Basert på erfaring fra tidligere år, legges det til grunn at det innenfor IKT-området kan leveres et overskudd i 2018 på 20,7 millioner kroner.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 16. februar 2018

Saksbehandler: VAD fag, pasientsikkerhet og samhandling

Vedlegg:

SAK 9/2018 UTVIKLINGSPLAN FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Styret ble i sak 76/2017 orientert om arbeidet med Utviklingsplan 2035 for Oslo universitetssykehus. Arbeidet er en del av underlaget for den regionale utviklingsplanen til Helse Sør-Øst RHF. Målet med planen er god og framtidsrettet pasientbehandling. Oslo universitetssykehus skal levere sin utviklingsplan til Helse Sør-Øst RHF innen 1. mai 2018.

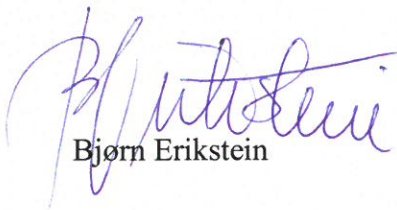
Planen foreligger i løpet av februar som et høringsutkast som vil bli presentert i styremøtet 16. februar, før det sendes ut.

Utviklingsplanen legges fram for vedtak i styret i styremøtet 25. april 2018.

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 8. februar 2018



Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 16. februar 2018
Saksbehandler: Direktør Forskning, Utdanning Innovasjon
Vedlegg: Innovasjonsstrategi 2018-2022

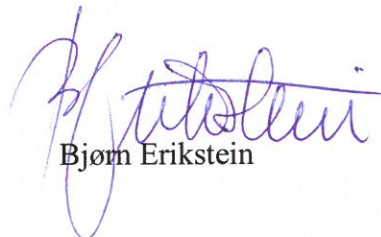
SAK 10/2018 INNOVASJONSSTRATEGI

I møtet vil styret få en presentasjon av vedlagte Innovasjonsstrategi 2018-2022 for Oslo universitetssykehus HF.

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 8. februar 2018



Bjørn Erikstein

«Hos oss
skal det nytte
å tenke nytt»

OUS strategi 2013-2018.



Innovasjonsstrategi 2018-2022

Oslo universitetssykehus HF

Bakgrunn

Innovasjonsstrategien bygger på Oslo universitetssykehus' strategi for 2013-2018:

1. «Oslo universitetssykehus skal kjennetegnes ved at vi tar utgangspunkt i pasientenes perspektiv»

2. Oslo universitetssykehus skal ha et arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt»

3. «Oslo universitetssykehus skal være et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon»

4. «Oslo universitetssykehus skal være: En god samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør»

Strategien bygger også på:

- HelseOmsorg21, den nasjonale forsknings- og innovasjons-strategien for helse og omsorg
- OUS' forskningsstrategi 2016-2020.
- Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019
- Områdeplan for IKT Oslo universitetssykehus 2014-2017.

Strategiske hovedmål i innovasjonsstrategien 2018-2022:

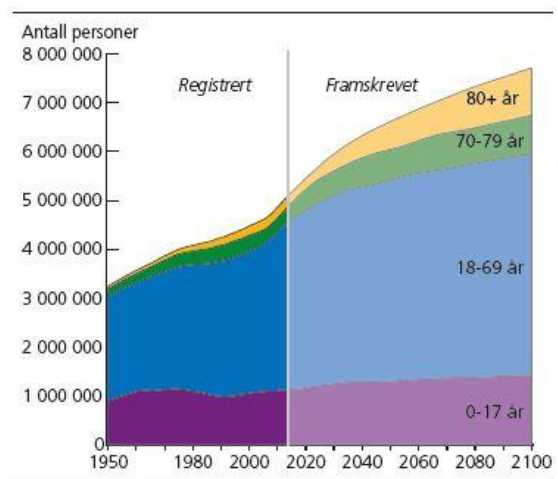
1. OUS skal skape innovasjoner som gir bedre pasientbehandling, og som kan nyttiggjøres av andre helseforetak, primærhelsetjenesten, eller spres gjennom kommersialisering.
2. OUS skal ha en ledende rolle i utvikling av forskningsdrevet innovasjon.
3. OUS skal ta i bruk allerede tilgjengelig digitale løsninger, og være en spydspiss i utvikling av nye digitale løsninger for helsesektoren.
4. OUS skal ha ledere som ser på innovasjon som en naturlig del av sitt linjeansvar.
5. OUS skal være den foretrukne partneren for næringsaktører som vil samarbeide om utviklingen av fremtidens helsetjenester.

Utfordringsbildet – hvorfor er innovasjon viktig?

«Det skal nytte å tenke nytt», sier vi ved Oslo universitetssykehus (OUS). Det er både en ambisjon og en forpliktelse som bør være en ledestjerne i innovasjonsarbeidet også de neste fire årene. OUS er i kraft av sine mer enn 22 000 ansatte, nasjonal og internasjonal spisskompetanse, samarbeid med offentlige og private partnere, og tusenvis av daglige møter med pasienter og pårørende – et innovasjonssystem som det skal og bør forventes mye av. På noen områder er i vi i dag på verdenstoppen, på andre områder har vi et stort utviklingspotensial. Det forventes fra oppdragsgivere og samarbeidspartnere at vi, som universitetssykehus, tar et spesielt ansvar for å være med å løse utfordringene knyttet til fremtidens helse- og omsorgstjenester. Utfordringsbildet er ytterligere beskrevet i Utviklingsplanen for OUS 2035.

Utfordringsbildet – tenke langt, handle nå.¹

Behovet for helse- og omsorgstjenester forventes å øke betydelig i perioden fram mot 2060. Vi blir flere, lever lengre, det kommer stadig nye behandlingsmuligheter og forventningene til offentlig behandling og omsorg øker. Det er særlig gruppen av de eldste eldre som øker relativt sett mer de neste femti årene sammenliknet med de foregående femti. I samme periode blir det færre mennesker i arbeidsfør alder pr. innbygger over 67 år. Forholdet mellom antall mennesker i alderen 20 og 66 år og antall som er 67 år eller eldre, vil endre seg fra knappe 5 til 1 i 2015 til under 3 til 1 når vi passerer 2040. Vi må derfor innstille oss på et økende gap mellom fremtidig ressursbehov og ressurstilgang i helse- og omsorgssektoren. De endringer som skal gi bærekraftige helsetjenester på lang sikt, må planlegges og iverksettes *nå* slik at man ikke må foreta drastiske kutt i helsetjenestene fordi man ikke handlet i tide.



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Figur 1 Vi blir flere og eldre. Folkemengde i fire aldersgrupper, registrert og framskrevet.

Kvalifisert og tilstrekkelig arbeidskraft er den viktigste innsatsfaktoren i helse- og omsorgstjenestene, men vil bli en knapphet i årene fremover. Det vil kreve at arbeidet innrettes på nye og smartere måter som gir økt produksjon fra de samme innsatsfaktorene. Helsetjenesten er preget av sterk produktinnovasjon (nytt kirurgisk utstyr, nytt diagnostisk utstyr, nye legemidler, etc.). Stor produktinnovasjon og demografiske endringer stiller strenge krav også til tjenesteinnovasjon og nye måter å jobbe og kommunisere med pasientene. En trend er å flytte sykehusets prosesser og tjenester ut av sykehuset og nærmere pasientens hjem, som gjør det nødvendig å utnytte mulighetene som ligger i digitale og tekniske hjelpemidler.

¹ Utfordringsbildet bygger delvis på rapporten «Fremtidens helse- og omsorgstjeneste» fra Oslo Economics, og egne styringsdokumenter fra OUS og HSØ.

Overordnet mål

«Innovasjon skal prege arbeidsdagen. Hos oss skal det nytte å tenke nytt.»

Strategiske hovedmål 2018-2022

1. OUS skal skape innovasjoner som gir bedre pasientbehandling, som kan nyttiggjøres av andre helseforetak, primærhelsetjenesten, eller spres gjennom kommersialisering.

Vi vil:

- a. Bygge opp innovasjonskapasitet på tvers av sykehuset ved å sørge for at de riktige ressursene finner hverandre, og at spisskompetanse utnyttes effektivt på tvers av sykehuset.
- b. Utvikle og implementere nye samhandlingsmodeller i samarbeid med primærhelsetjenesten, helseforetakene og innbyggerne.
- c. Øke realisering av særlige lønnsomme innovasjonsprosjekter gjennom målrettede bevilgninger i de årlige budsjettprosessene.
- d. Arbeide for at man ved Oslo universitetssykehus får støtte for sin nytenkning ved at det gis rom for prøving og feiling, og det føles motiverende å utvikle nye løsninger.
- e. Synliggjøre pasientnytte i alle innovasjonsprosjekter ved å involvere brukere (pasienter, pårørende og ansatte) i behovskartlegging og planlegging av nye løsninger.

2. OUS skal ha en ledende rolle i utvikling av forskningsdrevet innovasjon.

Vi vil:

- a. Skape kultur for innovasjon blant forskningsmiljøene ved å øke forståelse og interesse for utvikling, implementering og spredning av innovasjon.
- b. Forsterke samarbeidet med Universitetet i Oslo hvor det satses på entreprenørskap basert på forskning.
- c. Korte ned tiden fra et forskningsresultat foreligger til det implementeres i et klinisk miljø.
- d. Bidra til at forskningsbasert innovasjon er med på å bygge opp den norske helsenæringen.

3. OUS skal ta i bruk allerede tilgjengelig digitale løsninger og være en spydspiss i utvikling av nye digitale løsninger for helsesektoren.

Vi vil:

- a. Tilrettelegge for å kunne implementere teknologi som kan gjøre det mulig å utføre større deler av pre- og postbehandlingen nær pasienten.

- b. Tilrettelegge for forskning og prosjekter innen kunstig intelligens og maskinlæring basert på stordata, og frem mot 2021 ha gjennomført prosjekter for utvikling og etablering av løsninger for klinisk beslutningsstøtte.
- c. Utvikle nye løsninger hvor pasientene deltar i egen behandling på en helt annen måte enn i dag.
- d. Ta i bruk IKT-løsninger som støtter opp under enhetlig pasientbehandling, basert på pakkeforløp og nasjonale retningslinjer.

4. OUS skal ha ledere som ser på innovasjon som en naturlig del av sitt linjeansvar.

Vi vil:

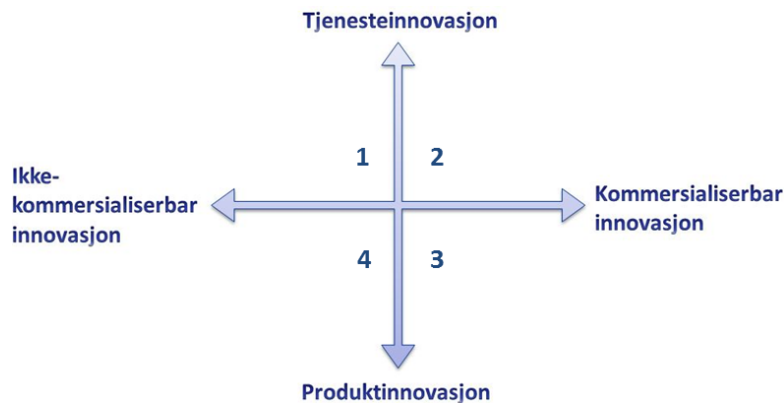
- a. Utvikle ledere som etterspør og legger til rette for nytenkning og innovasjon hos sine medarbeidere.
- b. Ta vare på intraprenører og ildsjeler gjennom ulike former for insentivering, og bygge opp innovasjonsteam på tvers av sykehuset.
- c. Synliggjøre innovasjon ved å identifisere og markedsføre 1-3 større innovasjonsprosjekter i hver klinikk i året.

5. OUS skal være den foretrukne partneren for næringsaktører som vil samarbeide om utviklingen av fremtidens helsetjenester.

Vi vil:

- a. Legge til rette for industripartnerskap hvor OUS og næringsliv deler kompetanse, og utvikler teknologi og nye løsninger.
- b. Utvikle «en vei inn» til felles testarenaer for helsenæring i samarbeid med helseforetakene i HSØ, kommunene og næringslivet.
- c. Øke kunnskap om og bruk av innovative anskaffelser og innovative partnerskap i samarbeid med Sykehusinnkjøp.
- d. Øke antall industri-initierte kliniske studier ved Oslo universitetssykehus.

Innovasjon ved OUS – hva er det?



1. Ikke-kommersialiserbar tjenesteinnovasjon:

Tjenesteinnovasjon er en ny eller forbedret tjeneste, prosess eller arbeidsform. At en tjeneste ikke er kommersialiserbar, betyr ikke at den ikke gir økonomisk gevinst. Den kan skape nytte for brukeren og sykehuset ved eksempelvis reduserte kostnader, reduserte skader eller infeksjoner, kortere køer til behandling, bedre arbeidsmiljø, tilfredshet for pasienten og/eller bedre kvalitet i behandlingen.

Eksempel: Hjelp meg, det haster! Veien inn til behandling av alvorlig psykisk syke

Forskning viste at lang ventetid for pasienten før behandling ga dårligere prognoser. Målet ble derfor å bidra til at pasienter med en ny oppstått alvorlig psykisk lidelse (psykose/ bipolar lidelse), raskt blir oppdaget og utredet. Innovasjonen ble en ny henvisningsprosess: En vei inn, lavterskel tilbud og spesialist i front. Alle kan ta kontakt uten henvisning og få svar av en psykiater. Et team kan i tillegg rykke ut ved akutte situasjoner. Status: Målinger høsten 2017. Foreløpige erfaringer viser at dette svarer ut et behov hos pasientene. *Idéhaver og ildsjel: Kristin Lie Romm, Klinikk Psykisk helse og avhengighet.*



2. Kommersialiserbar tjenesteinnovasjon:

De fleste innovasjoner er en blanding av produkter og tjenester, og er ofte gjensidig avhengig av hverandre for å skape verdi. I stedet for å drive kommersiell utnyttelse av tjenesteinnovasjoner som mange private selskaper gjør, kan man si at sykehuset bidrar i en delingsøkonomi hvor våre nye behandlingsformer og tjenesteinnovasjoner kan tas i bruk av andre for å skape verdier for felleskapet.

Eksempel: Teknologibehov ved avansert hjemmesykehus

I mange tilfeller er nye produkter eller teknologi en forutsetning for at vi kan implementere våre tjenesteinnovasjoner. Ved for eksempel radikal omlegging av sykehusets tjenester ved etablering av avansert hjemmesykehus for barn, er vi helt avhengige av at teknologi tas i bruk. Samtidig er man gjensidig avhengig av at helsetjenestene organiserer seg på en helt ny måte enn de gjør i dag hvis man for eksempel skal kunne implementere et nytt produkt for blodprøvetaking i hjemmet. Utvidelse og effektivisering av dagens tilbud er et aktivt prosjekt ved OUS høsten 2017. *Idéhaver og ildsjel: Vigdis Margrethe Ziener, Barne- og ungdomsklinikken.*



3. Kommersialiserbar produktinnovasjon:

En kommersialiserbar produktinnovasjon er et nytt produkt som kan gi økonomisk gevinst ved salgs- eller lisensinntekter. Slike innovasjoner krever som oftest at man søker om rettighetsbeskyttelse som for eksempel patentering, og kan føre til en bedriftsetablering. En produktinnovasjon er et nytt eller forbedret produkt, legemiddel, teknologi, eller ny bruk av et allerede eksisterende produkt, legemiddel eller teknologi. Ved OUS er det Inven2 som bistår i vurdering og utvikling av kommersialiserbare innovasjoner.

Eksempel: Smittekuvøse for transport av smittepasienter

Utfordringer ved transport av høyrisikosmitte-pasienter under ebola-epidemien førte til at ansvarlig lege for beredskap rundt transport av smittede fikk en idé. Ideen var å utvikle en helt ny transportisolator som ivaretar alle nødvendige behov for ivaretagelse og behandling av den smittede pasienten med full isolasjon/karantene for å hindre spredning. Sammen med en rekke medhjelpere har idéhaver utviklet sitt produkt, skaffet patentbeskyttelse, og etablert selskapet EpiGuard. I 2017 er EpiGuard og den unike transportisolatoren EpiShuttle snart klar for verdenslansering.

Idéhaver og ildsjel: Fridtjof Heyerdahl, Akuttklinikken.



4. Ikke-kommersialiserbar produktinnovasjon:

At en produktinnovasjon ikke er kommersialiserbar betyr ikke nødvendigvis at den ikke gir økonomisk gevinst. Det kan være forskjellige grunner til at et produkt vurderes til og ikke være *kommersialiserbart*: markedet for produktet er for lite, at det allerede eksisterer et patent på området, eller at produktet ikke har «unike» ingredienser/komponenter, hvilket gjør det vanskelig å beskytte rettighetene. Disse produktene kan skape stor verdi for brukeren og sykehuset ved eksempelvis økt tilfredshet, reduserte kostnader, reduserte skader eller infeksjoner, kortere køer til behandling, bedre arbeidsmiljø og/eller bedre kvalitet i behandlingen.

Eksempel: Skinne til opptrening av ankelfrakturer etter operasjon

6 uker etter operasjon av ankelfrakturer kommer mange pasienter med stiv og smertefull ankel i spissfotstilling og dårlig fotavvikling grunnet utfordringer med å utføre opptrening. Fysioterapeuter utviklet et produkt som møtte pasientenes behov: en ankelskinne som henger på sengekanten og gjør det enkelt for pasientene å gjøre øvelser. Utfordringen ved kommersialiseringen av dette produktet: for få pasienter i året til at det er økonomisk lønnsomt å starte en bedrift og drive salg. Evalueringer viser at bruken av skinnen reduserer liggedøgn på sykehuset, og er lettere for pasientene å bruke.

Idéhaver og ildsjel: Jan Hellesnes, Ortopedisk klinikk.



Sykehusets definisjon på innovasjon

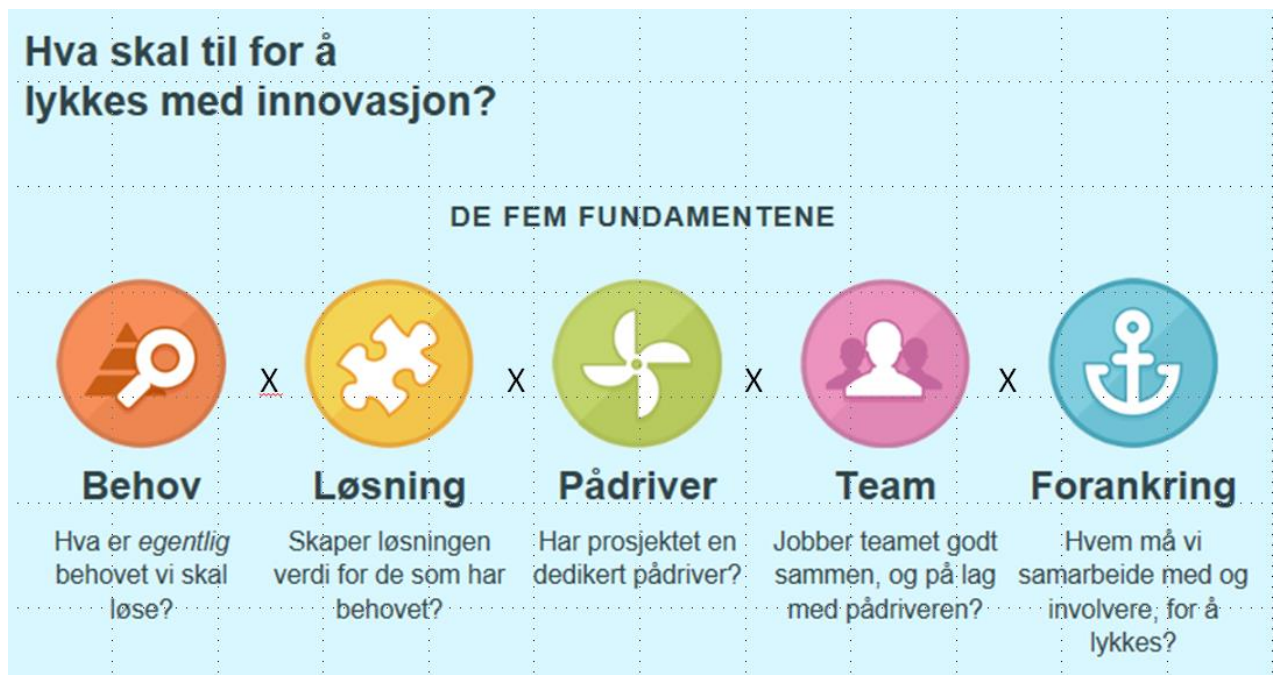
Det finnes mange definisjoner på innovasjon, og det er ikke alle som er like godt tilpasset offentlig sektor. I OUS defineres innovasjon som **nytt, nyttig og nyttiggjort**. Det er en forenkling av Helsedirektoratets definisjon som sier at en innovasjon er en ny eller forbedret vare, tjeneste, produksjonsprosess, eller organisasjonsform som er tatt i bruk i helsesektoren.

Innovasjon er ikke å lete etter dagens beste praksis, men hele tiden lete etter det som kan bli morgendagens praksis. Det er et begrep for forandring, men bare forandring som skaper merverdi ut fra det virksomheten har som formål. Innovasjon er ikke et mål i seg selv, men et virkemiddel for å øke kvaliteten i tjenestene, og en systematisk tilnærming for å skape morgendagens løsninger.

Innovasjonsprosesser er alltid forbundet med usikkerhet og forutsetter derfor risikovillighet. Innovasjon kan i tillegg til å være noe radikalt nytt, også være å kopiere og implementere løsninger fra andre, eller ta i bruk eksisterende løsninger/teknologi på nye måter slik at de skaper ny verdi i egen virksomhet.

Forutsetninger for å lykkes med innovasjon

Forskere ved Stanford Research Institute International presenterte i 2006 fem fundamentener som har blitt trukket frem som en «suksessformel» for innovasjonsarbeid. Hvis en av faktorene nærmer seg null er sjansene for å lykkes med et innovasjonsprosjekt små. Denne formelen kan brukes på alle nivåer i organisasjonen når det settes i gang prosjekter i klinikkene, eller på tvers av hele sykehuset.



Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 16. februar 2018

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Oversikt over status for tidligere styresaker

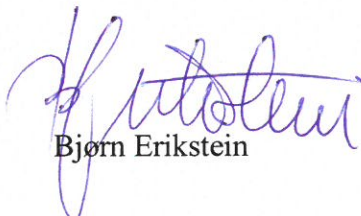
SAK 11/2018 STATUS OG OPPFØLGING AV STYRESAKER

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 2017. 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 2017 til orientering.

Oslo, den 8. februar 2018



Bjørn Erikstein

Vedlegg til sak 11/2018
Status oppfølging av styrets vedtak

Nedenfor følger oversikt med status og oppfølging av styrets vedtak til og med 2017. Tidligere utkvitterte saker, vedtak uten krav til oppfølging som orienteringssaker, herunder administrerende direktørs driftsorienteringer, tas ikke med i oversikten.

Saksnr	Saksnavn	Vedtak	Oppfølging
74/2017	Valg av styret i Kreftregisteret	Vedtatt som foreslått	OK
73/2017	Budsjett 2018	<p>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.</p> <p>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.</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>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.</p>	<p>Under oppfølging</p> <p>Sak 8/2018</p> <p>OK</p> <p>Anskaffelses prosesser (for Linac, MR og kirurgirobot) er igangsatt. Utstyr til sterilsentralen på Aker, anskaffelsesprosess er gjennomført</p>
65/2017	Virksomhetsoverdragelse NAKMI	<p>Styret slutter seg til avtale om virksomhetsoverdragelse av Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse fra Oslo universitetssykehus HF til Folkehelseinstituttet.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å slutføre og signere avtalen om virksomhetsoverdragelse.</p>	<p>OK</p> <p>Avtale signert</p>

58/2017	Konsernrevisjonsrapport	Styret tar til etterretning konsernrevisjonens rapport 6/2017: Revisjon av forvaltning av programvarelisenser.	OK
56/2017	Tilleggsdokument til Oppdrag og bestilling 2017	Styret tar tilleggsdokument til Oppdrag og bestilling 2017 for Oslo universitetssykehus HF til etterretning.	Sak 7/2018
36/2017	Økonomisk langtidsplan 2018-2021	Styret gir sin tilslutning til forslaget til økonomisk langtidsplan. Styret konstaterer at kravet til resultatforbedring de nærmeste årene er svært krevende, men nødvendig for å sikre tilstrekkelig finansiering av investeringer i bygg og medisinskteknisk utstyr. Styret ber om å bli orientert om prosjektene innenfor «forbedring av drift» i styremøtet 29. september 2017. Styret vedtar foreløpig styringsmål for 2018 med 300 millioner kroner i overskudd. Styret understreker at styringsmålet er betinget av reelt uendret finansieringsregime fra 2017 til 2018. Styret ber administrerende direktør følge opp tildelingen av basisinntekter og endringene i aktivitetsbaserte inntekter overfor Helse Sør-Øst RHF.	Under oppfølging Sak 55/2017 Fulgt opp
29/2017	Plan for internrevisjon 2017-2018	Styret tar revisjonsplan 2017-2018 for Oslo universitetssykehus HF til etterretning.	Under oppfølging
16/2017	Oppdrag og bestilling 2017	Styret tar protokoll fra foretaksmøtet 15. februar 2017 i Oslo universitetssykehus HF til etterretning.	Sak 7/2018
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.	Under oppfølging
9/2017	Storbylegevakt på Aker sykehus	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. Styret ber administrerende direktør formidle salgsanbefalingen til Helse Sør-Øst RHF for vedtak i foretaksmøtet.	Avtale er signert Foretaksmøte i HSØ RHF behandlet salg 18.5.17. OUS er i dialog med kommunen om avhending av eiendommen.
7/2017	Konsernrevisjonsrapport «Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen»	Styret tar revisjonsrapporten til etterretning. Styret ber om å bli orientert om oppfølgingen av fremlagte handlingsplan.	Det er fortsatt pågående arbeid knyttet til to tiltak i handlingsplanen:

			<p>- Ferdigstillelse av styrende dokumenter som beskriver hvordan tilsyn og revisjoner skal følges opp.</p> <p>- Tiltak knyttet til kodepraksis</p>
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>	<p>Under oppfølging</p> <p>Sak 51/2017</p> <p>Fem av anskaffelsene er gjennomført. Anskaffelse av operasjonsbord/lamper er delvis gjennomført.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2 stk. strålemaskiner (Linac) til Rad. er installert. Driftsettes januar 2018 PET/CT til RH satt i drift august 2017. En PET/CT til Rad. Satt i drift fra 1. januar 2018. Pasientmonitorerings-system til RH og Rad. <p>Operasjonsbord/lamper til Rikshospitalet er gjennomført noe gjenstår</p>
54/2016	Fullmakt til 2017-anskaffelser	Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler om investeringer i bygg for 100 millioner kroner og investeringer i medisinsk-teknisk utstyr for 150 millioner kroner av investeringsrammen for 2017.	Fulgt opp. Sak 15/2017
29/2016	Internrevisjonsplan 2016-2017 Oslo universitetssykehus	Styret tar forslag til revisjonsplan for 2016-2017 for Oslo universitetssykehus til etterretning.	To tema ble ikke gjennomført: Virksomhetsstyring med fokus intern styring og kontroll, ble utsatt.

			Kvalitetsregistre og indikatorer ble ikke gjennomført grunnet manglende ressurser
72/2015	PWC-rapport gjennomgang av eiendomsområdet	Styret tar redegjørelsen til etterretning, og ber om å bli holdt orientert om oppfølging av funnene i gjennomgangen.	Alle avvik er nå, uansett prioritering, enten lukket eller i prosess mot lukking.
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 administrerende direktør 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

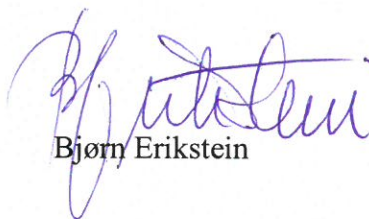
Dato møte: 16. februar 2018
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Årsplan

SAK 12/2018 PLAN FOR STYRET I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 8. februar 2018



Bjørn Erikstein

Årsplan for styret i Oslo universitetssykehus HF

Møte	Vedtaksaker	Orienteringssaker
22. mars 2018 kl 10-16	Oppdrag og bestilling 2018 Årsoppgjør 2017	Rapportering per februar Ny personvernforordning Plan for styret Økonomisk langtidsplan ADs orienteringer
25. april 2018 kl 10-16	Økonomisk langtidsplan 2019-2022 Plan for internrevisjon 2018-2019	Rapportering per mars Plan for styret Årsrapport HMS 2017
<i>31. mai 2018 kl 10-16</i>	<i>Reservetid</i>	
21. juni 2018 kl 10-16	Styremøter i 2019 Ledelsens gjennomgang	Rapportering per mai 2017 Ledelsens gjennomgang per 1. tertial Risikovurdering for 2. tertial 2018 Budsjett 2019 ADs orienteringer
27. september 2018 kl 10-16		Tertialrapportering 2. tertial Plan for styret Eierskap i selskaper Oppfølging styresaker Budsjett 2019 Møte med Brukerutvalget ADs orienteringer
25. oktober 2018 kl 10-16		Rapportering per september Ledelsens gjennomgang per 2. tertial Risikovurdering for 3. tertial 2018 Plan for styret Budsjett 2019 ADs orienteringer
25. oktober 2018 kl 16-20	Styreseminar	Styreevaluering
<i>29. november 2018 kl 10-16</i>	<i>Reservetid</i>	
14. desember 2018 kl 10-16	Budsjett 2019 Oppnevne valgstyre	Rapportering per november Plan for styret ADs orienteringer

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 16. februar 2018

Saksbehandler: Leder Direktørens kontor

Vedlegg:

SAK 13/2018 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER

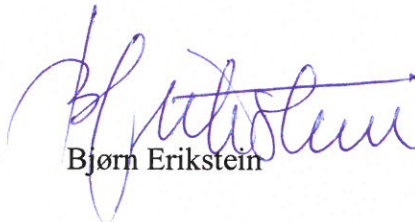
Følgende legges frem til orientering:

1. Fremtidens Oslo universitetssykehus
2. Status IKT
3. Pasientreiser
4. Inntektsmodellarbeidet
5. Juridiske forhold - rettsvister
6. Medieomtale
7. Referat og øvrige vedlegg

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, 8. februar 2018



Bjørn Erikstein

1. FREMTIDENS OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Status etablering av ny regional sikkerhetsavdeling på Ila

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet i møtet 1. februar 2018 sak nr. 10-2018: Oslo universitetssykehus HF – status for etablering av ny regional sikkerhetsavdeling.

Gjennom høsten 2017 er det gjennomført et utredningsarbeid som har resultert i en konseptuell løsning som er bedre tilpasset tomten og tilstøtende naboer. Videre er det vist at det er mulig å etablere også utbyggingstrinn 2 på Ila.

I et møte 5. januar 2018 med Klima- og miljødepartementet, Bærum kommune og Fylkesmannen i Oslo og Akershus ble det enighet om at Bærum kommune kan igangsette reguleringsarbeidet på ordinær måte med etterfølgende søknad om justering av markagrensen. Reguleringsaken kan være ferdig behandlet våren 2019. Påfølgende justering av markagrensen er anslått å ta minimum 6 måneder.

I forbindelse med budsjettforliket i Stortinget desember 2018 ble det bevilget 33 MNOK til gjennomføring av forprosjekt for ny regional sikkerhetsavdeling på Ila i Bærum. Flertallet i Helse- og sosialkomiteen understreker at tiltaket har høy prioritet.

Styret i HSØ vedtok enstemmig ved behandling av sak 010-2018 1.februar:

1. Styret tar status for ny regional sikkerhetsavdeling til orientering.
2. Administrerende direktør gis fullmakt til å utarbeide mandat for videreføring av prosjektet til forprosjekt når reguleringsaken er nærmere avklart.
3. Administrerende direktør gis fullmakt til å vurdere egnet tidspunkt for etablering av prosjektstyre.

2. STATUS IKT

Dataangrep mot Sykehuspartner HF

Mandag 8. januar varslet HelseCert (Norsk Helsenett SF) Sykehuspartner HF om unormal aktivitet mot datasystemer i regionen. Det var avdekket innbrudd i datasystemer utført av en avansert og profesjonell trusselaktør. Politiets sikkerhetstjeneste (PST) etterforsker forholdet som mulig brudd på straffeloven § 121- Etterretningsvirksomhet mot statshemmeligheter. Vi er ikke kjent med at trusselaktøren har fått tilgang til tjenester i Oslo universitetssykehus-nett.

Da dataangrepets omfang og alvorlighetsgrad ble gjort kjent for Oslo universitetssykehus, opprettet Oslo universitetssykehus umiddelbart en IKT-beredskapsstab, ledet av IKT-beredskapsleder. Staben besto av personell fra IKT-avdelingen, Avdeling for informasjonssikkerhet og personvern og Beredskapsavdelingen. All rapportering av hendelsen foregikk i HelseCIM etter beslutning fra Helse Sør-Øst, og det er i tillegg utviklet egne trusselvurderinger for Oslo universitetssykehus.

I samråd med Sykehuspartner besluttet IKT-beredskap umiddelbare å gjennomføre en rekke tiltak for å sikre Oslo universitetssykehus infrastruktur, samt Forskernett. De mest omfattende tiltakene var å sperre internetttilgang for Forskernett, samt å sperre mellom Forskernett og andre nettverk i Oslo universitetssykehus. Disse tiltakene medførte bortfall av en rekke tjenester.

Dette påvirket muligheten for pasientkommunikasjon, forskningseffektivitet og visse systemer for kommunikasjon mellom ambulansse og sykehuset.

Nødrutiner ble raskt etablert for kliniske tjenester som Lifenet, og majoriteten av tjenestene er nå reetablert basert på løsninger hvor man ikke gjør sikkerhetsmessige kompromisser som kan medføre økt risiko for ytterligere angrep. Inntil en omforent tjenesteportefølje for Forskernett er reetablert forskriftsmessig innenfor Oslo universitetssykehus-nett, vil brukerne oppleve effektivitetstap.

Oslo universitetssykehus vil i etterkant utarbeide en hendelsesrapport, men vi ser allerede nå behov for gjennomgang av flere områder knyttet til hendelsen. Det gjelder blant annet informasjonflyt mellom Helse Sør-Øst, Sykehuspartner og Oslo universitetssykehus, Oslo universitetssykehus-involvering i beslutninger og prioritering rundt etablering av sikkerhetstiltak og reetablering av tjenester, samt vurdere om Oslo universitetssykehus har en optimal intern organisering og ansvarsdeling av feltet Informasjonssikkerhet.

3. PASIENTREISER

Det har den siste tiden vært stort mediefokus på pasientreiser i Oslo og Akershus.

Pasientreise-avdelingen på Oslo Universitetssykehus håndterer i 2017 ca. 770 000 turer, av disse er om lag 550 000 interne turer i Oslo og Akershus, de resterende 220 000 er langturer som primært går til andre områder i Helse Sørøst; Innlandet, Østfold, Buskerud, Vestfold/Telemark og Agder.

For å løse disse oppdragene, må vi ha noen store leverandører som kan tilstille et visst antall biler til en hver tid. Kontraktene er inngått i henhold til lovverket om offentlige anskaffelser og hovedproblemet er at vår kontraktspart ikke får sine under-leverandører (løyvehaverne) til å levere i henhold til kontrakt. Beklageligvis er det få aktører i markedet som kan ta det volumet vi har, slik regelverket er per i dag.

Oslo universitetssykehus er i kontinuerlig dialog med leverandørene, men det er fortsatt betydelige avvik på leveransen fra våre leverandører. Vi ser at Christiania Taxi har en svært positiv utvikling og at de nå leverer bra. Fredagene fra ca. klokken tolv er nå det største problemet. Vi opplever at ledelsen i selskapet tar våre tilbakemeldinger på største alvor og gjør det de kan for at avvik ikke skal oppstå og de varsler oss med en gang de ser at det er utfordringer knyttet til vær, føre o.l.

NorgesTaxi sliter fortsatt med å levere og administrerende direktør er sagt opp med umiddelbar virkning nå i januar, og selskapet er for alle praktiske formål satt under administrasjon av eierne, svenske Cabonline Group. Vi har en konstruktiv dialog med ledelsen i Cabonline og har en felles forståelse av utfordringsbildet. Det er varslet flere strukturelle endringer i selskapet uten at vi er gjort kjent med detaljene rundt dette. Dette er en svært uheldig situasjon for våre pasienter som rammes av dette, og fra Oslo universitetssykehus sin side er det gjennomført følgende tiltak:

- Daglige driftsmøter med leverandørene
- Spesielt tett dialog med ledelsen i Cabonline med jevnlig møter, ca hver 14. dag.
- Bekymringsmelding ble sendt løyvemyndigheten 8. desember 2017 og det skal være oppfølgingsmøte onsdag 7. februar hvor tema for møte er hvilke sanksjoner løyvemyndighetene har og hvorvidt de er villige til å bruke dem.
- Det er avholdt informasjonsmøte med pasient- og brukerombudet.

- Som tidligere gebyrlegges hver enkelt forsinkelse hvor pasienten enten mister hele eller deler av sin behandling, eller hvor forsinkelsen overstiger 1 time.
- Vi vurderer andre måter å løse pasienttransporten på; andre leverandører enn taxiselskapene, egenregi o.l.

4. INNTEKTSMODELLARBEIDET

Videreutvikling av inntektsmodell og inntektsfordeling i Helse Sør-Øst

Det er høsten 2017 gjennomført et arbeid med inntektsmodellen i Helse Sør-Øst RHF. Arbeidet har vært prosjektorganisert med deltakelse fra alle helseforetakene. Terje Hagen har vært innleid prosjektleder. Styringsgruppen for prosjektet er ledermøte i Helse Sør-Øst RHF.

Prosjektet har vært organisert med 3 arbeidsgrupper med ulike tema innenfor følgende områder:

1. Somatikk
2. Psykisk helse og rus
3. Ny intern inntektsmodell for Oslo sykehusområde

Viseadministrerende direktør Morten Reymert og prosjektdirektør Ørjan Sandvik har deltatt i møter innenfor alle temaområdene. Klinikleder Sigbjørn Smeland har deltatt i arbeidsgruppe for somatikk. Klinikleder Marit Bjartveit har deltatt i arbeidsgruppe for psykisk helse og rus.

1. Somatikk

Innenfor somatikken har arbeidet vært konsentrert om finansieringsmodell for regionfunksjoner ved Oslo universitetssykehus med følgende mandat:

Abonnement

Prosjektet skal vurdere volum og pris i abonnementet på nytt. Vurderingen må gjøres på analyser av oppdatert datagrunnlag.

Aktivitet utover etablerte finansieringsordninger ved Oslo universitetssykehus

Prosjektet skal vurdere hvordan aktivitet ut over ordinær gjestepasientaktivitet ved Oslo universitetssykehus skal finansieres.

Struktur

Vurdere om det er grunnlag for å se på elementene i inntektsmodellen som skal kompensere for reiseavstand/struktur på nytt.

Prosjektleders vurdering og anbefaling

Anbefalingen er at dagens finansieringsmodell for regionfunksjoner ved Oslo universitetssykehus videreføres med mindre justeringer i volum for abonnement. Pris på 123 prosent videreføres. Meraktivitet ut over hva som er finansiert innenfor abonnementet som i hovedsak er knyttet til pasienter fra AHUS og Vestre Viken helseforetak sine opptaksområder er av prosjektleder foreslått gitt en pris på 95 %, mot dagens 80 % finansiering.

Endringer innenfor somatikken gir ingen negative økonomiske effekter for Oslo universitetssykehus HF. Oslo universitetssykehus HF har i sine merknader til prosjektet anført at finansieringen av meraktivitet fra AHUS og Vestre Viken har et volum som er dimensjonerende og at prisen for dette burde vært 100 prosent DRG pris eller høyere.

2. Psykisk helse og rus

Innenfor psykisk helse og rus har arbeidet vært konsentrert om storbykriteriet i psykisk helsevern og TSB med følgende mandat:

Storbykriteriet i psykisk helsevern og TSB

Prosjektet skal vurdere om det er grunnlag for et storbykriterium innen psykisk helsevern og TSB, herunder hvordan et slikt kriterium evt. kan operasjonaliseres og vektet inn i modellen.

Ambulant virksomhet

Prosjektet skal vurdere om omleggingen til mer ambulant virksomhet innen psykisk helsevern gir grunnlag for å endre inntektsmodellen til i større grad å ta hensyn til dette.

Prosjektleders vurdering og anbefaling:

Inntektsmodellen for psykisk helsevern har vært uendret siden 2009. Da modellen ble etablert inkluderte en på pragmatisk grunnlag et element som beskrev urbaniseringsgrad, operasjonalisert gjennom «innbyggertall kvadrert». Begrunnelsen både for kriteriet, og vekten kriteriet ble gitt, var å dempe omstillingsutfordringene for Oslo sykehusområde. Inklusjon av kriteriet innbar at reduksjonen i fordelingen til Oslo sykehusområde ble begrenset til ca. 150 millioner kroner. På grunn av endringer i kommunestrukturen som starter i Vestfold i 2018, og som implementeres fullt ut fra 2020, er det mindre aktuelt å benytte «innbyggertall kvadrert» som fordelingskriterium i framtiden. Kriteriet har også lav legitimitet i deler av foretaksgruppen.

Prosjektet har høsten 2017 gjennomført nye analyser av behovene for psykiske helsetjenester basert på en annen tilnærming enn den som ble benyttet da modellen ble etablert. Mens en tidligere baserte analysene på pasienttelling, har en nå benyttet regresjonsanalyser av kostnadsvariasjoner mellom kommuner og bydeler.

Regresjonsanalysene har gitt en behovsmodell som i høyere grad enn tidligere er basert på sosioøkonomiske kriterier. Fordelingseffektene av de to tilnærmingene er imidlertid nokså like.

I analysene er det lagt vekt på å teste ut effekter av variabler som, i tillegg til demografiske og sosioøkonomiske variabler, kan fange opp spesielle behovsforhold i storby. Dette har vært variabler som beskriver sentralitet, folketall og spredtbygdhet. Disse variablene har ikke gitt signifikante effekter. Det er altså ikke funnet noen storbyfaktor utover den økte risiko for psykiske helseproblemer som fanges opp gjennom de demografiske og sosioøkonomiske variablene.

Ny inntektsmodell uten dagens kriterium folketall kvadrert gir meget store negative omfordelingseffekter for Oslo universitetssykehus HF.

Som i alle analyser av denne karakter er det usikkerheter knyttet til resultatene. Primært er det ønskelig å benytte individdata som både gir mer presise estimater og blant annet muligheter for nærmere analyser av interaksjoner mellom flere sosioøkonomiske variabler. Det må tas hensyn til usikkerheten ved eventuell implementering av modellen.

Prosjektleder anbefaler at det i oppfølgingen av delprosjektet og før modellen eventuelt implementeres, gjøres nærmere analyser for å forstå forbruks- og kostnadsvariasjoner i psykisk helsevern med utgangspunkt i de ulike helseforetakenes organisering og innretning av tilbudet. Variasjonen i ressursbruk kan bl.a. skyldes:

- Ulik henvisningspraksis, dvs. uønsket variasjon i henvisning til spesialisthelsetjenesten
- Ulik håndtering av henvisninger, jf. variasjoner i avvisningsrater mellom helseforetak
- Effektivitetsforskjeller
- Variasjon i kostnader knyttet til ikke-kliniske aktiviteter, f.eks. forskning, som ikke er kompensert på andre måter.

Oslo universitetssykehus HF har i sine merknader til prosjektet anført at:

1. Prosjektet kan ikke sies å ha funnet en måte å representere storbyfaktoren i modellen. Den foreslåtte fordelingsmodellen forklarer at det er store variasjoner internt i Oslo SO, men ikke mellom Oslo og de andre sykehusområdene. Slik sett mener vi at det presenteres en modell som ikke svarer på oppdraget, og at prosjektet ikke har svart på oppdraget.
2. Oslo universitetssykehus har reist en del spørsmål vedr de metodene som er brukt som vi ikke har fått svar på. Oslo universitetssykehus vil derfor be prosjektet om en grundig gjennomgang av de beregningene som er foretatt.
3. Oslo universitetssykehus vil ellers vise til at det skal etableres et nasjonalt inntektsmodellarbeid. Det kan frembringe ny informasjon om behov og variasjoner i dette. Dette er et argument for ikke å implementere en ny modell nå.
4. Oslo universitetssykehus er på bakgrunn av momentene ovenfor enig i forslaget fra prosjektleder om at det før en eventuell ny inntektsfordelingsmodell implementeres foretas nærmere analyser for å forstå forbruks- og kostnadsvariasjoner i psykisk helsevern med utgangspunkt i de ulike helseforetakenes organisering og innretning av tilbudet.

I regi av HSØ er det nå i januar 2018 iverksatt et arbeid hvor virksomheten innenfor psykisk helse og TSB ved Oslo universitetssykehus HF blir analysert for bedre å forstå forbruks- og kostnadsvariasjoner mellom Oslo universitetssykehus HF og andre foretak. Kartlegging og analysearbeid pågår og har som mål å være ferdigstilt ved utgangen av februar. Klinikk psykisk helse og avhengighet er bredt engasjert i arbeidet som pågår. Klinikktillitsvalgte deltar også.

3. Inntektsfordeling internt i Oslo sykehusområde

Mandatet for «Prosjekt 2017-Videreutvikling av inntektsmodell og inntektsfordeling i Helse Sør-Øst gir følgende føringer for dette delprosjektet:

Prosjektet skal vurdere alternative måter å fordele inntektsmodelleffekter internt i Oslo sykehusområde, herunder inndeling av Oslo sykehusområde i tre sykehusområder og fordelingsmodell basert på den regionale modellen.

Sykehusene Oslo universitetssykehus, Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus, utgjør i dag Oslo sykehusområde, som omfatter 12 av til sammen 15 bydeler i Oslo. Sykehusene har egne «sektorer» (opptaksområder) med tilhørende bydeler. I inntektsmodellens sammenheng utledes i dag modelleffekter per tjenesteområde for Oslo sykehusområde, og fordeles videre mellom sykehusene i Oslo etter en fordelingsnøkkel, basert på historisk kostnadsfordeling. I budsjettens sammenheng fordeles også vekstmidler og andre inntekter som tildeles i årlig statsbudsjett etter den samme fordelingsnøkkelen. Det er ikke etablert gjestepasientoppgjør internt i Oslo, og pasientbehandling fra bydeler som ikke tilhører sykehusets opptaksområde må finansieres innenfor tilgjengelig ramme og ISF-finansiering.

Prosjektleders vurdering og anbefaling

De seneste årene har inntekter innad i Oslo sykehusområde vært fordelt etter en historisk nøkkel og ikke på grunnlag av Helse Sør-Øst sin generelle inntektsfordelingsmodell. På lang sikt skaper dette flere ulemper. Det største problemet er at endringer i demografi og sosioøkonomiske kjennetegn ikke får effekter på fordelingen av ressurser mellom sykehusene. De seneste årene har dette særlig vært til ugunst for Lovisenberg Diakonale Sykehus som ikke har fått tilført ressurser som svarer til befolkningsveksten i opptaksområdet.

For å hindre liknende problemer framover anbefales det at inntektsfordelingsmodellen implementeres også innad i Oslo sykehusområde slik det er utredet i denne rapporten. Det anbefales videre at det gjøres noen tilpasninger i modellen der de viktigste er:

1. Det settes en gjestepasientpris på 100 % av ISF-pris. Dette begrunnes med utstrakt funksjonsfordeling innad i Oslo sykehusområde.
2. Det settes en gjestepasientpris innen psykisk helsevern og TSB internt i Oslo sykehusområde med utgangspunkt i gjennomsnittlige kostnader fra SAMDATA
3. Det foreslås en alternativ fordeling av kompensasjon for merkostnader knyttet til ikke vestlige innvandrere mellom sykehusene for å sikre at kompensasjonen tilfaller det sykehuset som utfører aktiviteten.
4. Det gjøres en avkortning i overføringene i Lovisenberg Diakonale Sykehus som følge av manglende akuttaktiviteter innenfor kirurgi
5. Det gis et tilskudd til Diakonhjemmet Sykehus for funksjon innen revmakirurgi. Det anbefales 20 millioner kroner i denne rapporten, men beløpet bør være gjenstand for en årlig vurdering.

Innføring av inntektsfordelingsmodellen innad i Oslo sykehusområde vil gjøre det enklere å endre sykehusenes opptaksområder da endringene fullt ut vil reflekteres i sykehusenes inntekter. Det vil også gi sykehusene insentiver til å øke sin egendekning på områder der det ikke er konkrete beslutninger om funksjonsfordeling.

Oslo universitetssykehus HF har i sine merknader til prosjektet anført at:

1. Oslo universitetssykehus mener at prisen for somatisk døgn og poliklinisk aktivitet internt i Oslo sykehusområde bør settes høyere enn 100 pst DRG. Aktiviteten er kapasitetsbyggende og i tillegg er det grunn til å anta at det er et større innslag av regionsfunksjoner, for pasienter fra opptaksområdet til Lovisenberg og Diakonhjemmet, enn for andre foretak i Helse Sør-Øst. Inntektsmodellen vil ikke lenger finansielt understøtte den funksjonsfordelingen som er innenfor somatikken i Oslo sykehusområde.
2. Oslo universitetssykehus mener at den måten beregningene for gjestepasientoppgjør internt for Oslo sykehusområde innenfor psykisk helse og rus er utført på (Gjennomsnittlige kostnadsdata for HSØ) underestimerer kostnadene ved funksjonsfordelingen. Priser beregnet av Oslo universitetssykehus basert på kostnader ved områdefunksjonene som Oslo universitetssykehus har innenfor BUP, VOP og TSB viser at det særlig er for lave priser innenfor BUP og TSB som slår negativt ut. Samlet viser Oslo universitetssykehus sine beregninger en underfinansiering for Oslo universitetssykehus på volum i 2016 på om lag 80 MNOK. I områdefunksjonen som Oslo universitetssykehus HF har innenfor BUP gis det også et dagtilbud. Det er i rapporten for intern inntektsfordeling i Oslo sykehusområde ikke foreslått priser for dagbehandlingen som Oslo universitetssykehus utfører innenfor BUP området.

3. Oslo universitetssykehus mener at før man implementerer sideeffekter knyttet til kapital og pensjon i inntektsmodell internt for Oslo sykehusområde, bør forskjeller mellom offentlig og privat/ideelle sykehus gås opp. Midler til dekning av økte pensjonskostnader fra Helse- og omsorgsdepartementet er i dag håndtert ulikt mellom helseforetak og private ideelle sykehus. Det fremgår av prosjektrapporten at endringer i inntektsmodellen innenfor psykiatri og rus gir en negativ omfordelingseffekt knyttet til finansiering av kapital og pensjon for Oslo universitetssykehus på 260 MNOK. Oslo universitetssykehus mener det er en svakhet at prosjektrapporten ikke drøfter hvilke implikasjoner som ligger i forskjeller knyttet til kapital og pensjon mellom offentlig eide og privat/ideelle sykehus og at uønskede effekter av en omfordeling av 260 MNOK ikke er vurdert.

100% ISF på all aktivitet pasientmobilitet, samt prising av mobilitet PHV og TSB

Økonomisk effekt	Oslo uni	Diakonhjemmet	Lovisenberg	Sum
Somatikk	59 518	-142 698	57 658	-25 522
Psykisk helsevern	-471 409	-114 155	38 297	-547 267
Tverrfaglig spes. rusbeh.	-98 874	44 768	-21 410	-75 516
Kapital	-152 573	59 747	63 373	-29 453
Pensjon	-110 194	26 106	23 499	-60 589
Forskning	12 236	-5 503	-6 734	-0
Sum omfordelingseffekter	-761 295	-131 733	154 682	-738 346
Tilskudd DS revmakirurgi		20 000		20 000
Nedtrekk LDS akuttkirurgi	13 121	6 879	-20 000	-
Omfordeling Oslo Hospital	6 734	3 189	-54 484	-44 562
Bortfall av oppgjør	23 000	15 000	-38 000	-
Nettoeffekt "Meraktivitet"	-15 100			
Sum inkl. korrigeringer	-808 540	-86 666	42 198	-762 908
Midler til fordeling	10 499 543	1 161 660	1 121 291	12 782 495
Andel øk. effekt	-8 %	-7 %	4 %	-6 %

Tabellen viser den samlede effekten av å implementere prinsippene for regionale inntektsmodell internt i Oslo sykehusområde. Endringer som følge av delprosjekt 1 og 2 er da forutsatt implementert.

Den videre framdriften i saken er ikke avklart. Styret vil bli holdt orientert.

5. JURIDISKE FORHOLD - RETTSTVISTER

Avtalebrudd - erstatningskrav

Sykehuset er stevnet for tingretten av en tidligere lis-lege med påstand om avtalebrudd og usaklig saksbehandling i arbeidsforholdet. Det er krav om å gjennomføre spesialisering og erstatning for økonomisk tap. Dom ble avsagt 25. mai 2016 og resultatet ble frifinnelse for sykehuset. Saken ble anket av saksøker til lagmannsretten som avsa dom 6. desember 2017 der tingrettens dom ble opprettholdt. Saksøker har videre anket saken til Høyesterett. Det avventes om saken blir sluppet inn.

Varsling - gjengjeldelse

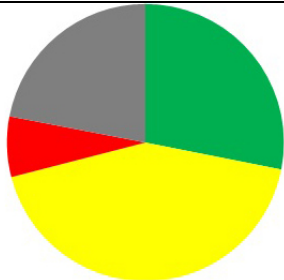
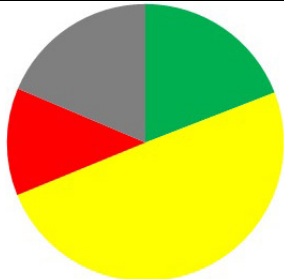
En stipendiat stevnet sykehuset med krav om oppreisning og erstatning med grunnlag i påstand om varsling av kritikkverdige forhold i virksomheten og gjengjeldelse for dette. Oslo tingrett avsa dom 6. mars 2017 med resultat frifinnelse for sykehuset samt tilkjennelse av sakskostnader. Saken er anket av saksøker til lagmannsretten og ankeforhandlingene starter 5. mars 2018.

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 skal gå for Oslo tingrett 23.-24. april 2018.

6. MEDIEOMTALE 1. DESEMBER 2017 – 31. JANUAR 2018

I desember og januar ble det registrert 2386 mediesaker om sykehuset, mot 2498 i oktober og november.

Periode	Antall saker	Vekting/etterlatt inntrykk	Vekting prosent	Kommentar
Jan. 2018	1334		Positiv: 28 Nøytral: 43 Negativ: 7 Ikke vektet: 22*	Den økte positive andelen skyldes mange enkeltsaker der sykehusets ansatte er eksperter.
Des. 2017	1052		Positiv: 19 Nøytral: 50 Negativ: 13 Ikke vektet: 19*	Den økte røde andelen skyldes negative saker om pasientreiser og journalsnoking.

*Grått er andelen meldinger om personskade, disse vektet ikke.

Sentrale saker i perioden:*Viktig forskning på terrorofre*

Forskning fra Oslo universitetssykehus (publisert i «the Neurologist») viser at ungdommer involvert i hendelsene på Utøya sliter med mer hodepine og migrene enn andre ungdommer. Viktig forskning for å gi videre oppfølging av denne målgruppen.

Leger står opp mot seksuell trakassering #metoo

To av sykehusets leger gikk ut mot seksuell trakassering. Saken fikk stor oppmerksomhet i Aftenposten der sykehusledelsen understreket nulltoleranse og redegjorde for tiltak som gjennomføres for å unngå trakassering.

Viktig med trening etter hjertetransplantasjon

Stor sak i TV2.no og God morgen, Norge om hvor viktig det er med trening etter hjertetransplantasjon. Saken har vært egen blogg på Ekspertsykehuset.

Avdekker mishandling av barn

Sykehuset spiller en viktig rolle i forhold til å avdekke mishandling av barn. Avdeling for rettsmedisin gjør sine undersøkelser når barn omkommer, og Dagbladet hadde en stor reportasje om temaet i julen. Dagsavisen hadde en større sak i januar om filleristing av spedbarn.

Økning i organtransplantasjoner

I 2017 økte antallet organtransplantasjoner for første gang på flere år og særlig positive tall var det for levende giver av nyre. Saken fikk god spredning i mange medier og brakte også med seg flere fine pasienthistorier.

Sykehusets internasjonale virksomhet i media

Aftenposten hadde en stor sak i julen på sykehusets arbeid med å utdanne onkologer i Etiopia. Dette var også egen blogg under ekspertsykehusets temamåned om internasjonalt arbeid.

Vaksinering av ansatte

Sykehuset har fått mye positiv oppmerksomhet gjennom vinteren for å oppfordre sine ansatte til å la seg vaksinere både mot influensa og meslinger.

Norsk-svensk krefthåp

I slutten av januar kunne NRK Radio fortelle om forskning ved Radiumhospitalet som utvikler såkalte dreperceller for kreft som har vist gode resultater.

Virkning av MDMA

Etter et stort beslag av MDMA på Romerike ble det mange oppslag i Østlandsområdet. Akuttmedisinsk avdeling forklarer om hvilke virkninger stoffet har.

Dataangrep

Dataangrepet mot Helse Sør-øst som ble kjent i januar genererte også mye oppmerksomhet for sykehuset, særlig knyttet til MinJournal. Proaktiv informasjon fra sykehuset bidro til å balansere dekningen.

Å bli voksen med hjertefeil

Å bli voksen med medfødt hjertefeil- innslag på God Morgen, Norge/TV2. Mette (21) er medlem av ungdomsrådet ved Oslo universitetssykehus og stilte opp på TV.

Journalsnoking

Rett før jul kunne både TV2 og Dagbladet avsløre at en ansatt ved sykehuset var anmeldt og avskjediget etter ulovlig gått inn i 30 pasientjournaler. Sykehuset svarte åpent om saken og hvordan den er fulgt opp. I TV2 ble den største kritikken rettet mot IKT-systemene som ikke fungerer tilfredsstillende for å avverge ulovlig innsyn.

Store problemer med pasienttransport

Problemer med pasientreiseordningen ga store oppslag i NRK Dagsrevyen og i andre medier før jul. Pasienter måtte vente i timevis fordi drosjer tilknyttet de selskapene som har avtale med Pasientreiser nedprioriterte disse turene. Som del av tilsvar i saken skrev sykehuset et leserinnlegg til NRK Ytring, med gode forklaringer på prosessen med drosjeselskapene og årsaken til at situasjonen er blitt vanskelig.

Dagsrevyen fulgte opp denne saken i januar. Administrerende direktør beklaget situasjonen overfor pasientene og sa at sykehuset vurderte andre løsninger for denne typen transport.

LIS-leger – vikarpraksis og arbeidstider

Yngre legers forening (Ylf) fikk stor medieoppmerksomhet da de gikk ut med hard kritikk mot vikariatpraksisen i sykehuset.

Statsråd Bent Høie ble trukket inn i saken, men henviste til at det er Oslo universitetssykehus selv som må ordne opp i situasjonen.

I januar tok Ylf igjen opp legenes arbeidssituasjon ved sykehuset, de hevder det jobbes lange vakter uten mulighet for hvile.

Sykehuset i sosiale medier:

Mest leste saker på sykehusets Facebook og rekkevidden av disse:

- Hva er sepsis? – egenprodusert film
- Rekrutteringsfilm for sommervikarer (egenprodusert)
- Når noen ikke får puste - ring 113. Film produsert på oppdrag fra Oslo universitetssykehus
- 463 mennesker fikk nye organer i Norge i 2017
- 50 prosent av blærekræftpasienter får tilbakefall
- Et øyeblikks temperamentsfull risting kan ødelegge et barn for livet.

Status for Ekspertsykehuset

Temaet for bloggen Ekspertsykehuset var i desember 'Det internasjonale sykehuset'. Det ble 11 blogger, to videoer og en redaksjonell sak. Bloggene ble til sammen lest 14.300 ganger. I januar var temaet 'Ungdomshelse'. Her ble det 13 blogger, to videoer og en redaksjonell sak. Bloggene ble lest av til sammen cirka 13.000.

Kommunikasjon med medarbeidere

Intranett er sykehusets primære kanal for informasjon til ansatte, supplert av facebook, instagram og nyhetsbrev. Alle nyhetssaker har kommentarfelt, og vi har et debattfelt for ansatte i tillegg. Disse brukes hyppig. I tillegg har alle enheter egne sider på intranett og noen klinikker har egne nyhetsbrev til ansatte.

I desember og januar er dette blant de sakene som har fått særlig oppmerksomhet i sykehusets interne kanaler:

- Orienteringer om dataangrepet mot Helse Sør-Øst og konsekvenser ved Oslo universitetssykehus
- Pasientreiser: forsinkelser på transport med taxi
- Nevrokirurgisk avdelings arbeid med retningslinjer for varsling av trakassering
- Status for utviklingsarbeidene for Framtidens Oslo universitetssykehus (klinikkbygg på Radiumhospitalet, Regional sikkerhetsavdeling, konseptfaser for Aker og Gaustad)
- Gratulasjoner på portørenes og helsesekretærenes dager

7. REFERAT OG ØVRIGE VEDLEGG

1. Protokoll fra Brukerutvalgets møte 11. desember 2017
2. Godkjent protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst RHF 14. desember 2017
3. Godkjent protokoll fra ekstraordinært styremøte i Helse Sør-Øst RHF 2. januar 2018
4. Godkjent protokoll fra ekstraordinært styremøte i Helse Sør-Øst RHF 19. januar 2018
5. Foreløpig protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst RHF 1. februar 2018.

PROTOKOLL

Møtetema: **Brukerutvalgsmøte 11. desember 2017 kl 13.00-17.00**

Til: Brukerutvalget ved OUS

Kopi: Kari Skredsvig, Anne Margrethe Svanes

Dato dok: 13.12.2017

Dato møte: 11.12.2017

Referent: Stine Arntzen Selfors

Tilstede: Tove Nakken, Kjell Silkoset, Solveig Rostøl Bakken, Marius Korsell, Anne Giertsen, Susan Smerkerud, Pål Kjeldsen, Twinkle Dawes, Stine B. Dybvig, Arne Olav G. Hope, Mari Ourom, Kim Fangen (14.15-17.00), Brita Rønnebech Bølgen(13.00-15.15). Fra OUS: Stine A. Selfors

Forfall: Kari Skredsvig

Sak nr	
	Godkjenning av innkalling og agenda
56/2017	Vedtak Innkalling og agenda er godkjent
57/2017	Direktørens time Følgende er områder Administrerende direktør trekker frem som aktuelle for Brukerutvalget å se på i året som kommer: <ul style="list-style-type: none"> • Nye bygg • Time i hånda frem i tid • Pakkeforløp – nye og gamle • Sommerferieavvikling • Brukerstyrte plasser/poliklinikker • Psykisk helsevern – Lav terskel • Skillet mellom somatikk og psykisk helse og avhengighet • Lavterskeltilbud for eksempel for Kreftpasienter i nytt bygg Vedtak Tas til orientering
58/2017	Budsjett 2018 Økonomidirektør Anne Karlsen redegjorde for budsjett 2018. Vedtak Tas til orientering
59/2017	Erfaringsutveksling Brukerutvalgets medlemmer har i perioden deltatt på bla <ul style="list-style-type: none"> • Ungdomsråd • Brukerråd Klinikk kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon • Brukerråd Nevroklinikken • Brukerråd Barne- og ungdomsklinikken

	<ul style="list-style-type: none"> • Pasientsikkerhetsutvalg Prehospital klinikk • Forum for pasient- og pårørendeopplæring • Råd for barn som pårørende • Læringsnettverk pasientforløp • Forskningsseminar Medisinsk klinikk • Driftsstyre Kreftklinikken • Biobank- og registerutvalget • Regionalt forskningsråd • Dialogmøte brukermedvirkning i forskning HiOA • NORSMAN – forskning på eldre og kreft • Nytt bygg radiumhospitalet • Prosjekt Digitalt pasientforløp <p>Vedtak Tas til orientering</p>
60/2017	<p>Brukerutvalgets mål for 2018 Gjennomgang av og samtale om alternative mål for 2018, med utgangspunkt i innspill til utviklingsplanen.</p> <p>Vedtak Alle sender sine prioriterte mål for 2018 og AU lager på bakgrunn av dette et utkast til mål og handlingsplan for 2018.</p>
61/2017	<p>Eventuelt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prosjektet Digitale pasienttenester – elektroniske forløp for og med personer som lever med hiv er nå besluttet igangsatt fra januar 2018

Møteprotokoll

Styre: Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Helse Sør-Øst RHF, Hamar
Dato: Styremøte 14. desember 2017
Tidspunkt: KI 0915-1545

Følgende medlemmer møtte:

Ann-Kristin Olsen	Styreleder	
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder	
Eyolf Bakke		Til kl 15:00
Kirsten Brubakk		
Christian Grimsgaard		
Bernadette Kumar		
Geir Nilsen		
Truls Velgaard		
Sigrun E. Vågeng		Fra kl 11:00
Svein Øverland		

Fra brukerutvalget møtte:

Knut Magne Ellingsen

Følgende fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Konserndirektør Atle Brynestad, kst. fagdirektør Geir Bøhler, økonomidirektør Hanne Gaaserød og kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande, kst HR-direktør Svein Tore Valsø

Saker som ble behandlet:

115-2017	GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE
-----------------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

116-2017	GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 16. NOVEMBER 2017
-----------------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Protokoll fra styremøte 16. november 2017 godkjennes.

117-2017	KVALITETS-, AKTIVITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER NOVEMBER 2017
-----------------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar kvalitets-, aktivitets- og økonomirapporten per november 2017 til etterretning.

118-2017	REVISJONSPLAN 2018 FOR KONSERNREVISJONEN HELSE SØR-ØST
-----------------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret godkjenner revisjonsplan 2018.

119-2017	FORDELING AV FORSKNINGSMIDLER FOR 2018
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. 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 til forskning for 2018.
2. Styret vedtar fordeling og videreføring av strategiske forskningsmidler i regionen slik det fremgår av saksframlegget.

120-2017	REGIONAL LØSNING FOR MEDIKAMENTELL KREFTBEHANDLING – STATUS OG PLAN FOR GJENNOMFØRING
----------	---

Klinikkleder Sigbjørn Smeland fra Oslo universitetssykehus HF presenterte saken.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret godkjenner gjennomføring av prosjekt regional løsning for medikamentell kreftbehandling innenfor en kostnadsramme på inntil 164 millioner kroner.

121-2017	OPPDRAG OG BESTILLING 2018 – KRAV TIL ØKONOMISK RESULTAT
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Det fastsettes følgende krav til økonomisk resultat i 2018 (tall i millioner kroner):

Akershus universitetssykehus HF	110
Oslo universitetssykehus HF	175
Sunnaas sykehus HF	17
Sykehusapotekene HF	1
Sykehuset i Vestfold HF	120
Sykehuset Innlandet HF	100
Sykehuset Telemark HF	30
Sykehuset Østfold HF	-210
Sykehuspartner HF	40
Sørlandet sykehus HF	75
Vestre Viken HF	200

2. Styret tar redegjørelsen om utformingen av oppdrag og bestilling 2018 til orientering.

Protokolltilførsel fra styremedlemmene Brubakk, Øverland og Grimsgaard:

Representantene viser til protokolltilførsel i sak 105 og 107-2017. Budsjettsituasjonen i sykehusene oppleves gjennomgående som anstrengt, og i mange enheter er det krevende å innfri de politiske krav som er stilt til tjenesten. Den samlede kapasiteten i tjenestene styres i stor grad av tildelingene til sykehusene. En rekke investeringer innen IKT, MTU, bygningsmessige forhold og kompetanse utsettes for å nå budsjettmål.

122-2017	ORIENTERINGSSAK - INFORMASJONSSIKKERHET OG PERSONVERN. NY PERSONVERNLOVGIVNING I EU/EØS (GDPR)
----------	---

I tilknytning til behandlingen av saken hadde direktør Bjørn Erik Thon i Datatilsynet en innledning.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Sak om Informasjonssikkerhet og personvern – herunder ny personvernlovgivning i EU/EØS (GDPR) tas til orientering.

123-2017	ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER 2018
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker tas til orientering.

124-2017	ORIENTERINGSSAK: DRIFTSORIENTERINGER FRA ADMINISTRERENDE DIREKTØR
----------	--

I lukket møte, jf helseforetakslovens § 26a, orienterte administrerende direktør i tillegg om kontraktsmessige forhold i tilknytning til et regionalt prosjekt.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Andre orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra møte i brukerutvalget 14. november 2017
3. Foreløpig protokoll fra møte i revisjonsutvalget 15. november 2017
4. Opprop fra Legeforeningens Regionutvalg Sør-Øst og FTV om nedleggelse av akuttsykehuset Ullevål

Temasak:

- Regional utviklingsplan v/administrerende direktør Cathrine M. Lofthus

Møtet hevet kl 1545

Hamar, 14. desember 2017

Ann-Kristin Olsen
Styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
nestleder

Eyolf Bakke

Kirsten Brubakk

Christian Grimsgaard

Bernadette Kumar

Geir Nilsen

Truls Velgaard

Sigrun E. Vågeng

Svein Øverland

Tore Robertsen
styresekretær

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Telefonmøte
Dato:	Ekstraordinært styremøte 2. januar 2018
Tidspunkt:	Kl 18:00

Følgende medlemmer møtte:

Ann-Kristin Olsen	Styreleder
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder
Eyolf Bakke	
Kirsten Brubakk	
Christian Grimsgaard	
Bernadette Kumar	
Geir Nilsen	
Truls Velgaard	
Sigrun E. Vågeng	Forfall
Svein Øverland	

Følgende fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Konserndirektør Atle Brynestad og kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande

Saker som ble behandlet:

001-2018	GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE
----------	---------------------------------------

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

002-2018	FORHANDLINGER MED DXC – ORIENTERING OM STATUS
----------	---

Saken ble behandlet i lukket møte, jfr. Helseforetakslovens § 26a
Ingen saksdokumenter var sendt ut før møtet.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar redegjørelsen om resultatet av forhandlingene med DXC til orientering.

Møtet hevet kl 18:50

Oslo, 2. januar 2018

Ann-Kristin Olsen
Styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
Nestleder

Eyolf Bakke

Kirsten Brubakk

Christian Grimsgaard

Bernadette Kumar

Geir Nilsen

Truls Velgaard

Sigrun E. Vågeng

Svein Øverland

Tore Robertsen
styresekretær

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Telefonmøte
Dato:	Ekstraordinært styremøte 19. januar 2018
Tidspunkt:	KI 17:00

Følgende medlemmer møtte:

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	

Følgende fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Konserndirektør Atle Brynestad, direktør medisin og helsefag Jan Frich og kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande

Saker som ble behandlet:

003-2018	GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE
----------	---------------------------------------

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

004-2018	ORIENTERING OM DATAANGREP I HELSE SØR-ØST
----------	---

Saken ble behandlet i lukket møte, jfr. Helseforetakslovens § 26a, andre ledd nr 3

Ingen saksdokumenter var sendt ut før møtet. Administrerende direktør redegjorde for saken i møtet.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar redegjørelsen fra administrerende direktør om dataangrepet i Helse Sør-Øst til orientering

Møtet hevet kl 1740

Oslo, 19. januar 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:	Møtesenteret Grev Wedels plass 5, Oslo
Dato:	Styremøte 1. februar 2018
Tidspunkt:	Kl 0915-1545

Følgende medlemmer møtte:

Svein Ingvar Gjødrem	Styreleder	
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder	
Kirsten Brubakk		
Christian Grimsgaard		
Bushra Ishaq		
Vibeke Limi		
Einar Lunde		
Geir Nilsen		
Sigrun E. Vågeng		Ikke til stede kl 1145-1415
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, fagdirektør Jan Frich, økonomidirektør Hanne Gaaserød, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande og kst HR-direktør Svein Tore Valsø

Saker som ble behandlet:

005-2018	GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

006-2018	GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA ORDINÆRT STYREMØTE 14. DESEMBER 2017 OG EKSTRAORDINÆRE STYREMØTER 2 OG 19. JANUAR 2018
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Protokoll fra styremøte 14. desember 2017 og ekstraordinære styremøter 2. og 19. januar 2018 godkjennes.

007-2018	FORELØPIG KVALITETS-, AKTIVITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER DESEMBER 2017
-----------------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar foreløpig kvalitets-, aktivitets- og økonomirapport per desember 2017 til etterretning.

008-2018	OPPDRAKSDOKUMENT 2018 FRA HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET OG PROTOKOLL FRA FORETAKSMØTE I HELSE SØR-ØST RHF 16. JANUAR 2018. OPPDRAG OG BESTILLING 2018 TIL HELSEFORETAKENE I HELSE SØR-ØST
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument 2018 og protokoll for Helse Sør-Øst RHF fra felles foretaksmøte for de regionale helseforetakene 16. januar 2018 til etterretning.
2. Styringsbudskapene følges opp gjennom å integreres i oppdrag og bestilling 2018 til helseforetakene og de private ideelle sykehusene i Helse Sør-Øst.
3. Oppdrag og bestilling 2018 til helseforetakene og de private ideelle sykehusene i Helse Sør-Øst godkjennes. Styret godkjenner også de spesifikke krav som innebærer en skjerping i forhold til tilsvarende krav fra Helse- og omsorgsdepartementet.
4. Styret ber om å bli orientert om gjennomføringen av oppdraget i den ordinære rapporteringen og i årlig melding.

009-2018	UTARBEIDELSE AV REGIONAL UTVIKLINGSPLAN 2035 FOR HELSE SØR-ØST
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Helse Sør-Øst RHF skal innen desember 2018 ferdigstille Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst i tråd med gitte føringer og mål angitt i Nasjonal helse- og sykehusplan.
2. Den regional utviklingsplanen skal presentere framskrivninger og kapasitetsbehov og konkretisere hvilke strategiske mål og tilhørende tiltak som kan legge grunnlag for en bærekraftig helsetjeneste fram mot 2035.
3. Den regional utviklingsplanen skal sammenfatte helseforetakenes utviklingsplaner og kvalitetssikre disse opp mot regionens samlede «sørge for»-ansvar og kapasitetsbehov.
4. Styret slutter seg til mandat for og organisering av planarbeidet.

010-2018

**OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF – STATUS FOR
ETABLERING AV NY REGIONAL SIKKERHETSAVDELING**

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret tar status for ny regional sikkerhetsavdeling til orientering.
2. Administrerende direktør gis fullmakt til å utarbeide mandat for videreføring av prosjektet til forprosjekt når reguleringssaken er nærmere avklart.
3. Administrerende direktør gis fullmakt til å vurdere egnet tidspunkt for etablering av prosjektstyre.

011-2018

**GODKJENNING AV SKISSEPROSJEKT FOR NYTT
KLINIKKBYGG PÅ RADIUMHOSPITALET OG SAMORDNING
MED NYTT PROTONSENTER**

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF godkjenner skisseprosjekt for konseptfasens del II for nytt klinikkbygg ved Radiumhospitalet og ber om at dette legges til grunn for videre arbeid med prosjektet.
2. Styret ber om å få seg forelagt forprosjekt for godkjenning før prosjektet gjennomføres.
3. Styret legger til grunn at Oslo universitetssykehus HF arbeider videre med å konkretisere driftsmessige konsekvenser av nytt klinikkbygg ved Radiumhospitalet. Fremskrivning av kostnads- og inntektsutvikling samt forutsetninger for denne, skal kunne måles og følges opp. Tiltak som er nødvendige for å sikre utviklingen konkretiseres.
4. Styret godkjenner at det skal etableres et protonseneter på Radiumhospitalet på basis av foreliggende konseptrapport utarbeidet av det nasjonale protonprosjektet og tilleggsutredning høsten 2017. Det fastsettes en ramme på 1.841 MNOK (P85-prisnivå oktober 2017) til prosjektet hvorav 552 MNOK er tilskudd.
5. Styret legger til grunn at det utarbeides et skisseprosjekt for protonseneteret, 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.
6. Styret slutter seg til at etableringen av protonseneteret samordnes med gjennomføringen av nytt klinikkbygg og gir administrerende direktør fullmakt til å utarbeide mandat for gjennomføringen, inklusiv beskrivelse av samordning med det andre protonseneteret som er vedtatt bygget i Bergen og det nasjonale

7. Styret ber om at det planlegges for samlet utbygging på av nytt klinikkbygg og protonsenters slik at det det muliggjør en ferdigstilling av hele anlegget i løpet av 2023.

012-2018	NASJONAL FORSIKRINGSSTRATEGI FOR SPESIALISTHELSETJENESTEN
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret slutter seg til at nasjonal forsikringsstrategi legges til grunn for det videre arbeid med forsikringsordninger innenfor helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst og at strategien også gjøres gjeldende overfor de felles regionalt eide selskapene som Helse Sør-Øst RHF er medeier i.

013-2018	REGIONAL RADIOLOGILØSNING
-----------------	----------------------------------

Saken ble behandlet i lukket møte jf helseforetakslovens § 26a
Styrets vedtak fremgår av B-protokoll

114-2018	OPPNEVNING AV STYRETS REVISJONSUTVALG OG STYRETS VALGKOMITÉ
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Følgende oppnevnes til styrets revisjonsutvalg for perioden 2018-2020:
 - Geir Nilsen (leder)
 - Vibeke Limi
 - Kirsten Brubakk
2. Følgende oppnevnes til styrets valgkomité for perioden 2018-2020:
 - Svein Gjedrem (leder)
 - Anne Cathrine Frøstrup
 - Svein Øverland

115-2018	OPPNEVNING AV NYE STYRER OG FASTSETTING AV STYREGODTGJØRELSE I HELSEFORETAKENE I HELSE SØR-ØST FRA 2018
----------	--

Saken ble behandlet i lukket møte, jf helseforetakslovens § 26a. Innstillingen ble lagt fram av valgkomiteen i styremøtet.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Følgende oppnevnes som eieroppnevnte styremedlemmer i styrene for helseforetakene i Helse Sør-Øst med funksjonstid fra 14. februar 2018 til februar 2020:

Styret i Akershus universitetssykehus HF

Styreleder	Stener Kvinnsland	NY som styreleder
Nestleder	Morten Dæhlen	NY
Styremedlemmer	Sven Ole Fagernæs	NY
	Nita Kapoor	Gjenvalg
	Hanne Tangen Nilsen	NY

Styret i Oslo universitetssykehus HF

Styreleder	Gunnar Bovim	Gjenvalg
Nestleder	Anne Carine Tanum	Gjenvalg
Styremedlemmer	Marianne Andreassen	NY
	Berit Kjøll	Gjenvalg
	Svein Stølen	Gjenvalg

Styret i Sunnaas sykehus HF

Styreleder	Toril B. Ressem	Gjenvalg
Nestleder	Anders Hennem	NY som nestleder
Styremedlemmer	Lisbeth Sommervold	NY
	Karen Junker	Gjenvalg
	Tor Åm	Gjenvalg

Styret i Sykehusapotekene HF

Styreleder	Kari Olrud Moen	NY
Nestleder	Halfrid Waage	Gjenvalg
Styremedlemmer	Anne Karlsen	NY
	Michael Vester	NY
	Øystein Winje	NY

Styret i Sykehuset i Vestfold HF

Styreleder	Per Christian Voss	NY
Nestleder	Arne Bredvei	Gjenvalg
Styremedlemmer	Charlotte Haug	NY
	Hans August Hansen	Gjenvalg
	Kirsti Been Tofte	Gjenvalg

Styret i Sykehuset Innlandet HF

Styreleder	Anne Enger	Gjenvalg
Nestleder	Tor E. Berge	Gjenvalg
Styremedlemmer	Kaija Eide Drønen	Gjenvalg
	Maren Kyllingstad	Gjenvalg
	Kjell-Petter Tønnesen	Gjenvalg

Styret i Sykehuset Telemark HF

Styreleder	Per Anders Oksum	Gjenvalg
Nestleder	Marit Kasin	Gjenvalg
Styremedlemmer	Kari Dalen	Gjenvalg
	Nils Kristian Bogen	Gjenvalg
	Folke Sundelin	Gjenvalg

Styret i Sykehuset Østfold HF

Styreleder	Marianne Nordby Fålund	NY som styreleder
Nestleder	Petter Brelin	Gjenvalg
Styremedlemmer	Ketil Solbakke	NY
	Nina Tangnæs Grønvold	Gjenvalg
	Gro Seim	Gjenvalg

Styret i Sykehuspartner HF

Styreleder	Morten Thorkildsen	Gjenvalg
Nestleder	Anne Kari Lande Hasle	Gjenvalg
Styremedlemmer	Just Ebbesen	Gjenvalg
	Eivind Gjerdal	Gjenvalg
	Anita Schumacher	Gjenvalg

Styret i Sørlandet sykehus HF

Styreleder	Camilla Dunsæd	Gjenvalg med funksjonsperiode til 30.08.2018
Nestleder	Kjell Pedersen-Riise	Gjenvalg
Styremedlemmer	Anne Halvorsen	Gjenvalg
	Morten Noreng	NY
	Tone Midttun	Gjenvalg

Styret i Vestre Viken HF

Styreleder	Torbjørn Almlid	Gjenvalg
Nestleder	Margrethe Snekkerbakken	NY som nestleder
Styremedlemmer	Thorkild Bjørnson	NY
	Geir Kåre Strømmen	Gjenvalg
	LEDIG	NY

2. Følgende oppnevnes som eieroppnevnte styremedlemmer i styret for Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH) med funksjonstid fra 14. februar 2018 til februar 2020:

Styret i Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH)

Styreleder	Nils Fredrik Wisløff	NY som styreleder
Nestleder	Ida Espolin Johnson	NY som nestleder
Styremedlemmer	Ann Margrethe Mydland	NY
	Ida Kinn	Gjenvalg
	Morten Reymert	Gjenvalg
	Hilde Westlie	Gjenvalg
Eieroppnevnte varamedlemmer	Ørjan Angel Sandvik	Gjenvalg
	Jørn A. Limi	Gjenvalg
	Kari Jussie Lønning	NY

3. Styret gir valgkomiteen fullmakt til å supplere styret i Vestre Viken HF med et nytt styremedlem.
4. Styregodtgjørelsen for valgperioden fastsettes til:

Oslo universitetssykehus HF:

Styreleder	kr	262 300 per år
Nestleder	kr	183 300 per år
Styremedlem	kr	130 600 per år
Varamedlem	kr	4 700 per møte med oppmøte for styremedlem

Akershus universitetssykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Østfold HF, Sykehuspartner HF, Sørlandet sykehus HF og Vestre Viken HF:

Styreleder	kr	238 900 per år
Nestleder	kr	166 500 per år
Styremedlem	kr	119 400 per år
Varamedlem	kr	4 700 per møte med oppmøte for styremedlem

Sunnaas sykehus HF og Sykehusapotekene HF:

Styreleder	kr	178 600 per år
Nestleder	kr	119 500 per år
Styremedlem	kr	89 300 per år
Varamedlem	kr	4 700 per møte med oppmøte for styremedlem

Praksis med at det ikke skal utbetales økonomisk kompensasjon eller dekning av kostnader utover fastsatt styregodtgjørelse, videreføres. Utgifter til reise og opphold i forbindelse med styrearbeidet dekkes etter regning.

116-2018

ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER 2018

Styrets enstemmige

V E D T A K

Årsplan styresaker tas til orientering.

117-2018

ORIENTERINGSSAK: DRIFTSORIENTERINGER FRA
ADMINISTRERENDE DIREKTØR

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Andre orienteringer

1. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 12. og 13. desember 2017
2. Foreløpig protokoll fra møte i revisjonsutvalget 13. desember 2017
3. Brev fra Oppland legeförening om nedleggelse av akuttsykehuset Ullevål
4. Brev fra ordfører i Ullensaker kommune med oppfordring om å vurdere Gardermobyen som mulig lokalisering av det nye lukkede psykiatriske sykehuset (regional sikkerhetsavdeling)
5. Protokoll fra drøftinger 31.01.2018 mellom Helse Sør-Øst RHF og de konserntillitsvalgte

Temasak:

- TEMA: Inntektsmodell i Helse Sør-Øst
v/økonomidirektør Hanne Gaaserød
- TEMA: IKT i Helse Sør-Øst
v/administrerende direktør Cathrine M. Lofthus og konserndirektør Atle Brynestad

Møtet hevet kl 1445

Oslo, 1. februar 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

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 16. februar 2018
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg:

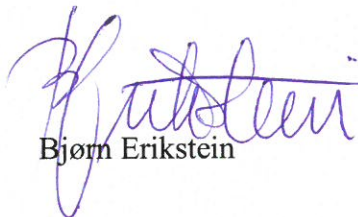
**SAK 14/2018 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA
STYREMØTE 16. FEBRUAR 2018**

Protokoll blir lagt frem for vedtak i slutten av styremøtet.

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 16. februar 2018.

Oslo, den 8. februar 2018


Bjørn Erikstein