

# Oslo universitetssykehus HF

## Møteinnkalling

Møtenavn:	Styremøte 5/2019
Dato møte:	14. juni 2019
Møtetid:	Klokken 10.00 – 12.30
Møtested:	Festsalen, Velferdsbygget, Gaustad sykehus

---

- 41/2019 Godkjenning av innkalling og sakliste
- 42/2019 Utvidet rapportering for 1. tertial med risikovurdering for 2019
- 43/2019 Oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten
- 44/2019 Instruks for Krefregisterets styre
- 45/2019 Styremøter i 2020
- 46/2019 Plan for styret i Oslo universitetssykehus
- 47/2019 Administrerende direktørs orienteringer
- 48/2019 Godkjenning av protokoll fra møtet 14. juni 2019

Gunnar Bovim  
Sign.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 14. juni 2019  
Saksbehandler: Direksjonssekretær  
Vedlegg: Sakliste  
Protokoll fra styremøte 5. juni 2019

---

### **SAK 41/2019 GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE**

#### **Forslag til vedtak:**

*Styret godkjenner innkalling og sakliste.*

Oslo, den 7. juni 2019

Gunnar Bovim  
Sign.

# Oslo universitetssykehus HF

## Protokoll

---

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	5. juni 2019
Dato møte:	5. juni 2019 kl 16.30 – 18.30 på Gardermoen
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

---

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

På telefon: Anne Carine Tanum

Forfall: Ingen

Til stede fra administrasjon: Bjørn Erikstein, Morten Reymert, Sølvi Andersen, Susanne Flølo, Erlend Smeland, Ivar Greiner m.fl.

Tilstede ellers: observatører fra brukerutvalget og publikum

## Sak 37/2019 Godkjenning av innkalling og sakliste

Rekkefølgen på behandling av sakene ble endret ved at sak 39/2019 behandles etter sak 37/2019.

Vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Styremedlemmet Aasmund M. Bredeli ønsket tre saker besvart og ført til protokollen under sak 37/2019:

"Styremedlemmene har mottatt et separat tilbud om informasjonsmøte med administrasjonen i forbindelse med Fremtidens sykehus. Styremedlemmene

Bredeli, Skjæret-Larsen og Urstrømmen mener slike informasjonsmøter er uheldig, blant annet ved at det kan skape usikkerhet om hvilken informasjon som er gitt til styremedlemmene. Disse medlemmene har på den bakgrunn avslått tilbud om informasjonsmøte. Bredeli ønsket derfor innledningsvis å få vite hvilke styremedlemmer som har hatt et slikt møte. Administrerende direktør opplyser at det har vært et møte mellom ham og Anne Carine Tanum som skulle delta i styremøtet per telefon. Der ble styresaken og forslaget til vedtak gjennomgått.

Alle styremedlemmene har mottatt et brev fra Kåresen og Holte. Bredeli mener at de forhold som tas opp der må besvares. Styreleder opplyser at han har bedt administrasjonen om å behandle brevet og at de blir omtalt i møte.

Bredeli ønsker svar på hvorfor styremøtet er lagt til Gardermoen. Styrelederen opplyser at når det opprinnelige tidspunktet for styremøtet måtte flyttes, så muliggjør Gardermoen som møtested avvikling av styremøtet."

### **Sak 38/2019 Oppdatert økonomisk langtidsplan 2020-2023 (39)**

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

"Styremedlemmene Svein Erik Urstrømmen, Else Lise Skjæret-Larsen og Aasmund M. Bredeli ønsket følgende ført til protokollen i sak 39/2019:

Styrerepresentantene Skjæret, Bredeli og Urstrømmen viser til protokoll fra behandlingen av sak 29/2019, ØLP 2020-2023."

### **Sak 39/2019 Framtidens Oslo universitetssykehus**

Styremedlemmene Skjæret, Bredeli og Urstrømmen fremmet følgende alternative vedtaksforslag til sak 39/2019:

- 1) Styret erkjenner at det fremlagte vedtaksforslaget, pkt 1 tom 5, ikke gir faglig forsvarlige og gode virksomhetsmessige løsninger for fremtidens OUS. Saksfremlegget styrker ikke beslutningsgrunnlaget i saken.
- 2) Styret ber administrasjonen gjennomføre en utredning av en delt løsning mellom Gaustad og Ullevål kombinert med et utskilt lokalsykehus, ref styrets vedtak i sak 20/2015.

Styret gjorde følgende vedtak:

1. Styret anbefaler at konseptrapport barn, føde og gynekologi legges til grunn for videre arbeid i forprosjektet.

2. Styret tar kvalitetssikringen av kapasitetsberegninger for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved Aker til orientering. Styret støtter at Groruddalen (bydelene Alna, Grorud og Stovner) overføres samlet for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra Akershus universitetssykehus til Aker i etappe 1.
3. Styret anbefaler at rapportene om virksomhetsinnhold og driftskonsepter legges til grunn for videre arbeid i forprosjektet og organisasjonsutviklingsprosjektet. Styret anbefaler følgende endringer i akutt/traume konseptet på bakgrunn av de innspill som har kommet fram fra fagmiljøene:
  - Det anbefales at lokalsykehus opptaksområdet for Gaustad økes fra 170 000 til minst 200 000 innbyggere.
  - Medisinsk beredskap styrkes ved at en større andel av toksikologiske og infeksjonsmedisinske pasienter behandles ved Gaustad. Dette kommer i tillegg til økt opptaksområde.
  - Kirurgisk og traumatologisk volum vurderes funksjonsfordelt etter samme modell som for toksikologi og infeksjon.
  - Trykktank anbefales flyttet inn i etappe 1 på Gaustad.
  - Høyrisiko smitteisolater anbefales flyttet inn i etappe 1 på Gaustad.
  - Vurdere mulighet for bredere tilstedeværelse av kirurgiske spesialiteter på Aker enn det som er beskrevet i den overordnede virksomhetsbeskrivelsen per nå.
4. Styret tar til orientering utredningen om bruk av tomt på Aker og støtter at det foretas tomteerverv som forutsatt i konseptrapporten.
5. Styret tar rapporten om Ullevål som alternativ lokalisering til Gaustad til orientering og anbefaler at den oppdaterte konseptrapporten for Aker og Gaustad legges til grunn for forprosjektet.
6. Styret viser til Finansdepartementets veileder for statlige prosjekter og ber Helse Sør-Øst RHF vurdere om restverdier også skal være med i de økonomiske analysene som er gjennomført på projektnivå.

Styremedlemmene Svein Erik Urstrømmen, Else Lise Skjæret-Larsen og Aasmund M. Bredeli ønsket følgende ført til protokollen i sak 39/2019:

"Styrerepresentantene Skjæret, Urstrømmen og Bredeli stemmer imot sak 39/2019 med følgende begrunnelse:

Saksfremlegget og vedtaksforslaget bidrar ikke til faglig forsvarlige og gode virksomhetsmessige løsninger for fremtidens OUS. Administrasjonen må derfor gjennomføre en utredning av en delt løsning mellom Gaustad og Ullevål kombinert med et utskilt lokalsykehus, ref styrets vedtak i sak 20/2015 og vårt alternative vedtaksforslag i sak 8/2016."



## Sak 40/2019 Godkjenning av protokoll styremøte 5. juni 2019

Vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 5. juni 2019.



Gunnar Bovim  
styreleder

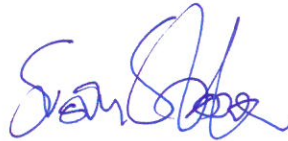
Anne Carine Tanum  
nestleder



Berit Kjøl



Tore Eriksen



Svein Stølen



Aasmund Magnus Bredeli



Svein Erik Urstrømmen



Else Lise Skjæret-Larsen

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 14. juni 2019

Saksbehandlere: Visestatsdirektør økonomi og finans  
Direktør fag, pasientsikkerhet og samhandling

Vedlegg: 1. Tabellvedlegg  
2. Risikoanalyse

---

**SAK 42/2019 UTVIDET RAPPORTERING FOR 1. TERTIAL 2019,  
MED RISIKOVURDERING**

### Forslag til vedtak:

*Styret tar rapporteringen og risikovurderingen til orientering.*

Oslo den 7. juni 2019



Bjørn Erikstein

## 1. Innledning

I oppdragsdokument 2019 fra Helse Sør-Øst RHF fremgår det at virksomheten i Oslo universitetssykehus HF skal innrettes for å nå følgende overordnede styringsmål:

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

Målene skal nås innenfor vedtatt budsjett. Konkrete styringsmål og resultater inngår i tabellvedlegget.

Denne rapporten omtaler tall til og med april. Resultater for mai rapporteres til Helse Sør-Øst RHF onsdag 12. juni og vil bli presentert i styremøtet.

## 2. Gjennomføring av virksomheten

Tabellen under viser status for gjennomføring av virksomheten i april, hittil i år og estimat for året for enkelte av indikatorene. De ulike indikatorområdene kommenteres kort i saksfremstillingen.

Status gjennomføring av virksomheten 2019		Denne periode april			Hittil i år			Året	
		Faktisk	Mål	Status	Faktisk	Mål	Status	Estimat	Mål
Ventetid til helsehjelp påstartet	Ventetid somatikk	55	55	Grønt	58	55	Rødt		55
	Ventetid VOP	44	40	Rødt	41	40	Rødt		40
	Ventetid BUP	61	40	Rødt	61	40	Rødt		40
	Ventetid TSB	34	35	Grønt	30	35	Grønt		35
Fristbrudd av helsehjelp påstartet	Andel fristbrudd somatikk	1,0%	0%	Grønt	1,2%	0,0%	Grønt		0,0%
	Andel fristbrudd VOP	0,7%	0%	Grønt	1,1%	0,0%	Grønt		0,0%
	Andel fristbrudd BUP	3,8%	0%	Rødt	3,9%	0,0%	Rødt		0,0%
	Andel fristbrudd TSB	0,0%	0%	Grønt	0,8%	0,0%	Grønt		0,0%
Pakkeforløp kreft	Andel nye pasienter i pakkeforløp kreft	66%	70%	Rødt	70%	70%	Rødt		70%
	Andel behandlet innen standard forløpstid kreft	70%	70%	Grønt	64%	70%	Rødt		70%
Aktivitet somatikk	Antall ISF-poeng somatikk	19 799	20 029	Grønt	84 089	84 194	Grønt	245 877	245 877
	Antall polikliniske konsultasjoner somatikk	76 901	69 603	Grønt	302 570	297 845	Grønt	864 430	864 430
Aktivitet PHV og TSB	Antall ISF-poeng PHV og TSB	2 723	2 649	Grønt	11 397	11 867	Grønt	32 377	32 377
	Antall polikliniske konsultasjoner PHV og TSB	13 412	13 467	Grønt	58 805	60 872	Grønt	169 269	169 269
Bemanning	Brutto månedsverk (mai)	19 253	19 209	Grønt	19 205	19 201	Grønt	19 268	19 268
	Sykefravær (mars)	7,5%		Grønt	7,8%		Grønt		
Økonomi	Resultat (justert for økte pensjonskostnader)	11 281	16 667	Rødt	53 240	66 667	Rødt	200 000	200 000
	Investeringer (planlagt gjennomføring)	44 862	92 570	Rødt	199 572	420 945	Rødt	1 454 000	1 480 000
	Endring likviditet	619 207	218 976	Rødt	496 196	241 067	Rødt	-782 546	-763 199
	Tiltaksgjennomføring	15 460	23 409	Rødt	65 420	91 385	Rødt	247 513	307 493

Merknad: For brutto månedsverk og sykefravær viser tallene i kolonnen for "Denne periode" resultater for henholdsvis mai 2019 og mars 2019.

### Ventetid<sup>1</sup>

Hittil i år er gjennomsnittlig ventetid for alle avviklede pasienter 58 dager innenfor somatikken. Dette er 3 dager mer enn målet for 2019. Ventetiden innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er kortere enn målet for 2019. Innenfor psykisk helsevern er imidlertid ventetiden for lang, både for voksenpsykiatrien hvor ventetiden hittil i

<sup>1</sup> Se tabellvedlegg 2.2



år er 1 dag lengre enn målet for 2019, men primært innenfor barne- og ungdomspsykiatrien hvor gjennomsnittlig ventetid hittil i år er 61 dager, som er 21 dager lengre enn målet for 2019. Det viktigste tiltaket for å få ned ventetiden innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er knyttet til overføring av behandlerressurser fra dagbehandling til poliklinisk aktivitet. Dette er under planlegging og forventes å redusere både fristbrudd og ventetider fra høsten 2019. Et god samarbeid med førstelinjetjenesten og tjenestene i bydelene er spesielt viktig innenfor barne- og ungdomspsykiatrien. Det arbeides derfor for å styrke dette samarbeidet gjennom prosjektet "Inntak ute" som en utprøvd plattform for å behandle uklare henvisninger sammen med de rette aktørene i bydelene. Innenfor voksenpsykiatrien arbeides det med å ansette flere behandlere. Innenfor alle fagområder er det tett oppfølging av de pasientene som har ventet lengst.

### **Fristbrudd<sup>2</sup>**

Hittil år er det rapportert at 319 pasienter (1,1 prosent) har fått påbegynt helsehjelpen etter frist. Dette er en økning på 0,1 prosent fra samme periode i 2018. En andel av de rapporterte fristbruddene skyldtes mangelfull registrering. I de fleste tilfellene har imidlertid pasienten gitt samtykke til forlenget ventetid innenfor en 14-dagersperiode etter utløpt frist. Dette resulterer likevel i fristbrudd. Andel fristbrudd er høyest innenfor barne- og ungdomspsykiatrien, hvor også ventetiden er for lang, jf omtale av tiltak beskrevet ovenfor.

### **Pakkeforløp kreft<sup>3</sup>**

Helseforetaket har fortsatt ikke tilfredsstillende resultater i forhold til de nasjonale målsettingene som er satt opp for pakkeforløp for kreft. Det har imidlertid vært en bedring av resultatene de siste månedene i 2019. For pasienter som har hele forløpet i Oslo universitetssykehus HF er andel innenfor normert forløpstid i hittil i år 64 prosent, og for april isolert 70 prosent.

Tiltak iverksatt i 2018 for å bidra til bedre resultater for pakkeforløp kreft er videreført i 2019. Det ble videre tidlig i 2019 etablert en ressursgruppe som rapporterer til administrerende direktør. Ressursgruppen utarbeidet i februar og mars måned en overordnet analyse av alle pakkeforløp. På bakgrunn av dette arbeidet ble det besluttet å arbeide videre med analyse og forbedring av ni av pakkeforløpene for å identifisere tiltak som bedrer måloppnåelse på kort og lengre sikt. I tillegg ble det besluttet å arbeide videre med kompetanseutviklingstiltak og anbefaling av en justert styringsmodell for pakkeforløp for kreft med mål om å oppnå en robust og varig løsning. Ressursgruppens arbeid er planlagt ferdigstilt i juni måned. Noe bedre resultater de siste månedene kan tyde på at iverksatte tiltak begynner å gi ønskede resultater.

Helse Sør-Øst RHF har særlig fokus på pakkeforløpene innenfor gynekologisk kreft, og det er planlagt spesifikke tiltak på dette området for å ivareta pasienter tidlig i forløpet og da særlig regionpasienter. Tiltakene omfatter blant annet:

- Bedre planlagt overgang mellom sykehus
- Henvisninger vurderes mer fortløpende

---

<sup>2</sup> Se tabellvedlegg 2.3

<sup>3</sup> Se tabellvedlegg 2.4

- Reduksjon av regranskning
- Etablere ekstra poliklinikk
- Forbedre arbeidsflyt på forløpskoordinatorkontoret
- Gjennomgang av arbeidsflyt innen patologi og radiologi
- Økt operasjonsstuekapasitet i forbindelse med flytting av brystskirurgi fra Radiumhospitalet til Aker

### **Aktivitet somatikk<sup>4</sup>**

#### *ISF-poeng*

Antall registrerte ISF-poeng innenfor somatikken var på rapporteringstidspunktet om lag som budsjettert etter fire måneder. Dette inkluderer også positiv effekt av ISF-regelverk og nye vektorer for 2019 (dvs flere DRG-poeng i 2019 for reelt sett samme aktivitet som i fjor), som kompenserer for noe reelt lavere aktivitet enn budsjettert i noen av klinikkene. Endelige aktivitetsfiler for 1. tertial viser at etterregistreringen av aktivitet var om lag 300 ISF-poeng høyere enn lagt til grunn i det rapporterte resultatet. Dette vil bli inkludert i resultatet for mai. Det er variasjoner i avvik for ISF-poeng mellom klinikkene. Klinikkene med størst negative avvik er Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi (-4,8 prosent), Ortopedisk klinikk (-6,7 prosent) og Barne- og ungdomsklinikken (-7,4 prosent). Hittil i år har Kvinneklinikken (+1,1 prosent), Klinikk for kirurgi og inflammasjonsmedisin (+1,9 prosent) og Nevroklinikken (+0,9 prosent) flere ISF-poeng enn budsjettert. Sammenlignet med samme periode i fjor er det en likevel en reell økning i antall ISF-poeng for aktivitet utført i foretaket på nærmere 2 prosent. Økningen er størst i Kvinneklinikken og i Klinikk for kirurgi og inflammasjonsmedisin. Dette skyldes generelt høyere aktivitet, men også at det som følge av bedre donortilgang er gjennomført flere organstransplantasjoner i 2019 enn i samme periode i 2018.

Det presiseres at det fortsatt er noe usikkerhet knyttet til den rapporterte aktiviteten (ISF-poengene) som følge av endringer i ISF-systemet fra 2018 til 2019. Tjenesteforløpsgrupper er innført for å beskrive tjenester som innholdsmessig henger sammen og som skal ses i sammenheng for finansieringsformål. Beregning av finansiering må gjøres på tvers av helseforetak dersom pasienten har fått behandling ved flere sykehus. Det første grupperte resultatet for ISF-poeng for STG/TFG 2019 forelå først i månedsskiftet april/mai. Nye oppgjørsdata for H-resepter innebærer at tidspunkt for utlevering av resept (første gang per år) er avgjørende for når ISF-poeng vil bli inkludert i rapporteringsgrunnlaget, mot tidligere når resept var skrevet ut på sykehus. I rapporteringen per april har foretaket beregnet ISF-poeng for særtjenester og tjenesteforløpsgrupper basert på tilgjengelig informasjon. Det foreligger imidlertid ikke erfaringstall hverken for beregning av ISF-poeng for tjenesteforløp eller H-reseptdata basert på utleverte resepter fra tidligere år. Det er heller ikke tilgjengelig data på tvers av sykehusene. Kombinert med at verktøy for oppfølging foreligger så sent i året innebærer dette en usikkerhet i rapportert aktivitet og økonomisk resultat.

---

<sup>4</sup> Se tabellvedlegg 2.1

*Polikliniske konsultasjoner somatikk*

Innenfor somatikken er antall polikliniske konsultasjoner hittil i år høyere enn budsjettet. Det er variasjoner i måloppnåelse mellom klinikkene. Det er et stort negativt avvik i Ortopedisk klinikk hvor aktiviteten ved Skadelegevakten hittil i år har vært lavere enn budsjettet og er redusert sammenlignet med fjoråret på grunn av mindre øyeblikkelig hjelp.

**Aktivitet psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling<sup>5</sup>***ISF-poeng psykisk helsevern og TSB*

Det er rapportert færre ISF-poeng enn budsjettet for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Avviket skyldes hovedsakelig færre konsultasjoner enn budsjettet. Avviket er noe større for antall ISF-poeng enn for antall konsultasjoner.

*Polikliniske konsultasjoner psykisk helsevern og TSB*

Antall polikliniske konsultasjoner er lavere enn budsjettet både for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Innenfor voksenpsykiatrien forventer klinikken å ha besatt nye fagstillinger i løpet av våren. Både innenfor barne- og ungdomspsykiatrien og rusområdet forklarer fravær lavere aktivitet enn budsjettet. Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien arbeides det med å overføre behandlerressurser fra dagtilbud til poliklinisk aktivitet. På årsbasis forventes en aktivitet som budsjettet.

**Bemanning<sup>6</sup>***Brutto månedsverk*

For perioden januar til og med mai måned 2019 er gjennomsnittlig brutto månedsverk 19 205. Dette er i tråd med budsjett for perioden og en økning på 276 eller 1,5 prosent sammenlignet med samme periode i 2018. Oslo universitetssykehus har siden samme periode i 2018 hatt en svak nedgang i bruk av midlertidige ansatte (-1,5 prosent). Veksten det siste året knytter seg til fast ansatte (2,3 prosent) med intern finansiering. Veksten skyldes blant annet økning i antall årsverk innenfor Prehospital klinikk som følge av virksomhetsoverdragelse av prehospitaltjenester i Glåmdalen fra 1. februar 2019 og andre prioriterte områder i budsjett 2019.

Hittil i år er antall brutto månedsverk om lag som budsjettet. Det er imidlertid klinikkvise variasjoner. Nevroklinikken har hatt en liten økning i faktiske månedsverk fra forrige måned. Dette tilskrives «en dør inn» og slagsløyfen som det periodiserte budsjettet ikke er justert for, i tillegg til at planlagte tiltak foreløpig ikke er gjennomført fullt ut.

---

<sup>5</sup> Se tabellvedlegg 2.1

<sup>6</sup> Se tabellvedlegg 4.1-4.4

Overordnet er vurderingen at det så langt ikke er planlagt med tilstrekkelig omfang av tiltak for å redusere lønnskostnader og årsverk. En ser imidlertid en forbedring i enkelte klinikker, og det følges opp månedlig at klinikkene arbeider videre med tiltak på disse områdene.

#### *Sykefravær*

Sykefraværet i mars måned var 7,5 prosent, fordelt på 2,8 prosent korttidsfravær og 4,7 prosent langtidsfravær. Det er om lag samme nivå som i mars 2018.

Sykefraværet totalt for perioden januar-mars 2019 er 7,8 prosent. Sykefraværet totalt for årets tre første måneder var 7,8 prosent, ned fra 8,3 prosent i samme periode i 2018.

### **Økonomi<sup>7</sup>**

#### *Økonomisk resultat*

Oppdaterte beregninger over samlet pensjonskostnad for 2019 viser at pensjonskostnaden i 2019 forventes å bli 268 millioner kroner høyere enn det som er lagt til grunn i budsjettet. Det legges til grunn at merkostnaden blir håndtert på samme måte som tidligere år, dvs gjennom endrede bevilgninger i revidert nasjonalbudsjett. Helse Sør-Øst RHF har bedt helseforetakene om inntil videre å korrigere det rapporterte resultatet med effekten av økt pensjonskostnad.

Justert for økte pensjonskostnader som beskrevet ovenfor viser det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF etter april 2019 et positivt resultat på 53,2 millioner kroner. Det tilsvarende budsjetterte resultatet var 66,7 millioner kroner slik at rapporteringen etter april viser et negativt budsjettavvik på 13,4 millioner kroner. Dette innebærer at resultatet i april er om lag 5,4 millioner kroner svakere enn budsjettert. Dette skyldes at klinikkens samlede resultater var svakere i april enn budsjettert. Hovedårsaken til det negative avviket hittil i år skyldes høyere lønns- og innleiekostnader enn budsjettert i flere av klinikkene, blant annet som følge av manglende tiltaksgjennomføring. På inntektssiden er det fortsatt noe usikkerhet knyttet til ISF-poeng som følge av endringer i ISF-regelverket for 2019.

I tabellvedlegget er det tatt inn en tabell som viser avvikene hittil i 2019 for ulike inntekts- og kostnadstyper tilknyttet ordinær drift med korte kommentarer.

#### *Investeringer*

Ved utgangen av april var regnskapsførte investeringer, eksklusive egenkapital til pensjonskasser og IKT, 195 millioner kroner. Dette er 198 millioner kroner lavere enn opprinnelig planlagt, hvorav investeringer i bygg utgjør 171 millioner kroner.

Proessen med å komme i gang med prosjekter innenfor bygg har tatt lengre tid enn opprinnelig antatt. Det har vært vanskelig å få tak i ekstern kompetanse, spesielt entreprenører innen tekniske fag og rådgivende ingeniører. For enkelte større prosjekter har anbudsprosess tatt lenger tid enn forutsatt. Det forventes høyere

---

<sup>7</sup> Se tabellvedlegg 3.1-3.3

investeringspådrag senere i året. På dette tidspunkt er det ikke noe som tilsier at de planlagte investeringene ikke blir gjennomført.

Det rapporterte årsestimatet for investeringer er økt i forhold til opprinnelig planlagt. I hovedsak gjelder dette investeringer knyttet til nyfødtscreeningen (jamfør styresak 15/2019). Som følge av lavere pådrag enn opprinnelig planlagt hittil i år vil imidlertid årsestimatet bli vurdert på nytt til neste rapportering.

#### *Likviditet*

Kontantstrømbudsjettet for 2019 innebærer et økt trekk på bevilget driftskreditt med 763 millioner kroner gjennom året. Ved utgangen av april var benyttet driftskreditt 255 millioner kroner lavere enn budsjettet. Dette forklares i hovedsak med lavere investeringspådrag og at balanseførte øremerkede midler er noe høyere enn budsjettet.

#### *Gjennomføring av omstillingstiltak*

Klinikkene har planlagt kostnadsreducerende og inntektsøkende tiltak (unntatt DRG) med en effekt i 2019 på 307 millioner kroner. Hittil i år er det rapportert gjennomført tiltak med en samlet verdi på 65 millioner kroner. Dette tilsvarer en gjennomføringsgrad på 72 prosent. Klinikker som etter april har levert negative årsprognoser for 2019, er bedt om å utarbeide nye tiltak for å klare budsjettkravet for 2019.

### **3. Nærmere om status og utvikling på enkelte områder**

#### *Prioriteringsregelen*

Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er et av de overordnede målene for 2019. Prioriteringsregelen omfatter ventetid, polikliniske opphold og ressursbruk. Etter april foreligger status for ventetid, polikliniske opphold og ressursbruk fordelt på tjenesteområder (rapporteres kun hvert tertial).

Det er stilt nye målkrav for ventetid i Oppdrag og bestilling 2019. For Oslo universitetssykehus HF er ventetidsmålet innfridd hittil i år for tverrfaglig spesialisert rusbehandling hvor ventetiden er under 35 dager. For somatikken, voksenpsykiatrien og barne- og ungdomspsykiatrien er ventetiden som tidligere nevnt i saken lengre enn målet. Det er størst avvik innenfor barne- og ungdomspsykiatrien, hvor målet er 40 dager og gjennomsnittlig ventetid hittil i år er 60 dager. Se tiltak beskrevet under ventetid tidligere i saken.

Hittil i år har det vært en større vekst i antall polikliniske konsultasjoner innenfor psykisk helsevern og rusområdet enn innenfor somatikken. Prioriteringsregelen vurderes å være innfridd på dette området.

Når det gjelder ressursbruk per tjenesteområde er vurderingen at fordelingen mellom tjenesteområdene er om lag som budsjettet. Det vil si at veksten er noe større innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn innenfor somatikken, dvs i samsvar med prioriteringsregelen.

*Pakkeforløp psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*

Pakkeforløp innenfor psykisk helse (barn og unge, samt voksne) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ble innført fra 1. januar 2019. Det er satt mål for:

- Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning
- Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling

Målet med disse pakkeforløpene er å sikre økt brukerinnflytelse, sammenhengende pasientforløp og oppfølging uten unødig ventetid. Pakkeforløpene er også et redskap for styrket ledelse og styring av virksomheten. Oslo universitetssykehus HF registrerer pakkeforløpsdata i DIPS Arena. Det arbeides sammen med DIPS for å få på plass pålagt rapportering til Norsk pasientregister, slik at rapportering av andel pakkeforløp og forløpstider kan måles og følges opp. Det er nå dialog med Norsk pasientregister om godkjenning av rapporteringsgrunnlaget slik at dette forventes å være på plass før sommeren.

*Avvisningsrater innenfor psykisk helsevern*

Helse Sør-Øst RHF har etablert særskilt oppfølging av avvisningsrater innen psykisk helsevern i perioden med innføring av pakkeforløp.

De siste årene har det vært en økning i antall henvisninger til Klinikk psykisk helse og avhengighet. I samme periode har avvisningsraten samlet sett vært stabil eller svakt synkende. Det er variasjoner mellom enhetene og avvisningsraten ved poliklinikkene innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er for høye og har økt i 2019. De beskrevne tiltakene for å redusere ventetid og fristbrudd forventes å bidra til at avvisningsraten reduseres i 2. halvår 2019.

*Budsjett 2020*

I møte 10. mai behandlet styret sak 29/2019 Økonomisk langtidsplan 2020-2023 (39). Dette inkluderte vurdering av resultatkrav for 2020, hvor styret vedtok et foreløpig styringsmål for 2020 på 250 millioner kroner i overskudd. Styret understreket at styringsmålet er reelt betinget av de planforutsetningene som er mottatt fra Helse Sør-Øst RHF når det gjelder utvikling i basisramme og kostnader knyttet til medikamenter og IKT. Helse Sør-Øst RHF behandler økonomisk langtidsplan 2020-2023 i møte 20. juni, dvs etter styremøtet i Oslo universitetssykehus HF 14. juni.

I internt skriv om «Økonomisk langtidsplan (ØLP) 2020-2023 skriv nr 1 prosess og leveranse» sendt klinikkene 29. januar 2019 fremkommer at de planleggingsrammene som følger av klinikkens budsjett 2019 også skal være utgangspunktet for klinikkens planleggingsrammer inn mot årsbudsjett 2020. Klinikkene har i større grad enn ved tidligere år vært involvert i arbeidet med ØLP og har forankret sine planer for årlig innsparing i klinikkvise styringsgrupper. Det er videre gjennomført oppfølgingsmøter med alle klinikkene for gjennomgang av klinikkens innspill. I det videre arbeidet med utarbeidelse av årsbudsjett 2020 skal det arbeides med detaljert planlegging av tiltaksområder for budsjett 2020.

Budsjettsskriv nr 2 beskriver plan for budsjettprosessen og gir føringer for klinikkens arbeid med budsjett 2020, er planlagt sendt til klinikklederne senest 15. juni.



Den økonomiske utfordringen for 2020 vurderes, som det fremkommer av ØLP, å være krevende. Samlet sett forventes ikke vesentlige endringer i finansieringen av Oslo universitetssykehus HF for 2020. Det er da lagt til grunn at det innføres inntektsmodell i Oslo sykehusområde, med tilhørende gjestepasientoppgjørsordninger, slik at innføringen isolert sett blir relativt nøytral for Oslo universitetssykehus HF. Dette omtales nærmere i eget punkt under. Kostnadene forventes å øke blant annet innenfor medikamentområdet og IKT-området. Det vil påløpe kostnader til organisasjonsutviklingsprosjekt og forprosjekter knyttet til nye sykehusbygg, i første omgang på Radiumhospitalet. Alle klinikkene er bedt om å planlegge med en produktivitetsforbedring på 2 prosent.

Det videre budsjettarbeidet vil bli organisert slik at styret på hvert møte gjennom høsten får oppdatert informasjon om både økonomiske forutsetninger og status i arbeidet med planlegging av tiltak for å gjennomføre driften i 2020 innenfor budsjett. Styret vil i desembermøtet få fremlag forslag til vedtak om investerings-, aktivitets- og driftsbudsjett.

#### *Innføring av inntektsmodell i Oslo sykehusområde*

Helse Sør-Øst RHF foreslår å innføre prinsippene for den regionale inntektsmodellen for modellelementet somatikk også i Oslo sykehusområde som en planforutsetning for økonomisk langtidsplan 2020-2023. Endelig beslutning om innføring forventes fremmet som del av styresak om Økonomisk langtidsplan 2020-2023 for Helse Sør-Øst, som vil bli forelagt styret 20. juni 2019. Det vil samtidig etableres gjestepasientoppgjør innenfor somatikk og laboratorie-/radiologiområdet i Oslo sykehusområde. Den regionale inntektsmodellen innføres foreløpig ikke for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Innføringen av prinsippene for den regionale inntektsmodellen internt i Oslo sykehusområde medfører omfordeling av inntekt mellom sykehusene. En av årsakene til dette er sammensetningen av befolkningsutviklingen i Oslo, hvor Lovisenberg Diakonale Sykehus har fått en økende andel av befolkningen i Oslo de siste årene som følge av relativt sterk vekst i de bydelene dette sykehuset har som opptaktsområde. Dette medfører at særlig Diakonhjemmet Sykehus vil få en omstillingsutfordring ved innføring av den regionale inntektsmodellen.

I den foreslått modellen reduseres isolert sett basisrammen til Oslo universitetssykehus HF med i størrelsen vel 800 mnok for 2020 sammenliknet med en videreføring av dagens fordelingmodell. Disse midlene omfordeles til Lovisenberg og Diakonhjemmet. Samtidig innføres gjestepasientoppgjør somatikk og laboratorie/radiologi og den særskilte finansiering av «Sageneavtale» og akuttkirurgi for Lovisenberg sykehus avvikles. Samlet vurderes den økonomiske effekten av innføring av inntektsmodell i Oslo sykehusområde å være relativt nøytral.

Innretningen av gjestepasientoppjøret er ikke avklart. Målet er å innføre en ordning som fordeler inntekt til det sykehuset som har kostnaden til pasientbehandling. Det er samtidig ønskelig å sikre forutsigbarhet i gjestepasientinntekt / gjestepasientkostnad vs økonomiske incentiver for pasientflyt. Helse Sør-Øst RHF har skissert 6 ulike alternativer hvor Oslo universitetssykehus HF anbefaler det alternativet (alternativ

5), som i tillegg til fortløpende aktivitetsbasert finansiering med 50 prosent ISF-refusjon som i dag innebærer:

- 30 prosent løpende oppgjør etter faktisk aktivitet
- 20 prosent oppgjør basert på historisk aktivitet – uten avregning

Oslo universitetssykehus har gitt tilbakemelding om at det for stråleaktivitet bør være fullt oppgjør som i regionen ellers, dvs ytterligere 20 prosent løpende oppgjør. For oppgjør basert på historisk aktivitet må oppgjøret differensieres med 43 prosent up-front for det som inngår i abonnementet (lands- og regionsfunksjoner) og 20 prosent for øvrig aktivitet. Dette gir en løsning for gjestepasientoppgjør som i regionen for øvrig og ellers en balansert fordeling av risiko mellom sykehusene. På enkelte områder, som for eksempel områder innenfor somatikken med kurdøgnfinansiering, er det allerede etablert gjestepasientoppgjør. Det forutsettes at disse videreføres.

### **Pasientsikkerhet mv<sup>8</sup>**

#### *Epikrisetid*

For 2019 ble kravene for når epikrisen skulle ha vært sendt fra sykehuset til pasientens fastlege innskjerpet. I oppdragsdokumentet for 2019 ble målenet for satt på hhv 70 prosent av epikriser skal sendes innen 1 dag og 100 prosent av epikriser skal sendes innen 7 dager etter utskrivelse fra sykehus. Hittil i år er 78 prosent av epikrisene sendt innen 7 dager og 48 prosent innen 1 dag. For begge indikatorene innebærer dette samlet sett en forbedring fra siste tertial 2018. Klinikkvise resultater fremkommer av tabellvedlegget.

Forsinkelser som ligger utenfor avdelingenes kontroll skyldes som oftest at relevante prøver ikke er ferdig analysert. Det er stort fokus på epikrisetiden i klinikkene. Forbedringsarbeid i avdelingene omfatter bruk av styringstavle, ukentlige utsendelser av restanselister, ukentlige driftsmøter, journalskrivningskurs, rutiner som sikrer at sekretærer dekker for hverandre ved fravær, tentativ behandlingsplan klar ved utskrivelse, forbedringsprosjekter og påminnelser. I oppfølging framover vil fokus være at samtlige berørte klinikker har rutiner for å sikre at LIS- leger som innehar tilstrekkelig kompetanse, kan godkjenne epikriser.

#### *Planlagt tid - redusere andel passert planlagt tid*

Frem mot 2021 er styringsmålet at 95 prosent av alle avtaler skal overholdes. Det er beskrevet arbeidsprosess for å overholde tidspunkt som er medisinskfaglig vurdert, hvor målet for 2019 er at andel pasienter med passert planlagt tid skal reduseres med 50 prosent på fagområdenivå. Ved utgangen av 1. tertial var andel passert planlagt tid 5,9 prosent. Dette er en økning fra januar hvor andelen var 4,8 prosent. Fagområder med særlig høy andel passert planlagt tid følges opp. De fleste klinikker arbeider med en planleggingshorisont 3-6 måneder fram i tid. Det arbeides med å bedre poliklinikkens planleggingshorisont, forbedre innkallingsrutiner og redusere antall kontroller.

---

<sup>8</sup> Se tabellvedlegg 5.1-5.4

*Endring av pasientsløyfe for behandling av akutt hjerneslag – «Én dør inn»*

Som en del av regionalt prosjekt «Oppgavedeling i Oslo sykehusområde» ble pasientsløyfen for pasienter fra Oslo sykehusområde (Lovisenberg-, Diakonhjemmet- og Oslo universitetssykehus-sektor) med mistanke om hjerneslag endret fra 6. mai 2019. Dette innebærer at alle pasienter med mistanke om hjerneslag utredes og behandles akutt på Oslo universitetssykehus på Ullevål. Seksjon for hjerneslag er overført fra Medisinsk klinikk til Nevroklinikken og det er igangsatt en rekke tiltak som bidrar til god logistikk og en trygg og effektiv pasientsløyfe. Evaluering etter de første tre ukene viser at endringene ble tatt godt imot og at endret pasientsløyfe fungerer etter hensikt. Det gjennomføres ukentlige samarbeidsmøter mellom de tre sykehusene og ingen av samarbeidspartnerne har så langt meldt om utfordringer.

*Uønskede hendelser og avvikshåndtering*

Det ble i første tertial 2019 registrert 11 083 uønskede hendelser og forbedringsforslag ved sykehuset. Dette var en økning på 12 prosent fra samme periode i 2018, og er en ønsket utvikling av meldekulturen. Fordelingen på type pasienthendelse er sammenliknbart med tidligere og vises i tabellvedlegg. Andelen registrerte pasienthendelser med ingen konsekvens økte til 56 prosent og andelen med betydelig konsekvens viser en nedgang til 1,6 prosent (hhv. 55 og 1,7 prosent samme periode i 2018). Antall dokumenterte tiltak er 3 853.

*Varsel til Statens helsetilsyn etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a<sup>9</sup>*

I perioden ble det sendt 33 varsler til Statens helsetilsyn fra Oslo universitetssykehus HF etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a. Varslene medførte tilsynsmessig oppfølging i 13 av sakene.

*Meldinger til Helsedirektoratet § 3-3, lovendring*

Oslo universitetssykehus HF sender meldepliktige hendelser iht. Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 som registreres i Achilles til Meldeordningen i Helsedirektoratet<sup>10</sup>. Dette omfatter pasienthendelser som etter medarbeidernes initiale vurdering er meldepliktige. Antall meldinger i perioden viste en liten nedgang til 630 fra 645 i samme periode 2018. Fra mai 2019 opphører meldeplikten etter § 3-3. Det vil derfor fremover kun være intern saksbehandling/årsaksanalyse av disse hendelsene. Dette arbeidet fortsetter uendret for ansatte, ledere og klinikkens pasientsikkerhetsråd, i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten samt spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 (pasientsikkerhetsråd) og § 3-4a (systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet). Det er derfor ingen endringer i prosedyren for hvordan ansatte og ledere skal registrere og håndtere uønskede pasienthendelser i Achilles. Oslo universitetssykehus har meldt totalt 10 049 hendelser etter denne meldeplikten fordelt på de nesten 7 årene siden ordningen ble flyttet fra Fylkesmannen. Meldingene har bl.a. bidratt til læringsnotatene fra Helsedirektoratet.

*Klage og tilsynssaker om pasientbehandlingen*

Det er 27 nye tilsynssaker til behandling fra Fylkesmannen i perioden. Fylkesmannens konklusjoner i tilsynssaker som er avsluttet i perioden.

---

<sup>9</sup> Se tabellvedlegg 5.4

<sup>10</sup> Tidligere Kunnskapssenteret

Sykehuset har mottatt 38 avsluttede tilsynssaker fra Fylkesmannen i Oslo og Viken eller Statens helsetilsyn, hvorav 20 med brudd lov eller forskrift. 18 gjelder brudd på forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven.

#### *Brukerundersøkelsen*

Pasientene ga i løpet av perioden 36 872 svar og 8 750 kommentarer i brukerundersøkelsen. Det var en økning fra tidligere, og nivået på resultatene var generelt gode. Kommentarene blir kategorisert og presentert for ledere i månedlige rapporter. Det er mye positivt, men også en stor mengde kommentarer der pasientene uttrykker frustrasjon. Resultatene blir også gjennomgått i personal- og ledermøter som ledd i avdelingenes forbedringsarbeid.

#### *Eksterne tilsyn*

I 1. tertial var det totalt 15 tilsyn av tilsynsmyndighetene. Tabellen nedenfor viser antall, tema og avvik.

Tilsynsmyndighet	Ant. tilsyn	Ant. avvik	Tema
Nasjonalt folkehelseinstitutt	1	9	Etablering av egen donoravdeling i OUS/AKU er under etablering mht. oppgaver, ansvar og myndighet.
Helsedirektoratet	1	-	Dokumentkontroll av opphold i DRG 475A Sykdom i åndedrett. Ikke mottatt rapport.
Statens legemiddelverk	1	-	GCP-tilsyn - undersøkelse av om Uprøvsingsenhetens egnethet for gjennomføring av Fase 1 studier. KRE/AKB: Ikke mottatt rapport. NVR/NKI: Sendt over oppfølgingsnotat iht. frist.
Mattilsynet	1	0	Uanmeldt Mattilsyn på hovedkjøkken RH - Detaljomsetning og servering av mat og drikke. Ingen avvik.
Arbeidstilsynet	1	3	Tilsyn vold og trusler Dikemark Voksenpsykiatri. Det arbeides med handlingsplan frist 20/6-19.
DSB	0	5	Tilsyn 3. tertial 2018, rapport mottatt 1/4-19, handlingsplan mai 2019. Drift og vedlikehold av elektromedisinsk utstyr samt opplæring i bruk av behandlingshjelpemidler.
Lokalt el-tilsyn	3	0	El-tilsyn Ullevål hotell - bygg 10 og El-tilsyn Internkontrollsystem - Nittedal Ambulansestasjon. Ingen avvik.
Fylkesmannen miljøavd.	1	2	Landsomfattende tilsyn med fyringsanlegg (tankanlegg på OUS) - RH og Gaustad. Det arbeides med handlingsplan frist 1/7-19
Kommunalt brannvesen	2	-	Kontroll av brannsikkerheten i bygget - Vardenbakken 96: OUS leier lokaler, ingen avvik. Brannforebyggende aktivitet ved Radiumhospitalet: ikke mottatt rapport.
Riksrevisjonen	4	-	Bemanningsutfordringer for sykepleiere i sykehus. Oversendt dokumentasjon i alle 4 tilsyn iht. frist. Ikke mottatt rapport.
<b>Sum</b>	<b>15</b>	<b>19</b>	

### *Pasient- og pårørendeopplæring*

Informasjon og opplæring til pasienter og pårørende er en viktig og lovpålagt hovedoppgave i spesialisthelsetjenesten. Sykehuset skal legge til rette for at pasienter og pårørende får tilstrekkelig og kvalitetssikret kunnskap om sykdom/skade. En del av dette tilbudet er gruppebaserte lærings- og mestringskurs til pasienter og pårørende. For å se på kvalitet og omfang av tilbud, og om det er uønskede variasjoner, har sykehuset sett på aktivitetsdata som viser registrert og kodet gruppebasert opplæring. Klinikken har i tertialrapportering redegjort for den gruppebaserte lærings- og mestrings aktiviteten.

Gjennomgangen viser at gruppebasert pasient- og pårørendeopplæring er godt integrert, riktig kodet og rapportert i Medisinsk klinikk, Kreftklinikken og til dels i Barne- og ungdomsklinikken. Medisinsk klinikk har høy aktivitet, og opplæringen er integrert i behandlingsforløpene for flere diagnosegrupper. Kreftklinikken har høy aktivitet på kodet gruppebasert opplæring integrert i pasientforløpene. Pasienter som deltar på Pusterommets gruppetilbud er ikke kodet, men det er en målsetting å gjennomføre dette i 2019. I Klinikk psykisk helse og avhengighet er pasient- og pårørendeopplæring integrert i behandlingen gjennom blant annet psykoedukasjon, som ikke kan skilles ut som egen opplæringsaktivitet. Klinikken er i gang med et forbedringsarbeid for å se hvordan pasient- og pårørendeopplæring forøvrig skal integreres. Barne- og ungdomsklinikken har betydelig vekst i gruppebasert opplæring fra forgående år. Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi har ansatt en rådgiver i stab som skal ha ansvar for kurs og grupper. Klinikken har flere aktuelle pasientgrupper hvor det er behov for å etablere gruppebasert pasient- og pårørendeopplæring. Hjerter, lunge og karklinikken og Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon registrerer sine kurs i Kreftklinikken som koordinerer opplæringen via sitt lærings- og mestringscenter. Kvinneklinikken har noe gruppebasert opplæring, men har i dag ingen læringsaktivitet som genererer koding. De ønsker å se på hvilke pasientgrupper som kan ha nytte av gruppebasert pasient- og pårørendeopplæring som kan kodes. Ortopedisk klinikk har gjennomført ett gruppebasert opplæringstilbud, men oppgir at det er få ressurser til å prioritere denne aktiviteten, og at det ikke etterspørres i klinikken.

Det er for stor variasjon i opplæringstilbud til ulike pasient og pårørendegrupper ved sykehuset. Studier viser at gruppebasert opplæring til pasienter og pårørende bidrar til redusert symptombelastning og økt mestring av egen helse/ sykdom, samt gir en helseøkonomisk nytteeffekt for helsetjenesten. Sentral stab har derfor initiert og startet et kartleggings- forbedringsarbeid for implementering av pasient- og pårørendeopplæring i helhetlige pasientforløp inkludert forbedring av registrering og koding. Arbeidet vil pågå i perioden 2019-2020.

### *Møteplass Oslo*

Møteplass Oslo er en etablert samarbeidsarena mellom fastleger og sykehus i Hovedstadsområdet. Etableringen av denne samarbeidsarenaen er blitt svært positivt mottatt og det er god oppslutning om temakveldene. I ledelsens gjennomgang ble det diskutert om samarbeidet kunne ytterligere forsterkes ved bredere deltakelse fra spesialisthelsetjenesten. Flere klinikker ville vurdere om møter med adekvat innhold kunne inngå som element i fordypningstiden til LIS-legene. Neste møte er den 13. november 2019 og skal handle om over- og underdiagnostikk og -behandling. Fra en av klinikkene anføres det at LIS i sykehus lærer det faglige i sykehuset, mens

Møteplass Oslo har betydning for «samhandlingsbiten». I videre arbeid vil vi legge vekt på å vise hvordan klinisk kunnskap i spesialist- og primærhelsetjeneste er komplementær. Kunnskapsdeling bør gå begge veier for å sikre at pasienten får helhetlige forløp.

## Forskning, innovasjon og utdanning<sup>11</sup>

### Forskning

Oslo universitetssykehus HF sin forskningsstrategi fastslår at det skal tilstrebes kvalitet fremfor kvantitet, og at fagfellevurderinger skal være den viktigste kvalitetsindikatoren. Som supplerer til ulike kvalitative vurderinger er det nyttig å følge utviklingen med et sett av ulike kvantitative parametere. Miljøer kan da sammenligne sin egen aktivitet over tid og fange opp tendenser til uønskede fall i aktivitet. I 1. tertial presenteres kvalitetssikrede totaltall for forskningsaktivitet foregående år. Totalvurderingen for 2018 er at aktiviteten er god. For kliniske behandlingsstudier er det fremdeles ikke et tilstrekkelig datagrunnlag for å konkludere om totalutviklingen (omtalt nedenfor).

**Vitenskapelige artikler:** Det er benyttet kvalitetssikrede tall fra det nasjonale Cristin-systemet, og disse viser en økning også fra 2017 til 2018. De valgte parameterne viser noe variasjon i utviklingen for klinikkene (jf tabell i vedlegg). Enkelte klinikker har mindre fokus enn tidligere på høyt volum og tilstreber noe færre artikler med høyere kvalitet.

Tabell 1, Antall publiserte vitenskapelige artikler per klinikk

Antall artikler, tall fra Cristin	2016	2017	2018
Klinikk psykisk helse og avhengighet	154	184	197
Medisinsk klinikk	282	300	316
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	48	72	54
Nevroklubnikken	194	183	188
Ortopediklubnikken	72	110	99
Barne- og ungdomsklubnikken	172	168	183
Kvinneklubnikken	94	84	91
Klubnikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og	279	272	282
Kreftklubnikken	406	389	389
Hjerte-, lunge- og karklubnikken	167	182	212
Akuttklubnikken	165	159	165
Prehospital klubnikk	13	13	12
Klubnikk for laboratoriemedisin	452	462	463
Klubnikk for radiologi og nuklearmedisin	93	87	99
Oslo sykehusservice	95	100	111
Andre/ikke knyttet til klubnikk	52	91	49
<b>Totalt OUS (unike artikler)</b>	<b>1946</b>	<b>2014</b>	<b>2087</b>

Merk at artikler telles hos flere klubnikker når det er forfattere fra flere klubnikker. I tallet for Totalt OUS er hver artikkel kun talt én gang, og dette er dermed lavere enn summen av klubnikktallene.

**Tidsskriftnivå/klassifisering:** Nivåinndelingen av tidsskrifter er basert på nasjonalt publiseringsutvalgs vurdering av kvaliteten på tidsskriftene innen ulike fagfelt. For noen små fagområder er det få relevante tidsskrifter på nivå 2, fordi de inngår i større fagfelt:

<sup>11</sup> Se tabellvedlegg 6.1-6.5



- Nivå 2 (vekt 3): Ledende tidsskrifter innen et fagfelt med omtrent 20 prosent av publikasjonene.
- Nivå 1 (vekt 1): Alle andre tidsskrifter som inngår i målesystemet.

Andelen på nivå 2 er økt fra 2017 til 2018 for sykehuset som helhet, og for de fleste av klinikkene. Antallet artikler på nivå 2 har også økt.

Tabell 2, Andel artikler publisert i tidsskrifter på nivå 2

Andel artikler på nivå 2, tall fra Cristin	2016	2017	2018
<b>TOTALT (ut fra unike artikler)</b>	23,2 %	23,0 %	23,5 %

**Kliniske studier:** Oversikt over kliniske studier med industripartner er innhentet fra Inven2, som håndterer avtaler om slike studier på vegne av foretaket. Tabellene viser ikke forskerinitierte kliniske studier *uten* industripartner. Det arbeides med å kvalitetssikre prosjektoversikten i det nasjonale Cristin-systemet med sikte på å få komplette tall i løpet av 2019. Det er et mål fra eier å styrke infrastruktur for kliniske studier og at flere pasienter tilbys deltakelse i kliniske studier. Prøverapportering av antall pasienter i studier godkjent i 2017 ble gjennomført i juni 2018, men ga ikke tilfredsstillende grunnlag for rapportering på institusjonsnivå. En ny runde med rapportering for 2017 og 2018 pågår april/mai 2019.

Antall pågående studier med industripartner var fortsatt høyt ved utgangen av året. En høy andel av kreftstudier med lange oppfølgingsperioder er hovedforklaringen på at antall pågående studier holder seg høyt. Studiene er fordelt etter utprøvningsfase eller testing av utstyr som vist i tabell 3a. I tabellvedlegget<sup>12</sup> vises fordeling per klinikk.

Tabell 3a: Pågående studier - løpende avtaler med industripartner håndtert av Inven2

Pågående oppdragsstudier på OUS, ekskl. observasjonsstudier, ved utgangen av hvert år	2016	2017	2018
Legemiddelstudier Fase 1	17	17	21
Legemiddelstudier Fase 2	40	48	44
Legemiddelstudier Fase 3	118	125	124
Legemiddelstudier Fase 4	15	14	12
Sum legemiddelstudier med intervensjon	190	204	201
Testing av medisinsk utstyr pr 31.12	12	8	13
<b>Totalt alle</b>	<b>202</b>	<b>212</b>	<b>214</b>

Antall nye kontrakter for Oslo universitetssykehus HF som helhet var på samme nivå i 2017 som i 2016, mens det i 2018 har vært en reduksjon for flere klinikker, jf tabell 3b. Fordeling pr klinikk fremgår av tabellvedlegget<sup>13</sup>. Nedgangen i nye studier er, i følge Inven2, en konsekvens av at enkelte avdelinger har problemer med å håndtere flere nye studier i tillegg til de som allerede pågår. Inven2 nevner særlig radiologi, øye og nevrologi som områder med kapasitetsproblemer.

<sup>12</sup> Se tabellvedlegg 6.1

<sup>13</sup> Se tabellvedlegg 6.2

Tabell 3b: Nye oppdragsstudier hos Inven2, etter kontraktsår

Nye kliniske oppdragsstudier etter kontraktsår	2016	2017	2018
Legemiddelstudier Fase 1	4	4	6
Legemiddelstudier Fase 2	11	13	9
Legemiddelstudier Fase 3	33	31	21
Legemiddelstudier Fase 4	4	3	4
Testing av medisinsk utstyr	2	2	5
<b>Totalsum</b>	<b>54</b>	<b>53</b>	<b>45</b>

**Doktorgrader avlagt ved universiteter og høyskoler og utført ved helseforetaket:**

Antall doktorgrader som hovedsakelig er utført ved Oslo universitetssykehus nådde i 2012 en topp på 151, men har falt de siste årene etter en vridning av ekstern finansiering bort fra doktorgradsstipend og over mot flere postdoktorstipend og annen støtte. I 2018 ble antallet på nivå med 2015 og 2016.

Tabell 4: Doktorgrader utført ved Oslo universitetssykehus

Doktorgrader utført ved helseforetaket	2016	2017	2018
<b>Totalt OUS</b> (uten hensyn til delinger med andre helseforetak)	112	127	108

**Biobanker til bruk i forskning:** En kartlegging i 2018 viste at det eksisterer nærmere 600 samlinger med humant biologisk materiale avsatt til forskning – forskningsbiobanker ved Oslo universitetssykehus. Disse befinner seg i om lag 400 ulike fryserenheter som er plassert i ulike lokaler på Rikshospitalet, Radiumhospitalet, Aker og Ullevål, samt i leide arealer ved Folkehelseinstituttet. Biobankene har varierende grad av overvåkning og temperaturkontroll. Ledermøtet ved Oslo universitetssykehus vedtok 7. mai 2019 igangsetting av et forprosjekt for en sentralisert lagringsfasilitet på Radiumhospitalsområdet. I tillegg ble det vedtatt å utrede opprettelse av én enhet i Klinikk for laboratoriemedisin med ansvar for drift av den institusjonelle biobankinfrastrukturen.

*Ekstern finansiering fra EU og Norges forskningsråd 2016-2018*

Oslo universitetssykehus har som mål å øke ekstern forskningsfinansiering, og vel halvparten av forskningsårsverkene er eksternt finansiert. De største bidragene til eksternt finansiert forskning kommer fra Helse Sør-Øst, Kreftforeningen og andre nasjonale pasientforeninger/stiftelser. Det er et politisk mål å øke finansiering fra EU. Det har fra 2016 til 2018 vært en betydelig økning i antall prosjektsøknader fra forskningsmiljøene ved Oslo universitetssykehus og Det medisinske fakultet (UiO) til Forskningsrådet, spredd over en rekke søknadskategorier. Antall nye prosjekter som har fått midler varierer en del fra år til år, men de totale tildelingene har økt betydelig. Tall fremkommer i tabellvedlegg<sup>14</sup>.

Antall søknader innenfor EUs forskningsprogrammer varierer en del fra år til år, blant annet fordi utlysningene har forskjellig innretning. Den pengemessige uttellingen er beskjedent for EU-prosjekter sammenliknet med Forskningsrådet, i størrelsesorden 20 millioner kroner per år mot 250 millioner kroner pr år i nye tildelinger (tall kun for Oslo universitetssykehus – universitetets forvaltning av midler i samarbeidsprosjekter kommer i tillegg).

<sup>14</sup> Se tabellvedlegg 6.3

*Innovasjon*

Alle ideer/oppfinnelser som kan kommersialiseres og/eller gi opphav til næringsutvikling vurderes og håndteres av Inven2<sup>15</sup>. I tillegg mottar og viderefører Innovasjonsavdelingen i Oslo universitetssykehus øvrige ikke-patenterbare ideer knyttet til produkt-, prosess- og tjenesteinnovasjoner. Innovasjonsavdelingen og Inven2 bistår også med innovasjonsarbeid for andre sykehus i regionen.

Antall innmeldte oppfinnelser og ideer holder et jevnt nivå sammenlignet med tidligere år. Både Inven2 og Innovasjonsavdelingen hadde et høyt antall innmeldte oppfinnelser (DOFI)/ ideer i 2018. Noe av den høye aktiviteten skyldes aktiv innhenting av ideer gjennom idéaksjon på Nevroklinikken (Inven2) og Innovasjonsavdelingens tette kobling til søknadsprosessen til Helse Sør-Østs tjenesteinnovasjonsmidler.

*Tabell 5, Nye innmeldte oppfinnelser (DOFI) til Inven2 og ideer til Innovasjonsavdelingen ved Oslo universitetssykehus*

	Inven2		Innovasjonsavd.	
	Totalt 2018	T1 2019	Totalt 2018	T1 2019
<b>Totalt OUS</b>	94	19	50	11

*Pågående prosjekter*

Det er et stabilt antall pågående innovasjonsprosjekter som er registrert hos Inven2 og i prosjektporteføljen [www.idepoliklinikken.no](http://www.idepoliklinikken.no) hos Innovasjonsavdelingen. I prosjektporteføljen hos Innovasjonsavdelingen har vi over tid sett en økning i antall prosjekter som arbeider med hjemmesykehus og medisinsk avstandsoppfølging. I forbindelse med dette har Innovasjonsavdelingen i samarbeid med relevante avdelinger/stabsenheter fremmet og fått godkjent mandat til hvert av områdene til å inngå i Forbedring av driften ved Oslo universitetssykehus HF. Ved å organisere arbeidet under en felles overbygning sikrer vi koordinert og effektivt utviklingsarbeid, både når det gjelder organiseringen av fremtidige tjenester, kompetanseheving av ansatte, bemanning, utvikling og utprøving av nye teknologiske løsninger, utnyttelse av areal og utredning av finansieringssystemer. Samtidig er det avgjørende at de enkelte utprøvningsprosjektene eies av og tilpasses den enkelte klinikk og avdeling.

*Tabell 6, Pågående innovasjonsprosjekter i porteføljen pr 3. tertial 2018 og 1.tertial 2019*

	Inven2		Innovasjonsavd.	
	T3 2018	T1 2019	T3 2018	T1 2019
Totalt OUS	67	68	41	48

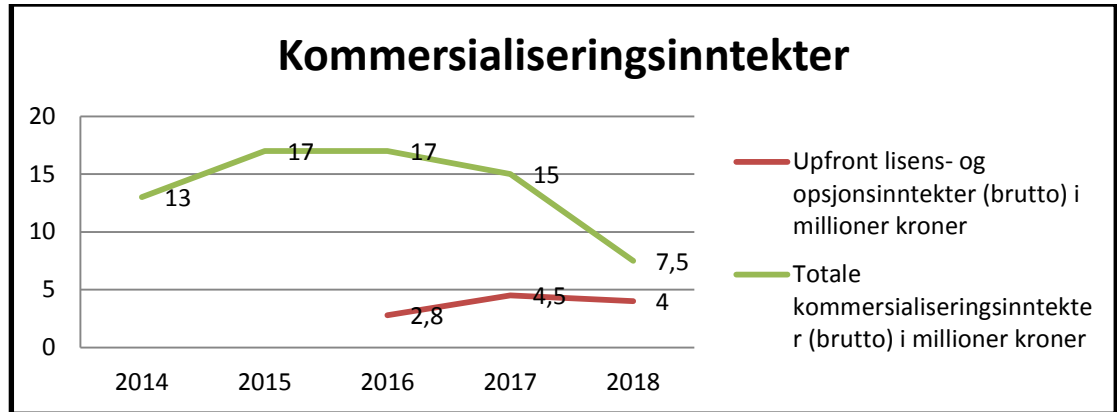
I likhet med DOFI telles prosjekter hos flere klinikker når ideen involverer flere klinikker. I totalsum er hvert prosjekt kun talt én gang.

*Kommersialiseringsinntekter*

Oslo universitetssykehus benytter Inven2 AS som sin kommersialiseringsenhet for å utvikle resultater og idéer til produkter med kommersiell verdi. For 2018 er det en reduksjon i antall patentsøknader og lisensavtaler til tross for en økning i antall

<sup>15</sup> Inven2 er Norges største aktør innen kommersialisering av forskning og eies av Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus.

innmeldte oppfinnelser. At den totale kommersialiseringsinntekten er lavere i 2018 enn de foregående årene skyldes hovedsakelig at det ikke ble realisert noen aksjer med OUS-eierskap i 2018, i motsetning til i 2017 og 2016. Upfront (forhåndsutbetalte) lisens- og opsjonsinntekter ligger i 2018 på et tilfredsstillende nivå.



Figur 1: Oslo universitetssykehus' årlige kommersialiseringsinntekter gjennom Inven2.

## Utdanning

### Revidert handlingsplan til Utdanningsstrategi 2019-2022

Det er utarbeidet et forslag til revidert handlingsplan til utdanningsstrategien som nå er på høring i helseforetaket.

### Spesialistutdanning av leger

Implementering av ny modell for spesialisering av leger ble gjennomført 1. mars 2019. Alle spesialitetene ved Oslo universitetssykehus har søkt HelseDirektoratet om godkjenning. Det er utarbeidet læringsmålplaner for alle spesialiteter med lokalt tilpassede læringsaktiviteter, og kompetanseportalen Dossier er tatt i bruk som dokumentasjonsverktøy i opplæringen. Det er utnevnt utdanningsansvarlige overleger i klinikkene, til sammen 75, som sammen med utdanningsutvalgene skal ivareta utdanningsoppgavene i sine spesialiteter. I Stab forskning, innovasjon og utdanning er det ansatt en utdanningskoordinerende overlege, som skal koordinere og ivareta oppgavene på sentralt nivå i helseforetaket i tett samarbeid med de utdanningsansvarlige overlegene. Høsten 2019 etableres utdanningsplaner for hver spesialitet som beskriver forløp, læringsarenaer og organisering ved Oslo universitetssykehus.

### Regionalt utdanningscenter for leger i spesialisering

Oslo universitetssykehus har driftet Regionalt utdanningscenter for leger i spesialisering (RegUt) for Helse Sør-Øst siden 1.10.2017. Den regionale styringsgruppen med representanter fra Helse Sør-Øst RHF, Oslo universitetssykehus, to helseforetak og tillitsvalgte har møter om lag hver sjettede uke. Gruppen vurderes avvirket høsten 2019 og overført til linjestrukturen. RegUt har månedlige møter med Regionalt utdanningsråd, bestående av medlemmer fra alle helseforetak i regionen, samt Diakonhjemmet og Lovisenberg sykehus. Rådet er

bindeledd mellom RegUt og helseforetakene/sykehusene i regionen. RegUt utvides med ytterligere medarbeidere og vil høsten 2019 bestå av ni stillinger.

#### *Spesialsykepleiere*

Det er fortsatt stor mangel på spesialsykepleiere. Ledelsen har vedtatt en strategisk handlingsplan som innebærer mange sykehusovergrepene og klinikkspesifikke tiltak for å imøtekomme behovet. Tiltak innenfor denne handlingsplanen følges opp, både fra et HR-, fag- og utdanningsperspektiv. Det er iverksatt særskilte tiltak for å imøtekomme mangelen på intensivsykepleiere. Særskilte tiltak vurderes for å få større tilgang på operasjonssykepleiere.

#### **4. Administrerende direktørs vurderinger og anbefalinger**

Det er mange oppgaver som skal gjennomføres i 2019 for å nå de målene som er satt for sykehuset dette året. Administrerende direktør har særlig oppmerksomhet på innfrielse av prioriteringsregelen for psykisk helsevern og rusbehandling, pakkeforløpene innenfor kreftområdet samt de nye pakkeforløpene innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Både for pasientene og for sykehusets omdømme er det viktig å lykkes på disse to områdene.

På årsbasis arbeides det for å nå et resultat som budsjettet for 2019. Dette vurderes å være krevende, og det vurderes på dette tidspunkt å være en risiko knyttet til det økonomiske resultatet. Administrerende direktør gjennomfører hver måned oppfølgingsmøter med alle klinikkene hvor resultater og prognoser blir gjennomgått. Det er flere av klinikkene som har underskudd i driften etter fire måneder og som ennå ikke har en klar plan for å lukke avviket i løpet av året. De klinikkene som har størst utfordringer følges tett opp og de som har meldt negative resultatprognoser for 2019 bes hver måned om å planlegge ytterligere tiltak for å nå årets budsjettkrav. Administrerende direktør har i mai gjennomført utvidet tertialrapportering, "Ledelsens gjennomgang", med alle klinikkene. Her deltar klinikkleder sammen med sin stab og avdelingsledere. For å sikre forståelse for klinikkens økonomiske utfordring og status for forbedringstiltak i klinikken inngår klinikkens prognosevurderinger og tiltak for å lukke avvik også i disse møtene. I samme møte er det også gjennomgått status for utvalgte tema for oppfølging av overordnede føringer, tiltak for å redusere unødvendig venting og variasjon, bedre kvalitet og pasientsikkerhet og andre tema for oppfølging av den enkelte klinikk. Deler av dette inngår i denne rapporteringen til styret.

Oppdatert risikovurdering for 2. tertial følger som eget vedlegg. Tiltak for oppfølging av de ulike risikofaktorene er utarbeidet og disse vil bli fulgt opp i tiden fremover.

Rammebetingelsene for budsjett 2020, slik de nå vurderes, stiller store krav til fortsatt omstilling av virksomheten og klinikkens arbeid med tiltak og effektivisering av driften må planlegges på en slik måte at resultatene bedres og målet om økonomisk balanse i klinikkene nås. Styret vil orienteres om arbeidet med budsjett 2020 med særlig fokus på klinikkens planer for omstilling av virksomheten på møtene til høsten. Administrerende direktør anbefaler at styret tar den utvidede tertialrapporteringen til orientering.

# Styresak 42/2019 Tabellvedlegg – måned rapport april 2019

Oslo universitetssykehus HF  
OUS HF

Rapporteringsperiode: April 2019  
(bemanning for mai)



# Innhold

## Rapporten viser enkelte indikatorer for driften ved Oslo universitetssykehus HF

### 1. Målekort

#### 2. Pasientbehandling

- 2.1 Aktivitet
- 2.2 Ventelisteutvikling
- 2.3 Fristbrudd
- 2.4 Pakkeforløp

#### 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

#### 5. Pasientsikkerhet mv

- 5.1 Epikrisetid
- 5.2 Brukertilbakemeldinger
- 5.3 Uønskede hendelser og konsekvens
- 5.4 Eksterne varsler, klager og tilsyn

#### 6. Forskning og innovasjon

- 6.1 Pågående studier - håndtert av Inven2
- 6.2 Nye oppdragsstudier hos Inven2
- 6.3 Søknader og tildelinger til forskningsprosjekter
- 6.4 Nye innmeldte oppfinnelser
- 6.5 Pågående innovasjonsprosjekter

### 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	Nevroklubnikken
OPK	Ortopedisk klinikk
BAR	Barne- og ungdomsklubnikken
KVI	Kvinnklubnikken
KIT	Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon
KRE	Kreftklubnikken
HLK	Hjerte-, lunge- og karklubnikken
AKU	Akuttklubnikken
PRE	Prehospital klinikk
KLM	Klinikk for laboratoriemedisin
KRN	Klinikk for radiologi og nukleærmedisin
KRG	Kreftregisteret
OSS	Oslo sykehuservice
STA	Direktørens stab
FPO (SPO)	Fellesposter
Konsern	Datterselskap
OUS	Oslo universitetssykehus HF

### Andre forkortelser og begrep:

HIÅ: Hittil i år    Status per mnd: Akkumulerte tall  
PHV: Psykisk helsevern  
VOP: Voksenpsykiatri  
BUP: Barne- og ungdomspsykiatri  
TSB: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

# 1. Styringsmål 2019 (fra oppdrag og bestilling)

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
<p><b>Mål 2019</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Redusere gjennomsnittlig ventetid sammenliknet med 2018. Under 55 dager i alle helseforetak innen 2019</li><li>• Redusere median tid til tjeneste start sammenliknet med 2018</li><li>• Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2018 (pasientplanlagt tid). Overholde minst 93% av avtalene innen 2019</li><li>• Andel pakkeforløp innenfor standardforløps tid skal være minst 70% for hver kretzform. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres</li><li>• Minst 60% av pasienter med hjerteinfarkt som er trombolysbehandlet, får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse</li></ul>	<p><b>Mål 2019</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Høyere vekst innen psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn for som atikk på regionnivå</li><li>• Andel pakkeforløp gjennomført innen forløps tid for rutefølgning skal være minst 80% (for PHBU og PHV)</li><li>• Andel pakkeforløp gjennomført for behandling i poliklinikk skal være minst 80% (for PHBU, PHV og TSB)</li><li>• Andel pakkeforløp gjennomført innen forløps tid fra avsluttet avrusning til påbegynt behandling TSB i døgnet hets skal være minst 60%</li><li>• Minst 50% av epikrisene sendt innen 1 dag etter utskrivning fra PHV og TSB</li><li>• Antall pasienter med tvangs middeledtak i PH (døgnbehandling) skal reduseres i 2019</li></ul>	<p><b>Mål 2019</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Redusere andel pasientskader på regionalt nivå i 2019 sammenliknet med 2017 (GTT-undersøkelsene)</li><li>• Arbeidet med HMS og pasientsikkerhet må ses i sammenheng. Andel "enheter med moderate sikkerhetsklimal" ved hvert helseforetak skal være minst 60%</li><li>• 20% reduksjon i forbruk av bredspektrert antibiotika i sykehusene i 2019 sammenliknet med 2012</li><li>• Ingen korridorpasienter</li><li>• Minst 70% av epikrisene sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helse tjeneste</li><li>• Antall nye kliniske behandlingsstudier røkt med 5% i 2019 sammenliknet med i 2017</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Understøtte god drift og oppnå resultatkrav, for å kunne investere i utstyr, teknologi og bygg</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Redusere gjennomsnittlig ventetid til under 40 dager innen PHBU og PHV, og under 35 dager i TSB</li><li>• Redusere avvinsingsrate ved poliklinikkene innen psykisk helsevern</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Styrke arbeidet med å utdanne, rekruttere, beholde og utvikle medarbeidere i et trygt og stimulerende arbeidsmiljø</li><li>• Arbeide med IKT- standardisering for å understøtte informasjons-sikkerhet, informasjonssdeling, mobile og brukervennlige løsninger</li></ul>

Igangsette tiltak som understøtter satsingsområdene i regional utviklingsplan:

1. Nye arbeidsformer – bedre bruk av teknologi og mer brukerstyring
2. Samarbeid om de som trenger det mest – integrerte helse tjenester
3. Redusere uønsket variasjon
4. Mer tid til pasientrettet arbeid
5. Forskning og innovasjon for en bedre helse tjeneste

# 1. Målekort

Status gjennomføring av virksomheten 2019		Denne periode april			Hittil i år			Året	
Resultat		Faktisk	Mål	Status	Faktisk	Mål	Status	Estimat	Mål
<b>Ventetid</b> til helsehjelp påstartet	Ventetid somatikk	55	55	Grønn	58	55	Rød		55
	Ventetid VOP	44	40	Rød	41	40	Gul		40
	Ventetid BUP	61	40	Rød	61	40	Rød		40
	Ventetid TSB	34	35	Grønn	30	35	Grønn		35
<b>Fristbrudd</b> av helsehjelp påstartet	Andel fristbrudd somatikk	1,0 %	0 %	Gul	1,2 %	0,0 %	Gul		0,0 %
	Andel fristbrudd VOP	0,7 %	0 %	Gul	1,1 %	0,0 %	Gul		0,0 %
	Andel fristbrudd BUP	3,8 %	0 %	Gul	3,9 %	0,0 %	Gul		0,0 %
	Andel fristbrudd TSB	0,0 %	0 %	Grønn	0,8 %	0,0 %	Gul		0,0 %
<b>Pakkeforløp</b> <b>kreft</b>	Andel nye pasienter i pakkeforløp kreft	66 %	70 %	Rød	70 %	70 %	Grønn		70 %
	Andel behandlet innen standard forløpstid kreft	70 %	70 %	Grønn	64 %	70 %	Rød		70 %
<b>Aktivitet</b> <b>somatikk</b>	Antall ISF-poeng somatikk	19 799	20 029	Gul	84 089	84 194	Grønn	245 877	245 877
	Antall polikliniske konsultasjoner somatikk	76 901	69 603	Grønn	302 570	297 845	Grønn	864 430	864 430
<b>Aktivitet</b> <b>PHV og TSB</b>	Antall ISF-poeng PHV og TSB	2 723	2 649	Grønn	11 397	11 867	Gul	32 377	32 377
	Antall polikliniske konsultasjoner PHV og TSB	13 412	13 467	Gul	58 805	60 872	Gul	169 269	169 269
<b>Bemanning</b>	Brutto månedsverk (mai)	19 253	19 209	Gul	19 205	19 201	Gul	19 268	19 268
	Sykefravær (mars)	7,5 %		Gul	7,8 %		Gul		
<b>Økonomi</b>	Resultat (justert for økte pensjonskostnader)	11 281	16 667	Gul	53 240	66 667	Gul	200 000	200 000
	Investeringer (planlagt gjennomføring)	44 862	92 570	Gul	199 572	420 945	Gul	1 454 000	1 480 000
	Endring likviditet	619 207	218 976	Gul	496 196	241 067	Gul	-782 546	-763 199
	Tiltaksgjennomføring	15 460	23 409	Rød	65 420	91 385	Rød	247 513	307 493

## 2.1 Aktivitet somatikk (ISF-poeng)

Oppdatert per 6/5-2019										
Periode: APRIL 2019	Periodens tall				Rapportert per april				Sammenligning 2018	
Klinikk	Budsjett	Resultat	Avvik	Avvik i %	Budsjett	Resultat	Avvik	Avvik i %	Endring	i %
Medisinsk klinikk	2 231	2 405	174	7,8 %	9 026	8 785	-241	-2,7 %	-83	-0,9 %
Hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	1 522	1 509	-13	-0,9 %	6 694	6 373	-321	-4,8 %	-104	-1,6 %
Nevroklinikken	2 072	1 973	-99	-4,8 %	8 904	8 986	82	0,9 %	157	1,8 %
Ortopedisk klinikk	1 888	1 859	-29	-1,5 %	8 602	8 023	-579	-6,7 %	-269	-3,5 %
Barn- og ungdomsklinikken	1 447	1 316	-131	-9,1 %	5 744	5 318	-426	-7,4 %	-202	-3,7 %
Kvinneklinikken	1 943	1 883	-60	-3,1 %	7 711	7 797	86	1,1 %	289	3,8 %
Kirurgi, inflammasjonsmedisin og transpl	3 118	3 156	38	1,2 %	13 216	13 462	246	1,9 %	886	7,0 %
Kreftklinikken	2 505	2 515	10	0,4 %	10 148	10 034	-114	-1,1 %	-48	-0,5 %
Hjerte-, lunge- og karklinikken	2 836	2 430	-406	-14,3 %	12 242	12 260	18	0,1 %	702	6,1 %
Akuttklinikken	113	166	53	46,9 %	514	608	94	18,3 %	165	37,2 %
Laboratoriemedisin	19	15	-4	-21,1 %	73	73	0	0,0 %	-2	-2,7 %
<b>SUM KLINIKKER</b>	<b>19 694</b>	<b>19 227</b>	<b>-467</b>	<b>-2,4 %</b>	<b>82 874</b>	<b>81 719</b>	<b>-1 155</b>	<b>-1,4 %</b>	<b>1 491</b>	<b>1,9 %</b>
<b>Fellesposter (H-resepter, grupper mv)</b>	<b>335</b>	<b>246</b>	<b>-89</b>	<b>-26,6 %</b>	<b>1 322</b>	<b>2 370</b>	<b>1 048</b>	<b>79,3 %</b>		
<b>SUM TOTALT</b>	<b>20 029</b>	<b>19 473</b>	<b>-556</b>	<b>-2,8 %</b>	<b>84 196</b>	<b>84 089</b>	<b>-107</b>	<b>-0,1 %</b>	<b>1 491</b>	<b>1,9 %</b>

Merknad: Sammenligning med 2018 er gjort ut fra gjeldende ISF-regelverk og vektorer for 2019.

## 2.1 Aktivitet – psykisk helsevern

Rapporteringsperiode: April 2019	Denne periode				Hittil i år				2019 mot 2018			
Oslo universitetssykehus HF	Resultat	Budsjett	Awik	%	Hittil i år	Budsjett	Awik	%	HiÅ 2019	HiÅ 2018	Endring	%
<b>Psykisk helsevern - voksen</b>												
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	176	180	-4	-2,2 %	725	724	1	0,1 %	725	762	-37	-4,9 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	5 909	5 956	-47	-0,8 %	23 807	23 929	-122	-0,5 %	23 807	24 389	-582	-2,4 %
Antall polikliniske konsultasjoner	7 375	7 279	96	1,3 %	32 567	33 594	-1 027	-3,1 %	32 567	31 841	726	2,3 %
<b>Psykisk helsevern - barn og unge</b>												
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	20	20	0	0,0 %	78	72	6	8,3 %	78	76	2	2,6 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	744	848	-104	-12,3 %	3 299	3 465	-166	-4,8 %	3 299	3 955	-656	-16,6 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	351	320	31	9,7 %	1 213	1 240	-27	-2,2 %	1 213	1 271	-58	-4,6 %
Antall polikliniske konsultasjoner	3 899	4 189	-290	-6,9 %	17 308	18 236	-928	-5,1 %	17 308	16 242	1 066	6,6 %
Antall polikliniske konsultasjoner PHA	3 198	3 401	-203	-6,0 %	13 986	14 915	-929	-6,2 %	13 986	13 248	738	5,6 %
Antall polikliniske konsultasjoner BAR	701	788	-87	-11,0 %	3 322	3 321	1	0,0 %	3 322	2 994	328	11,0 %
<b>TSB</b>												
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	208	180	28	15,6 %	753	763	-10	-1,3 %	753	754	-1	-0,1 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	1 990	2 116	-126	-6,0 %	8 539	8 478	61	0,7 %	8 539	8 260	279	3,4 %
Antall polikliniske konsultasjoner	2 138	1 999	139	7,0 %	8 930	9 042	-112	-1,2 %	8 930	8 020	910	11,3 %

# 2.1 Aktivitet radiologi per modalitet

## Vektete aktivitetstall

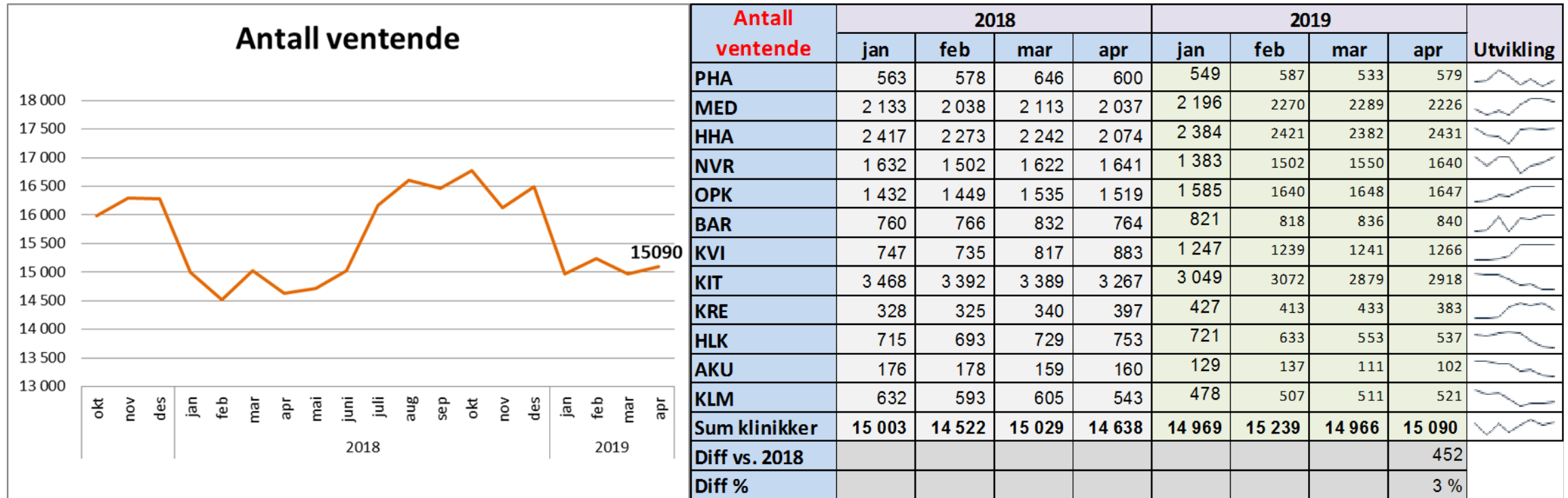
Vekter: Vektet mot RG (røntgen) som utgangspunkt. RG = 1,0.

	Vekter (NCRP-vekt)	Mnd 2018	Mnd 2019	HiÅ 2018	HiÅ 2019	%-vis endring 2018-2019 Mnd	%-vis endring 2018-2019 HiÅ
Modalitet		H	H	H	H	H	H
Angio	25,8	5 831	6 192	25 465	28 844	6,2 %	13,3 %
CT	9,9	57 945	54 509	227 433	234 402	-5,9 %	3,1 %
MG	18,3	6 826	8 217	27 468	32 117	20,4 %	16,9 %
MR	17,1	51 026	46 136	197 522	205 371	-9,6 %	4,0 %
NM	12,3	7 306	5 584	27 724	25 473	-23,6 %	-8,1 %
PET	37,1	16 510	16 695	63 849	71 900	1,1 %	12,6 %
RG	1	14 218	13 385	58 252	57 210	-5,9 %	-1,8 %
UL	1,9	6 262	6 090	25 293	25 378	-2,8 %	0,3 %
MG - screen	18,3	36 088	32 446	151 890	150 737	-10,1 %	-0,8 %
TS	1	2 635	2 345	10 743	10 674	-11,0 %	-0,6 %
<b>Totalt</b>		<b>204 647</b>	<b>191 599</b>	<b>815 639</b>	<b>842 107</b>	<b>-6,4 %</b>	<b>3,2 %</b>

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

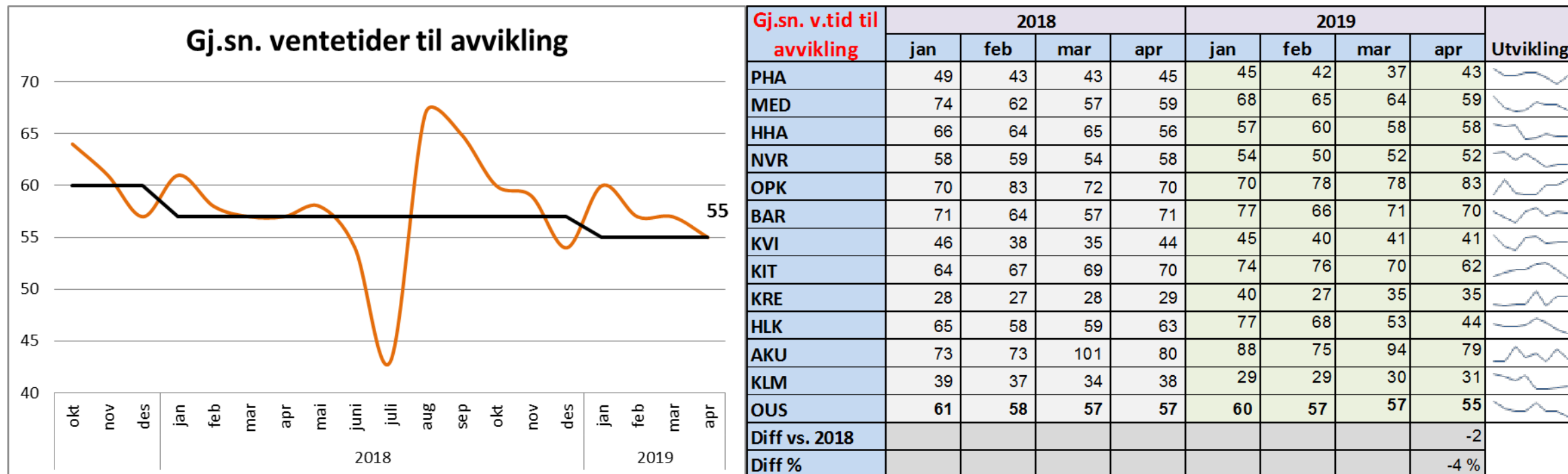
Mer informasjon finnes i LISet under rapportmeny OUS RIS

## 2.2 Ventelisteutvikling – antall ventende



Antall ventende = ikke avviklede henvisningsperioder

## 2.2 Gjennomsnittlige ventetider til avvikling

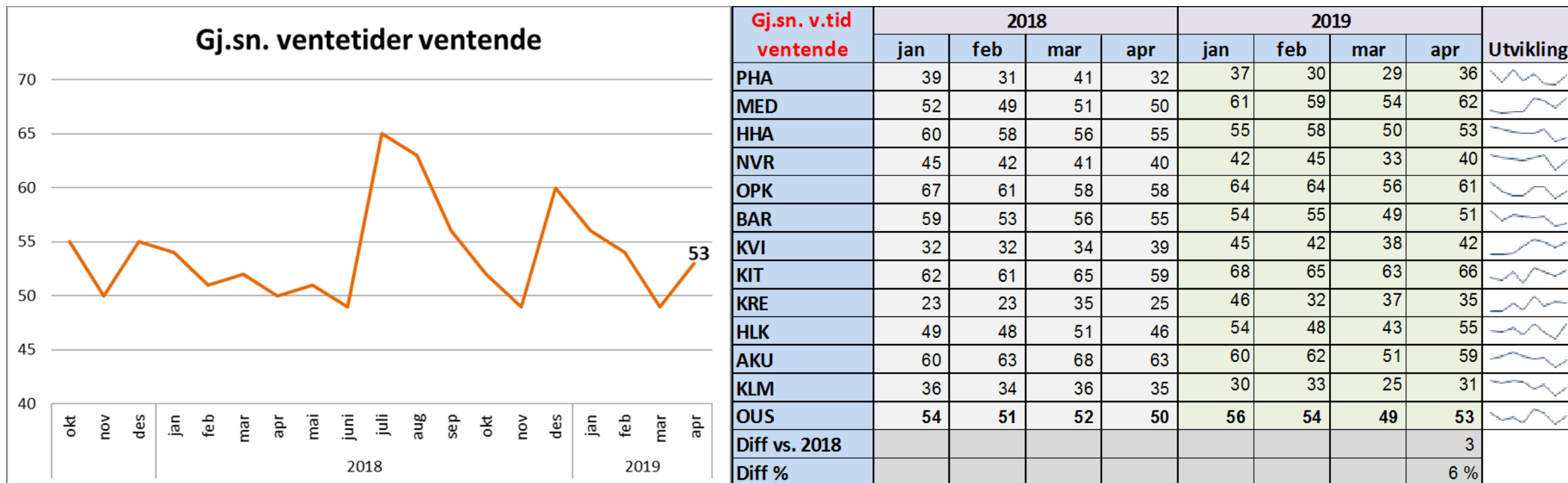


Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

For 2019 er det et nasjonalt mål at gjennomsnittlig ventetid til avvikling skal reduseres til under 55 dager. I Helse Sør-Øst skal gjennomsnittlig ventetid til avvikling være under 40 dager for psykisk helsevern og under 35 dager for tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

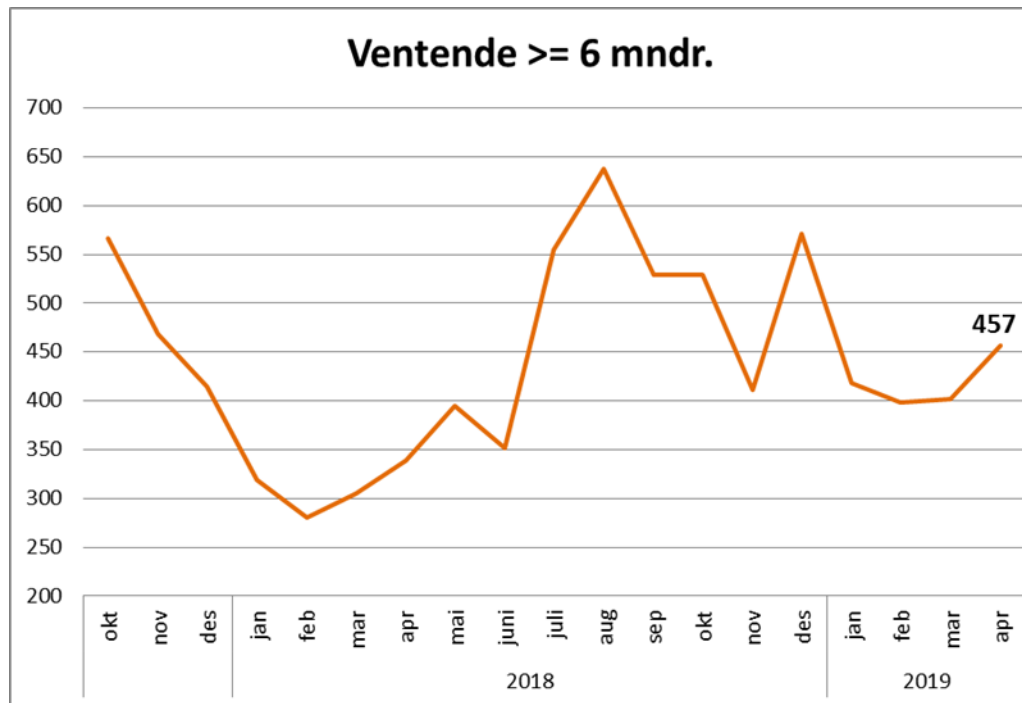


## 2.2 Gjennomsnittlige ventetider ventende



Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

## 2.2 Langtidsventende ( $\geq 6$ mnd)



Antall ventet $\geq 6$ mnd	2018				2019				Utvikling	Herav $\geq 1$ år
	jan	feb	mar	apr	jan	feb	mar	apr		
PHA	2	5	3	3	2	2	1	1		0
MED	34	15	16	29	82	84	94	110		3
HHA	79	62	54	67	49	55	54	65		2
NVR	11	15	11	12	4	10	6	10		1
OPK	24	36	33	41	33	29	36	45		0
BAR	35	27	31	32	29	25	20	22		1
KVI	4	3	2	4	9	7	7	8		0
KIT	84	84	102	113	177	161	165	171		9
KRE	5	5	6	5	10	8	7	5		2
HLK	13	15	15	12	13	6	9	17		4
AKU	7	5	6	4	1	1	0	0		0
KLM	8	7	7	5	9	10	3	3		1
<b>Sum</b>	<b>306</b>	<b>279</b>	<b>286</b>	<b>327</b>	<b>418</b>	<b>398</b>	<b>402</b>	<b>457</b>		<b>23</b>
<b>Diff vs. 2018</b>								130		
<b>Diff %</b>								40 %		

## 2.3 Fristbrudd

Fristbrudd ordinært avviklede	2018				2019				Utvikling	Fristbrudd ventende	2018				2019				Utvikling		
	Antall				Antall						Andel	antall				Antall				Andel	
	jan	feb	mar	apr	jan	feb	mar	apr			apr	jan	feb	mar	apr	jan	feb	mar		apr	apr
PHA	1	1	1	4	4	6	5	1	0,4%		PHA	-	1	7	2	4	-	4	16	2,8%	
MED	1	1	2	8	9	13	5	7	0,8%		MED	-	5	5	2	2	1	1	3	0,1%	
HHA	4	4	7	3	14	9	4	7	0,6%		HHA	2	2	11	2	3	5	4	3	0,1%	
NVR	7	1	4	3	1	-	5	-	0%		NVR	4	4	5	4	-	9	1	2	0,1%	
OPK	2	1	3	2	1	-	1	-	0%		OPK	4	-	4	3	3	4	3	5	0,3%	
BAR	25	18	10	9	28	25	26	18	5%		BAR	26	15	13	22	10	21	13	5	0,6%	
KVI	4	3	-	2	17	9	16	3	0,4%		KVI	-	-	-	1	7	-	-	3	0,2%	
KIT	35	29	26	14	61	58	40	26	2,3%		KIT	13	26	43	9	53	27	29	55	1,9%	
KRE	6	4	5	12	4	3	2	3	0,7%		KRE	-	3	10	6	9	5	7	13	3,4%	
HLK	4	4	6	2	2	5	4	1	0,3%		HLK	4	2	5	6	2	5	8	13	2,4%	
AKU	-	-	1	-	-	-	-	-	0%		AKU	-	-	-	-	-	-	-	-	0%	
KLM	-	-	-	-	-	-	1	-	0%		KLM	-	1	-	-	-	-	-	-	0%	
Sum	89	66	65	59	141	131	109	66	0,9%		Sum	53	59	103	57	93	77	70	118	0,8%	
Endr fra 2018								7			Endr fra 2018								61		
Endr i %								12 %			Endr i %								107 %		

Fristbrudd avviklede: Frist var overskredet på tidspunkt for avvikling.

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

## 2.4 Pakkeforløp

FORLØP	Januar	Februar	Mars	April	HiÅ
Akutt leukemi og høyrisiko myelodysplasi	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nevroendokrine svulster	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0
Kreft hos barn	100,0	100,0	100,0	83,3	95,2
Blærekreft	76,2	95,0	84,6	90,0	85,9
Peniskreft	100,0	100,0	66,7	0,0	83,3
Myelomatose	50,0	100,0	0,0	100,0	83,3
Kreft i spiserør og magesekk	100,0	0,0	0,0	100,0	83,3
Føflekkreft (føflekkreft er mer enn bare i hud)	68,6	84,8	91,7	80,0	81,3
Tykk og endetarmskreft	64,3	87,5	88,2	80,0	79,5
Hjernekreft	60,0	72,7	83,3	90,0	78,1
Sarkom	66,7	66,7	88,9	100,0	77,1
Galleveiskreft	100,0	100,0	50,0	50,0	72,7
Brystkreft	33,3	68,6	75,0	64,3	61,4
Testikkelkreft	20,0	100,0	66,7	100,0	58,3
Lymfomer	41,2	72,7	62,5	66,7	58,0
Lungekreft	53,3	61,5	68,8	36,4	57,4
Hode- halskreft	38,1	51,1	71,1	65,8	56,5
Eggstokkreft (ovarial)	20,0	66,7	75,0	42,9	56,3
Skjoldbruskkjertelkreft	66,7	50,0	33,3	100,0	55,6
Livmorhalskreft (cervix)	14,3	50,0	100,0	66,7	52,6
Livmorkreft (endometrie)	21,4	50,0	58,3	87,5	50,0
Prostatakreft	39,1	48,5	45,8	56,4	47,0
Bukspyttkjertelkreft	50,0	50,0	50,0	33,3	42,9
Nyrekreft	33,3	14,3	37,5	75,0	36,4
Primær leverkreft (HCC)	0,0	50,0	0,0	0,0	33,3
<b>Totalsum</b>	<b>48,8</b>	<b>65,8</b>	<b>70,7</b>	<b>69,7</b>	<b>63,7</b>

Tabellen viser andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid, målt fra start pakkeforløp til start behandling (OF4) for pasienter som har hele forløpet ved OUS.

## 3.1 Økonomisk resultat

Tall i hele 1000 kr	Budsjett 2019	April				Hittil i 2019			
		Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %
Basisramme	11 907 034	1 114 823	1 114 823	0	0,0 %	4 144 814	4 144 814	0	0,0 %
Aktivitetsbaserte inntekter	9 169 683	727 593	742 659	-15 066	-2,0 %	3 134 360	3 139 616	-5 255	-0,2 %
Andre inntekter	3 053 205	273 087	259 266	13 821	5,3 %	1 031 123	1 041 049	-9 926	-1,0 %
Sum driftsinntekter	24 129 922	2 115 503	2 116 748	-1 246	-0,1 %	8 310 297	8 325 479	-15 181	-0,2 %
Lønn -og innleiekostnader	16 477 266	1 519 767	1 486 106	-33 661	-2,3 %	5 862 222	5 743 208	-119 014	-2,1 %
Kjøp av helsetjenester	526 057	5 653	43 509	37 856	87,0 %	150 389	175 535	25 147	14,3 %
Varekostnader mv	2 736 627	215 877	222 778	6 902	3,1 %	911 637	924 538	12 900	1,4 %
Andre driftskostnader	4 214 351	388 297	349 891	-38 406	-11,0 %	1 435 613	1 424 044	-11 569	-0,8 %
Sum driftskostnader	23 954 301	2 129 593	2 102 284	-27 309	-1,3 %	8 359 861	8 267 325	-92 536	-1,1 %
Driftsresultat	175 621	-14 090	14 464	-28 555	-1,4 %	-49 564	58 153	-107 717	-1,3 %
Netto finans	24 379	3 075	2 203	872	39,6 %	13 550	8 514	5 036	59,2 %
<b>Resultat OUS</b>	<b>200 000</b>	<b>-11 016</b>	<b>16 667</b>	<b>-27 683</b>	<b>-1,3 %</b>	<b>-36 014</b>	<b>66 667</b>	<b>-102 681</b>	<b>-1,2 %</b>
Endrede pensjonskostnader	0	-22 296	0	-22 296		-89 254	0	-89 254	
<b>Resultat justert for endret pensj.kost</b>	<b>200 000</b>	<b>11 281</b>	<b>16 667</b>	<b>-5 387</b>	<b>-0,3 %</b>	<b>53 240</b>	<b>66 667</b>	<b>-13 427</b>	<b>-0,2 %</b>

## 3.1 Økonomisk resultat – eksklusiv avvik øremerkede midler

Tall i MNOK	Budsjett 2019	Hittil i 2019		Kommentarer til avvik justert for avvik ØM og pensjon
		Rapportert avvik	Justert avvik	
Basisramme	11 907	0	-	i/a
Aktivitetsbaserte inntekter	9 170	-5	-4	Høye polikliniske inntekter. Noe lavere gjenstepasientinntekter somatikk og UK-pasienter PHV.
Andre inntekter	3 053	-10	-5	Mindre avvik i flere klinikker. Positivt avvik knyttet til nytt poliklinisk gjestepasientoppgjør.
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>24 130</b>	<b>-15</b>	<b>-10</b>	
Lønn- og innleiekostnader	16 477	-119	-31	Høyere lønns- og innleiekostnader enn budsjettet i flere av klinikkene.
Kjøp av helsetjenester	526	25	35	Endret kontobruk på kjøp av tjenester fra sykehusapoteket og hotelltjenester gjør at avviket må ses i sammenheng med avvik for andre driftskostnader.
Varekostnader mv	2 737	13	5	Om lag som budsjettet.
Andre driftskostnader	4 214	-12	-18	Avskrivningskostnadene er lavere enn budsjettet. Flere små avvik i mange klinikker. Høye energikostnader. Avvik må ses i sammenheng med avvik for kjøp av helsetjenester.
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>23 954</b>	<b>-93</b>	<b>-9</b>	
<b>Driftsresultat</b>	<b>176</b>	<b>-108</b>	<b>-18</b>	
Netto finans	24	5	5	Positivt bidrag fra datterselskapene på 1,9 mnok.
<b>Resultat OUS</b>	<b>200</b>	<b>-103</b>	<b>-13</b>	Justert avvik er korrigert for økte pensjonskostnader med 89 mnok.
Endrede pensjonskostnader		89	-0	
<b>Resultat justert for endret pensj.kostnad</b>	<b>200</b>	<b>-13</b>	<b>-13</b>	

# 3.1 Kommentarer til resultat per ØBAK-linje

Art_ØBAK	Resultat	Budsjett	Avvik	Kommentarer til de største avvikene
Basisramme	4 116 858	4 116 858	0	Inntektsført som budsjett.
Kvalitetsbasert finansiering	27 956	27 956	0	Inntektsført som budsjett.
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	1 372 195	1 394 550	-22 355	De totale ISF-inntektene er om lag 5 mnok lavere enn budsjettet. Innen somatikken er reell aktivitet noe lavere enn budsjettet for enkelte klinikker. Dette kompenseres av positiv effekt av ISF-regelverk/vekter for 2019, slik at antall rapporterte ISF-poeng er om lag 38 480
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	344 081	305 601	38 480	
ISF-refusjon fritt behandlingsvalg	0	0	0	som budsjettet (- 0,1 %). Innen PHA er det et negativt avvik som skyldes lavere aktivitet/konsultasjoner enn forutsatt i budsjett på BUP og TSB. Inntekt og poeng knyttet til pasientadm legemidler er lavere enn budsjettet.
ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	30 637	31 857	-1 220	
ISF-refusjon pasientadministrerte legemidler	19 335	39 148	-19 813	
Utskrivningsklare pasienter	4 899	8 170	-3 271	Antall utskrivningsklare pasienter er noe lavere enn forventet, derfor også noe lavere inntekt. Gjelder i hovedsak PHA.
Gjestepasienter	250 817	259 233	-8 416	Salg av gjestepasienter til andre regioner har et negativt avvik på 8,5 mnok, hvorav 6,5 mnok kan relateres til somatikken. For PHA og salg av kurdøgn er det også små negative avvik.
Salg av konserninterne helsetjenester	917 423	910 058	7 365	Salg av helsetjenester i egen region er om lag 7 mnok høyere enn budsjettet per april. Det er negativt avvik somatikken (16 mnok), mens det er positivt avvik på lab/rtg (14 mnok) og salg av kurdøgn (3 mnok). Innen PHA og TSB er det også et lite positivt avvik (2 mnok). Det er også et positivt avvik knyttet til viderefakturering av Spinraza til andre foretak i regionen (4 mnok).
Polikliniske inntekter	194 973	191 000	3 973	Polikliniske inntekter er om lag 4 mnok høyere enn budsjettet per april. Dette kan i all hovedsak relateres til lab/rtg.
Andre øremerkede tilskudd	486 184	557 322	-71 138	Inntektene føres i takt med faktisk forbruk (kostnadene).
Andre driftsinntekter	544 939	483 727	61 212	Det positive aviket gjelder blant annet merinntekter for utleie av personell (eks. frikjøp av personell til regionale prosjekter) og generelt høyere salgsinntekter enn budsjettet.
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>8 310 297</b>	<b>8 325 479</b>	<b>-15 181</b>	
Kjøp av off helsetjenester	24 005	15 804	-8 201	Det er et positivt avvik på om lag 3 mnok som gjelder kjøp av dag- og døgnbehandling fra andre regioner, mens det er et negativt avvik knyttet til kjøpe av laboratorietjenester på om lag 9 mnok. I tillegg er det flere små negative avvik som totalt gir et negativt avvik på 8 mnok.
Kjøp av private helsetjenester	100 259	131 467	31 208	Det positive aviket er i all hovedsak knyttet til lavere kostnader til både kjøp av behandling i utlandet og drift av sykehotell/pasienthotell. I tillegg er budsjetterte tilvirkningskostnader ved apotekene flyttet til andre driftskostnader i regnskapet og bidrar til det positive aviket.
Varekostnader	911 637	924 538	12 900	Det positive aviket gjelder i stor grad lavere medikamentkostnader og annet forbruksmaterieell enn budsjettet. Dette kan knyttes til lavere aktivitet enn forutsatt i enkelte klinikker.
Innleid arbeidskraft	70 184	52 092	-18 092	Innleiekostnadene er 18 mnok høyere enn budsjettet. Det er spesielt høye kostnader ved PHA, Barnemedisinsk avdeling og Kardiologisk avdeling. Totalt er innleiekostnadene om lag på samme nivå som på samme tid i fjor.
Kjøp av konserninterne helsetjenester	26 125	28 264	2 140	Kostnader til kjøp av konserninterne helsetjenester er noe lavere enn budsjettet per april og fordeler seg med små positive avvik både innen somatikken og psykisk helsevern.
Lønn til fast ansatte	4 153 523	4 141 937	-11 586	De samlede lønnskostnadene er om lag 100 mnok høyere enn budsjettet. I dette aviket inngår 89 mnok i høyere pensjonskostnader enn forutsatt i budsjettet. Aviket ekskl. pensjonseffekt er således negativt med 11 mnok. Lønnsrefusjonene er høyere enn budsjettet, men må sees i sammenheng med negativt avvik på innleie og variabel lønn.
Overtid og ekstrahjelp	449 627	403 268	-46 359	
Pensjon	751 532	662 277	-89 254	
Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft	-278 040	-244 301	33 739	
Annen lønn	715 396	727 935	12 539	
Avskrivninger	308 549	318 200	9 651	Lavere avskrivninger enn budsjettet henger sammen med fremdrift i investeringer.
Nedskrivninger	820	0	-820	
Andre driftskostnader	1 126 244	1 105 844	-20 400	Det er høyere energikostnader enn budsjettet. I tillegg er tilberedningskostnader ved apotekene ført på andre driftskostnader mens budsjett ligger på kjøp av private helsetjenester og gir således et negativt avvik. I tillegg er det flere små positive og negative avvik på flere poster som totalt gir et negativt avvik på om lag 20 mnok.
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>8 359 861</b>	<b>8 267 325</b>	<b>-92 535</b>	
Finansinntekter	-31 682	-29 524	2 158	Det er et positivt avvik på finansinntektene som i all hovedsak kommer som følge av lavere trekk på driftskreditt gjennom perioden.
Finanskostnader	18 133	21 010	2 878	Bidrag fra datterselskapene er om lag som budsjettet per april. Positivt avvik på finanskostnadene har sammenheng med noe lavere rentesats enn forutsatt i budsjettet.
Netto finans	-13 550	-8 514	5 036	
<b>TOTALT</b>	<b>-36 014</b>	<b>66 667</b>	<b>-102 681</b>	
<b>AVVIK JUSTERT FOR MERKOSTNAD</b>			<b>-13 427</b>	

## 3.2 Økonomisk resultat – per klinikk

Rapportering April 2019 tall i hele 1000 kr	April				Hittil i år			
Økonomisk resultat	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Klinikk psykisk helse og avhengighet	984	0	984	0,5 %	3 256	0	3 256	0,4 %
Medisinsk klinikk	-3 595	-34	-3 561	-3,0 %	-14 127	-115	-14 012	-3,0 %
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	-3 166	0	-3 166	-4,1 %	-19 709	0	-19 709	-6,5 %
Nevroklinikken	3 038	0	3 038	3,1 %	-11 617	0	-11 617	-3,0 %
Ortopedisk klinikk	-862	0	-862	-1,4 %	-26 899	0	-26 899	-10,8 %
Barne- og ungdomsklinikken	337	0	337	0,3 %	-4 980	0	-4 980	-1,1 %
Kvinneklinnen	-1 921	0	-1 921	-3,1 %	5 088	0	5 088	2,1 %
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	257	0	257	0,2 %	-5 270	0	-5 270	-1,2 %
Kreftklinikken	766	-198	964	0,6 %	-8 748	-751	-7 997	-1,2 %
Hjerte-, lunge- og karklinikken	-11 558	0	-11 558	-10,6 %	-1 786	0	-1 786	-0,4 %
Akuttklinikken	-4 207	0	-4 207	-2,3 %	-13 281	0	-13 281	-1,9 %
Prehospital klinikk	-293	0	-293	-0,3 %	654	0	654	0,2 %
Klinikk for laboratoriemedisin	1 114	0	1 114	0,6 %	22 867	0	22 867	3,3 %
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	-4 127	0	-4 127	-5,2 %	-4 949	0	-4 949	-1,6 %
Kreftregisteret	-237	0	-237	-1,2 %	-388	0	-388	-0,6 %
Oslo sykehusservice	-422	0	-422	-0,2 %	-6 289	0	-6 289	-0,7 %
Direktørens stab	-624	0	-624	-0,4 %	2 903	0	2 903	0,5 %
Fellesposter	11 258	14 829	-3 571	-2,7 %	37 405	59 565	-22 160	-4,2 %
Konsern	2 244	2 069	175		9 858	7 968	1 890	
<b>Sum OUS</b>	<b>-11 016</b>	<b>16 667</b>	<b>-27 683</b>	<b>-1,3 %</b>	<b>-36 014</b>	<b>66 667</b>	<b>-102 681</b>	<b>-1,2 %</b>
<b>Sum OUS justert for endret pensj.kostnad</b>	<b>11 281</b>	<b>16 667</b>	<b>-5 387</b>	<b>-0,2 %</b>	<b>53 240</b>	<b>66 667</b>	<b>-13 427</b>	<b>-0,2 %</b>



## 3.2 Kommentarer til klinikkens resultater

Klinikk	Avvik i mill kr	Overordnet beskrivelse av avvik
Klinikk psykisk helse og avhengighet	3	Klinikken har lavere aktivitetsbaserte inntekter, bla som følge av manglende kapasitet til å ta i mot judisielle observasjoner og færre utskrivingsklare pasienter enn budsjettert. Klinikken driftskostnader er 9 mnok lavere enn budsjett. Dette skyldes bla et positivt avvik på lønnsområdet som følge av vakante stillinger og refusjon arbeidskraft tilhørende 2018.
Medisinsk klinikk	-14	Klinikken har noe lavere aktivitet enn plan. Dette gjelder hovedsakelig innlagte pasienter og gir et negativt inntektsavvik på 5,8 mnok. Klinikken har samtidig høyere kostnader enn budsjettert hvorav 4,7 mnok er knyttet til lønn.
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	-20	Klinikken har lavere aktivitet enn plan, blant annet som følge av strykninger på operasjonsprogrammet grunnet personalmangel. Dette gir et negativt inntektsavvik på 10,6 mnok. Klinikken har samtidig 9,1 mnok høyere kostnader, som i hovedsak skyldes høyere lønnskostnader enn budsjettert.
Nevroklinikken	-12	Klinikken negative budsjettavvik skyldes merforbruk innen lønnsområdet blant annet som følge av lav tiltaksoppnåelse. Samtidig har klinikken høyere aktivitet innen alle aktivitetsparametere de første fire månedene av året.
Ortopedisk klinikk	-27	Klinikken har gjennomført færre operasjoner enn planlagt og har som følge av dette et negativt inntektsavvik på 18 mnok. Klinikken har 8,9 mnok høyere kostnader enn budsjettert. Dette gjelder både lønns- og varekostnader.
Barne- og ungdomsklinikken	-5	Klinikken har hatt stor aktivitetsvekst på flere områder og har høyere kostnader enn budsjettert for ekstern innleie og på lønnsområdet, delvis som følge av at de kostnadsreducerende tiltakene ikke har tatt full effekt pga aktivitetsveksten.
Kvinneklinikken	5	Resultatet skyldes økt DRG-indeks hos føden (bedre koding og mer komplekse pasienter) og høyere labinntekter enn budsjettert hos reproduksjonsmedisinsk avdeling. På kostnadssiden har klinikken et negativt avvik på innleie og lønn, først og fremst hos fødeavdelingen.
Klinikk for kirurgi, inflammasjons-medisin og transplantasjon	-5	Klinikken DRG-aktivitet ligger 1,9% foran plan og har som følge av dette høyere inntekter enn budsjettert. Mange transplantasjoner gir høyere kostnader til donorvakt og utrykning på vakt enn budsjettert. Utgiftene er 11,6 mnok høyere enn budsjett.
Kreftklinikken	-8	Aktivitet, målt som DRG-poeng, er 1,2 % bak budsjettert nivå så langt i år. Omlegging fra døgnbehandling til poliklinisk behandling gir redusert aktivitetsvekst når den måles i DRG. Kliniken har en reduksjon i DRG-poeng for døgnpasienter og en økning i aktivitet og DRG-poeng for pasienter som behandles poliklinisk. Vare- og driftskostnadene er betydelig over budsjett, mens personalkostnadene så langt i år er om lag som budsjettert.
Hjerte-, lunge- og karklinikken	-2	Klinikken har per april en aktivitet om lag som budsjettert. Kostnadene til innleie og varekostnadene er noe høyere enn budsjettert.
Akuttklinikken	-13	Klinikken avvik knyttes i hovedsak til høyere lønns- og innleiekostnader enn budsjettert.
Prehospital klinikk	1	Klinikken har et resultat om lag i balanse.
Klinikk for laboratoriemedisin	23	Det positive avviket skyldes i stor grad høyere inntekter fra nytt gjestepasientoppgjør enn budsjettert. Klinikken har høyere kostnader til kjøp av private helsetjenester og varekostnader med om lag 6 mnok.
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	-5	Avviket skyldes i hovedsak høyere lønnskostnader enn budsjettert.
Oslo sykehusservice	-6	Det negative avviket hittil i år skyldes i hovedsak merkostnader knyttet til energi på om lag 5 mnok
Stab	3	Avviket skyldes lavere lønnskostnader enn budsjettert.
Fellesposter / konsern mv	-21	Økte pensjonskostnader er bokført på fellesposter med 89 mnok. Merinntekter knyttet til gruppeeffekt, lavere avskrivningskostnader og noe budsjettert reserve mv gir isolert sett et positivt avvik.
Samlet avvik	<b>-103</b>	
Avvik justert for endrede pensjonskostnader	<b>-13</b>	

## 3.2 Gjennomføring av tiltak

KLINIKK (tall i 1000 kr)	Budsjett tiltak per April	Effekt tiltak per April	Gjennomførings- % tiltak pr April	Årsbudsjett tiltak	Årsprognose tiltak	Gjennomførings- % tiltak årsprognose
PHA	3 769	3 769	100 %	16 601	16 601	100 %
MED	10 340	5 991	58 %	31 021	19 300	62 %
HHA	4 500	2 250	50 %	13 500	7 500	56 %
NVR	2 882	1 749	61 %	11 561	7 801	67 %
OPK	1 588	436	27 %	9 380	8 136	87 %
BAR	8 100	7 829	97 %	27 600	20 700	75 %
KVI	1 062	980	92 %	4 870	4 630	95 %
KIT	1 667	822	49 %	11 400	4 533	40 %
KRE	3 972	5 365	135 %	14 821	11 530	78 %
HLK	9 270	5 545	60 %	27 846	27 846	100 %
AKU	9 672	5 515	57 %	31 560	23 081	73 %
PRE	4 999	3 690	74 %	15 900	14 100	89 %
KLM	11 645	7 365	63 %	34 935	33 935	97 %
KRN	1 192	720	60 %	5 410	3 161	58 %
OSS	16 728	13 396	80 %	50 160	44 660	89 %
<b>SUM</b>	<b>91 385</b>	<b>65 420</b>	<b>72 %</b>	<b>306 564</b>	<b>247 513</b>	<b>81 %</b>

## 3.3 Investeringer

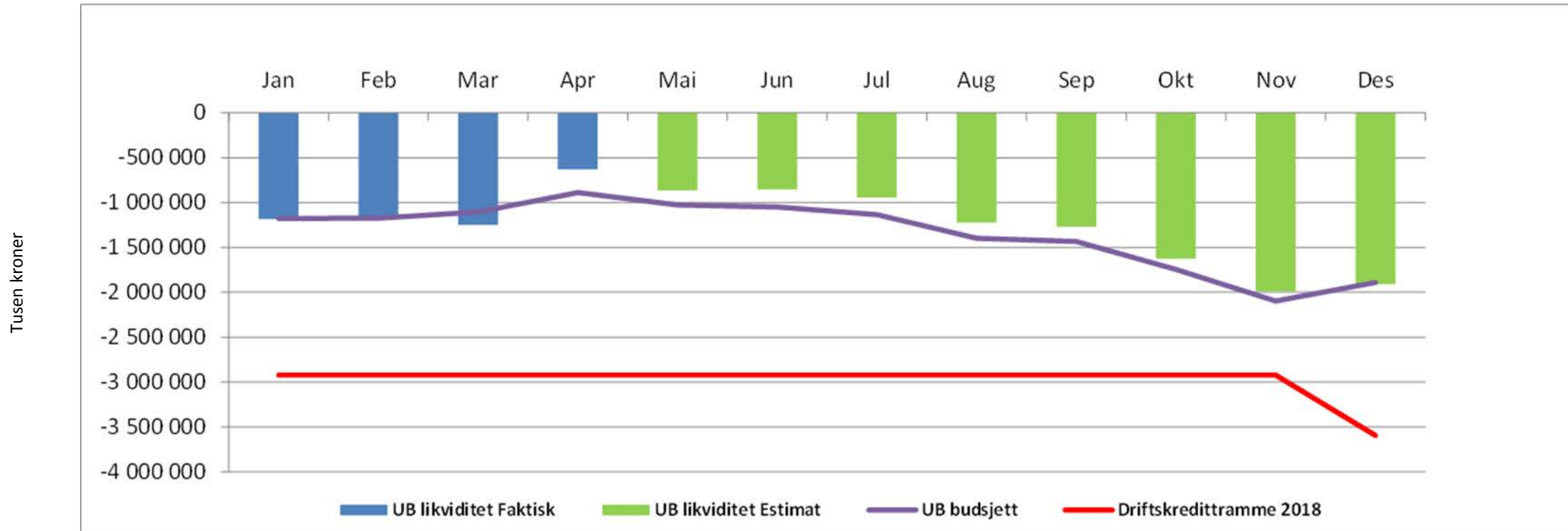
(Beløp i millioner kroner)		Planlagt gjennomføring i 2019	Planlagt gjennomføring hiå.	Bokførte investeringer hiå.	Avvik hiå.	Prognose gjennomføring 2019	Endring i ft. planlagt gjennomføring 2019
Investeringer	MTU	471	75	52	-23	496	25
	Bygg	761	286	115	-171	712	-49
	Annet	100	33	28	-5	98	-2
	Sum investeringer i bygg og utstyr	1 332	393	195	-198	1 305	-26
	Egenkapital pensjon	65	0	0	0	65	0
	IKT <sup>2)</sup>	83	28	5	-23	83	0
	<b>SUM</b>	<b>1 480</b>	<b>421</b>	<b>200</b>	<b>-221</b>	<b>1 454</b>	<b>-26</b>
Finansiering	Ordinær likviditet	338	155	45	-109	338	0
	Driftsresultat	527	139	65	-74	450	-77
	Fordring på HSØ RHF	0	0	0	0	56	56
	Lån	189	80	46	-34	191	2
	Øremerkede tilskudd	0	0	0	0	0	0
	Finansiell leie	402	47	43	-4	394	-7
	Annen finansiering	24	0	0	0	24	0
	<b>SUM</b>	<b>1 480</b>	<b>421</b>	<b>200</b>	<b>-221</b>	<b>1 454</b>	<b>-26</b>

1) I styremøtet 14. desember 2018 vedtok styret et investeringsbudsjett for 2019 på 1 351 millioner kroner, jmf styresak 81/2018. I styresak 2/2019 ble styret informert om hva som ble planlagt gjennomført i 2019. Gjennomførte investeringer i 2018 finansiert av investeringsrammen for 2019 kommer til fradrag i 2019. Det vurderes som sannsynlig at det også i 2019 kan det bli nødvendig å igangsette anskaffelser finansiert av neste års ramme og dette er anslått til 50 millioner kroner. Overhenget fra 2018 er estimert til 371 millioner kroner og planlegges gjennomført i 2019. Av investeringsbudsjett for 2019 vedtatt av styret forventes det at anskaffelser for 244 millioner kroner blir regnskapsført etter utgangen av 2019. Tidsforskyvningene innebærer et anslag for gjennomføring i 2019 på 1 480 millioner kroner. Rapportering av gjennomføring av investeringer i 2019 er med referanse til planlagt gjennomføring.

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

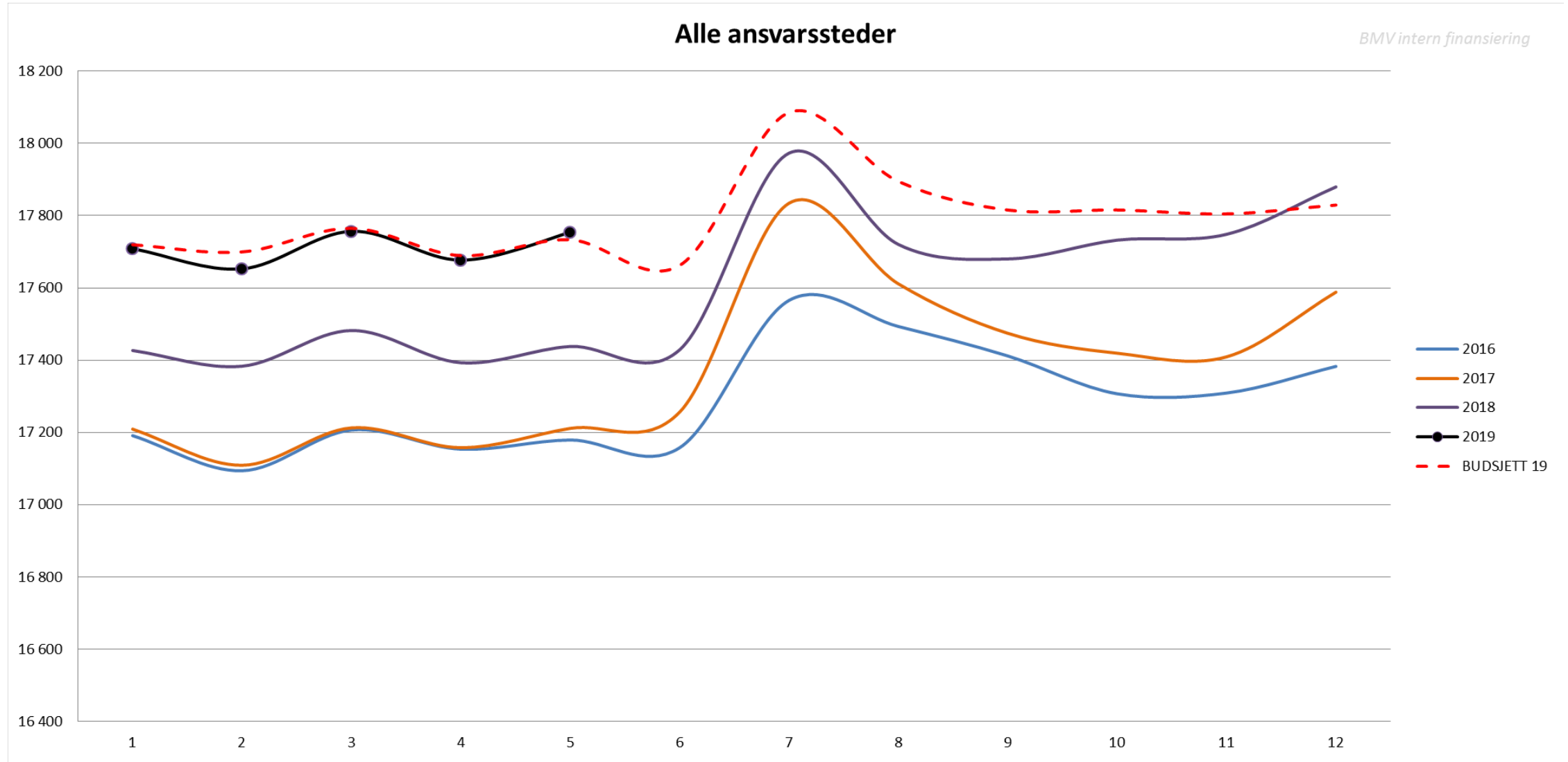
## 3.3 Likviditet

**Utvikling likviditet**  
(utgående saldo ved periodeslutt)



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

# 4.1 Bemanningsutvikling (intern finansiering)



## 4.2 Bemanningsindikatorer

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF	Denne måned			Hittil i 2019				2019 mot 2018			
	MAI 2019	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr MAI	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ MAI 2019 mot MAI 2018	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
<b>Brutto månedsværk, herav:</b>	<b>19 253</b>	<b>19 209</b>	<b>43</b>	<b>19 205</b>	<b>19 201</b>	<b>4</b>	<b>0,0 %</b>	<b>310</b>	<b>1,6 %</b>	<b>276</b>	<b>1,5 %</b>
- internt finansierte	17 754	17 733	20	17 710	17 721	-12	-0,1 %	316	1,8 %	285	1,6 %
- eksternt finansierte	1 499	1 476	23	1 495	1 480	15	1,0 %	-6	-0,4 %	-9	-0,6 %
- månedslønnede	18 048	18 190	-142	17 999	18 185	-186	-1,0 %	328	1,9 %	301	1,7 %
- variabelønnede	1 205	1 019	185	1 206	1 017	190	18,6 %	-18	-1,5 %	-26	-2,1 %
- fast ansatte	15 041			15 017				332	2,3 %	342	2,3 %
- midlertidig ansatte	4 211			4 187				-20	-0,5 %	-65	-1,5 %

INTERNT FINANSIERTE	Denne måned			Hittil i 2019				2019 mot 2018			
	MAI 2019	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr MAI	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ MAI 2019 mot MAI 2018	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Psykisk helse og rus	2 249	2 249	0	2 241	2 254	-14	-0,6 %	-4	-0,2 %	-12	-0,5 %
Somatiske kliniske klinikker	8 577	8 434	143	8 540	8 431	109	1,3 %	163	1,9 %	163	1,9 %
Medisinske støttefunksjoner	4 882	4 853	29	4 869	4 824	45	0,9 %	173	3,7 %	155	3,3 %
Stab og OSS	2 044	2 098	-54	2 058	2 111	-53	-2,5 %	-18	-0,9 %	-22	-1,0 %
<b>OUS</b>	<b>17 752</b>	<b>17 733</b>	<b>20</b>	<b>17 710</b>	<b>17 721</b>	<b>-12</b>	<b>0</b>	<b>316</b>	<b>0</b>	<b>285</b>	<b>0</b>



## 4.2 Detalj internt finansierte

INTERNT FINANSIERTE Klinikk	Denne måned			Hittil i 2019				2019 mot 2018			
	MAI 2019	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr MAI	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ MAI 2019 mot MAI 2018	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
AKU	1 849	1 816	33	1 844	1 814	30	1,7 %	44	2,5 %	41	2,3 %
PRE	892	878	15	878	861	17	2,0 %	90	11,2 %	81	10,2 %
PHA	2 249	2 249	0	2 241	2 254	-14	-0,6 %	-4	-0,2 %	-12	-0,5 %
MED	1 238	1 280	-42	1 260	1 276	-16	-1,3 %	-9	-0,7 %	16	1,3 %
HLK	869	883	-14	875	881	-5	-0,6 %	12	1,4 %	17	2,0 %
KIT	1 028	984	44	1 019	986	33	3,4 %	32	3,2 %	16	1,6 %
KLM	1 334	1 358	-24	1 338	1 352	-14	-1,0 %	19	1,4 %	8	0,6 %
KRE	1 370	1 382	-13	1 369	1 377	-9	-0,6 %	10	0,8 %	22	1,6 %
KRN	807	801	5	810	798	12	1,5 %	20	2,6 %	25	3,2 %
KVI	664	658	7	660	658	1	0,2 %	0	0,1 %	-1	-0,2 %
NVR	1 000	892	108	966	895	71	8,0 %	53	5,6 %	19	2,0 %
OPK	614	596	18	615	600	15	2,5 %	11	1,9 %	7	1,2 %
HHA	780	771	9	778	771	7	0,9 %	8	1,0 %	9	1,2 %
BAR	1 013	988	25	1 000	989	12	1,2 %	46	4,7 %	57	6,1 %
OSS	1 844	1 874	-30	1 850	1 887	-37	-2,0 %	-23	-1,2 %	-30	-1,6 %
DST	200	224	-24	208	224	-16	-7,1 %	5	2,6 %	8	4,1 %
<b>OUS</b>	<b>17 754</b>	<b>17 733</b>	<b>20</b>	<b>17 710</b>	<b>17 721</b>	<b>-12</b>	<b>-0,1 %</b>	<b>316</b>	<b>1,8 %</b>	<b>285</b>	<b>1,6 %</b>

I sum OUS inngår budsjetterte årsverk knyttet til budsjettert reserve.

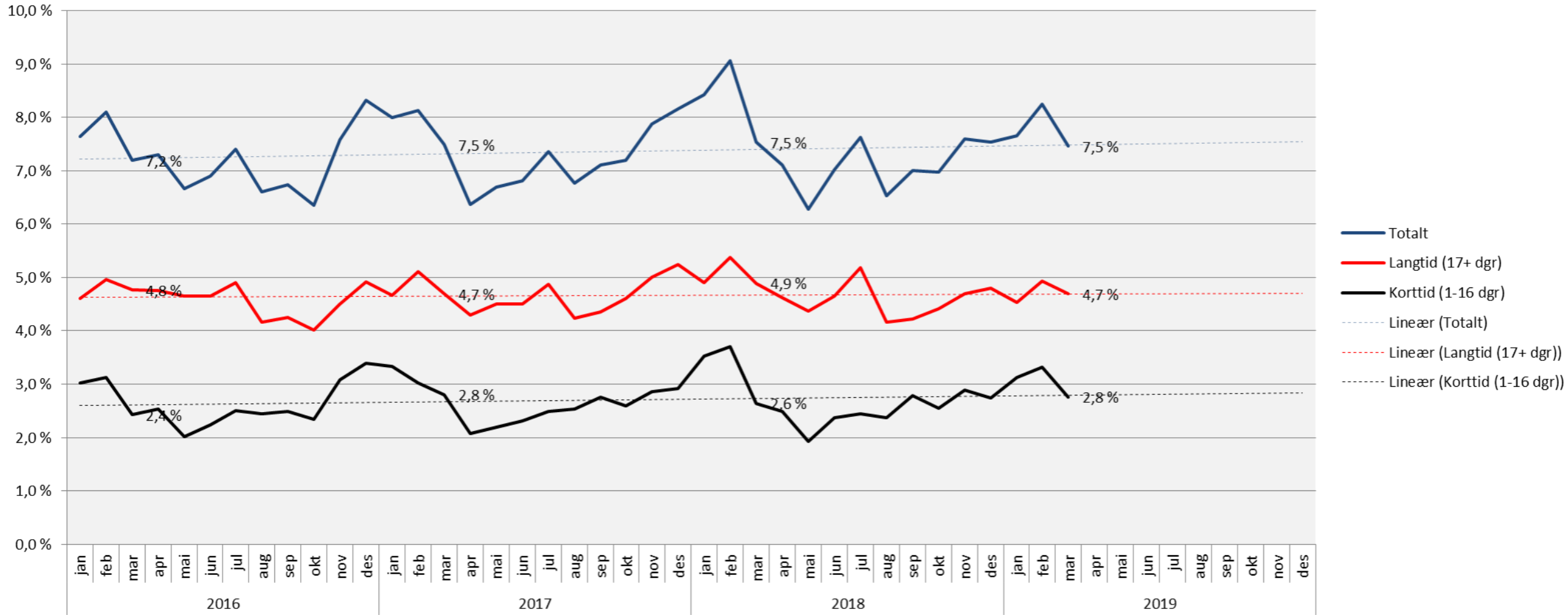
## 4.2 Månedssverk fordelt på stillingskategorier

Alle ansvarssteder											
Brutto månedssverk ekskl eksternt finansiert	Forrige periode	Denne periode	Hittil 2018	Hittil 2019	2019 mot 2018				Stillingskategoriernes gjennomsnittlige andel		
	APR 2018	MAI 2019	Pr. MAI 2018	Pr. MAI 2019	Δ MAI 2019 mot MAI 2018	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring	Andel 2018	Andel 2019	Relativ endring
(1) Administrasjon/Ledelse	2 857	2 851	2 889	2 871	-40	-1,4 %	-18	-0,6 %	16,6 %	16,2 %	-2,2 %
(2) Pasientrettede stillinger	1 461	1 484	1 485	1 474	-8	-0,5 %	-11	-0,8 %	8,5 %	8,3 %	-2,4 %
(3) Leger	2 640	2 663	2 522	2 622	123	4,8 %	100	4,0 %	14,5 %	14,8 %	2,3 %
(3a) Overleger	1 646	1 654	1 565	1 638	70	4,4 %	73	4,7 %	9,0 %	9,2 %	3,0 %
(3b) LIS-leger	942	951	909	932	39	4,3 %	24	2,6 %	5,2 %	5,3 %	0,9 %
(3c) Turnusleger	-	-	-	-	-	0,0 %	-	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
(4) Psykologer	311	317	300	310	10	3,3 %	10	3,4 %	1,7 %	1,8 %	1,8 %
(5) Sykepleier	6 011	6 028	5 931	6 032	99	1,7 %	101	1,7 %	34,0 %	34,1 %	0,1 %
(6) Helsefagarbeider/hjelpepleier	495	500	503	499	0	0,0 %	-4	-0,7 %	2,9 %	2,8 %	-2,3 %
(7) Diagnostisk personell	1 552	1 560	1 467	1 542	99	6,8 %	75	5,1 %	8,4 %	8,7 %	3,4 %
(8) Apotekstillinger	3	3	2	3	0	13,0 %	0	13,3 %	0,0 %	0,0 %	11,5 %
(9) Drifts/teknisk personell	1 371	1 371	1 416	1 388	-31	-2,2 %	-28	-2,0 %	8,1 %	7,8 %	-3,6 %
(10) Ambulansepersoneell	620	625	555	616	63	11,3 %	61	11,1 %	3,2 %	3,5 %	9,3 %
(11) Forskning	350	351	354	351	-3	-0,9 %	-4	-1,0 %	2,0 %	2,0 %	-2,6 %
(99) Ukjente	1	-	0	0	-	0,0 %	0	5,6 %	0,0 %	0,0 %	3,9 %
<b>Alle stillingsgrupper</b>	<b>17 677</b>	<b>17 754</b>	<b>17 425</b>	<b>17 710</b>	<b>316</b>	<b>1,8 %</b>	<b>285</b>	<b>1,6 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100 %</b>	<b>0,0 %</b>



# 4.3 Sykefravær

## Utvikling sykefraværsprosent 2016-2019



























## 4.4 Sykefravær per klinikk

Sykefraværslengde per mars 2019							
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	1,6	3,2	2,0	3,0	5,0	8,2
PRE	1,1	1,7	2,8	1,6	3,6	5,2	7,9
PHA	1,5	1,2	2,7	1,4	3,8	5,2	7,9
MED	1,3	0,9	2,2	1,5	3,2	4,7	6,9
HLK	1,4	1,0	2,4	1,9	3,9	5,8	8,2
KIT	1,3	1,3	2,6	1,1	2,8	3,9	6,5
KLM	1,5	1,4	2,9	1,2	2,9	4,1	7,1
KRE	1,3	1,2	2,5	1,0	2,9	3,9	6,4
KRN	1,7	1,3	3,0	1,3	2,9	4,2	7,1
KVI	1,2	2,1	3,3	1,5	3,7	5,2	8,5
NVR	1,4	1,0	2,4	1,4	3,1	4,6	7,0
OPK	1,4	1,6	2,9	0,8	2,1	2,9	5,8
HHA	2,0	1,4	3,4	2,4	3,3	5,7	9,1
BAR	1,0	0,9	1,9	1,8	3,4	5,2	7,2
OSS	1,6	1,7	3,3	1,7	3,6	5,3	8,6
DST	0,5	0,4	1,0	0,6	1,1	1,7	2,6
OUS	1,4	1,3	2,8	1,5	3,2	4,7	7,5

# Definisjoner årsverksindikatorer

<b>Brutto månedsverk</b>	<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. <b>Ikke</b> 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>	
<b>Månedslønnede månedsverk</b>	<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 variabelønnsinnsats (Overtid, ekstrahjelp, tillegg osv) Sum stillingsprosent/100 for de som lønnes på månedslønn og de som har fast utvidet arbeidstid. U I A-tid omregnes til årsverk. Nasjonal HR-indikator. Periode: Utbetalt eller opparbeidet
	<i>HR-kuben</i>	
<b>Variabel lønn månedsverk</b>	<i>Nasjonal definisjon</i>	Variabel lønn som <b>ikke</b> 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 variabelønnsinnsats (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>	
<b>Netto månedsverk nasj. ind.</b>	<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
<b>Innleie månedsverk</b>	<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)
<b>Herav eksternt finansierte mv</b>	<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.

## 5.1 Epikrisetid – Status 1. tertial 2019

Andel epikriser sendt innen hhv 1 og 7 dager (Mål 2019: 70 % innen 1 dag og 100 % innen 7 dager)	T1 2019		T3 2018	
	1 dag	7 dager	1 dag	7 dager
<b>Totalt ved Oslo universitetssykehus HF</b>	 <b>48 %</b>	 <b>78 %</b>	<b>46 %</b>	<b>76 %</b>
<b>Akuttklinikken</b>	 63 %	 92 %	61 %	75 %
<b>Barne- og ungdomsklinikken</b>	 31 %	 66 %	30 %	59 %
<b>Hjerte-, lunge- og karklinikken</b>	 47 %	 73 %	45 %	71 %
<b>Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi</b>	 38 %	 69 %	36 %	66 %
<b>Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon</b>	 46 %	 75 %	42 %	72 %
<b>Kreftklinikken</b>	 55 %	 84 %	52 %	81 %
<b>Kvinneklinikken</b>	 30 %	 85 %	26 %	84 %
<b>Medisinsk klinikk</b>	 69 %	 92 %	69 %	92 %
<b>Nevroklinikken</b>	 38 %	 74 %	37 %	74 %
<b>Ortopedisk klinikk</b>	 52 %	 83 %	48 %	79 %
<b>Klinikk psykisk helse og avhengighet</b>	 36 %	 88 %	30 %	79 %

## 5.2 Brukertilbakemeldinger

	<b>2018</b>			<b>2019</b>
	<b>T1</b>	<b>T2</b>	<b>T3</b>	<b>T1</b>
<b>SMS sendt</b>	107660	112160	123933	126084
<b>Antall svar</b>	30358	29780	35672	36872
<b>Svarprosent</b>	28 %	27 %	29 %	29 %
<b>Antall svar med kommentar</b>	7650	7120	8607	8750
<b>Kommentarprosent</b>	25 %	24 %	24 %	24 %

\* Brukerundersøkelsen i Achilles.

## 5.2 Brukerundersøkelsen: Andel positive svar

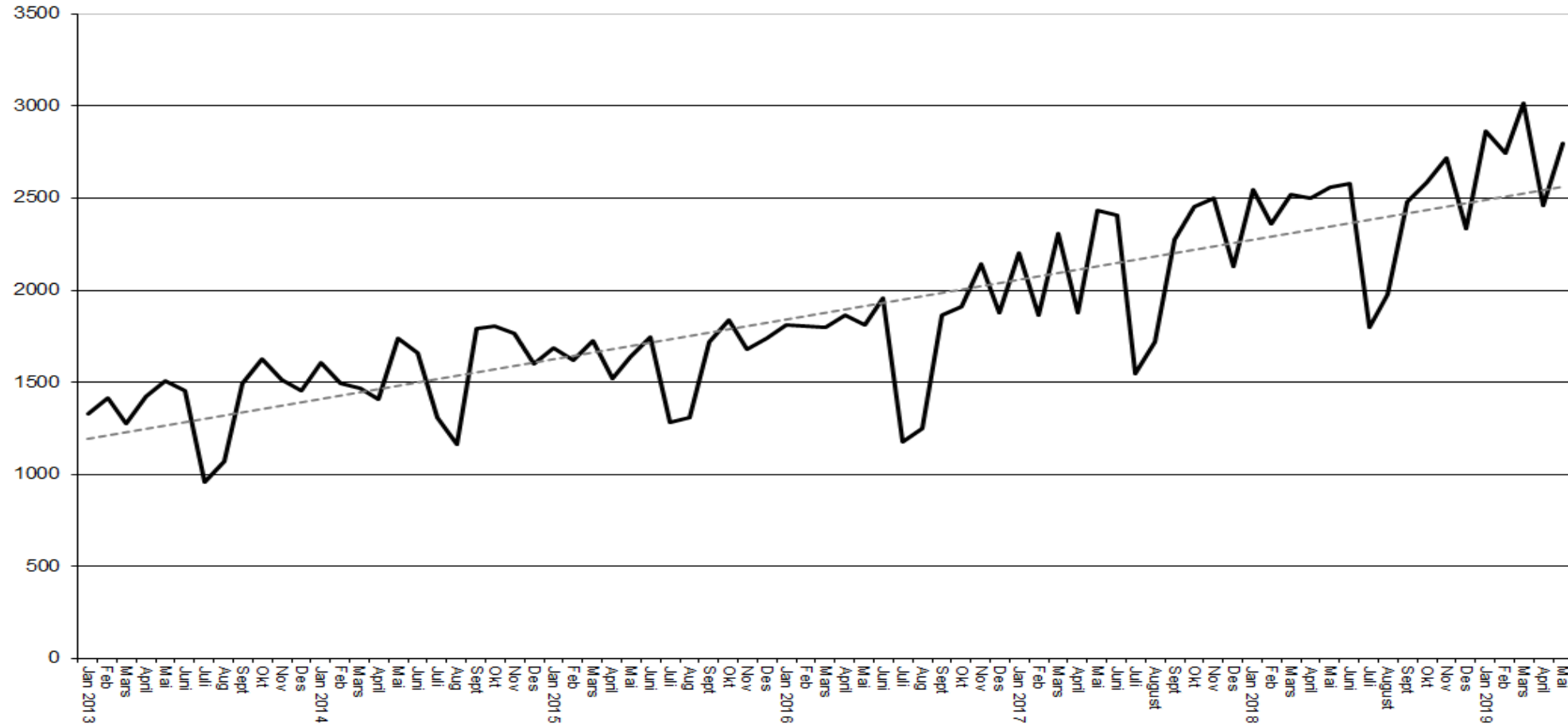
### 1. tertial 2019

Spørsmål	Andel positiv respons*	Endring fra gj.snitt 2018
Behandlerne snakket så jeg forsto dem	96 %	+ 1
Tillit behandlernes faglige dyktighet	95 %	-
Tillit øvrige personalets faglige dyktighet	92 %	-
Tilstrekkelig info om diagnose / plager	86 %	-
Behandlingen var tilpasset min situasjon	90 %	-
Involvert i avgjørelser om behandlingen	73 %	+ 1
Arbeidet var godt organisert	86 %	+ 1
Utstyret var i god stand	90 %	-
Tilfredsstillende hjelp, alt i alt	92 %	+ 1
Ble ikke feilbehandlet	95 %	+ 1
Ventetid	82 %	-
Utbytte av behandlingen, alt i alt	84 %	-

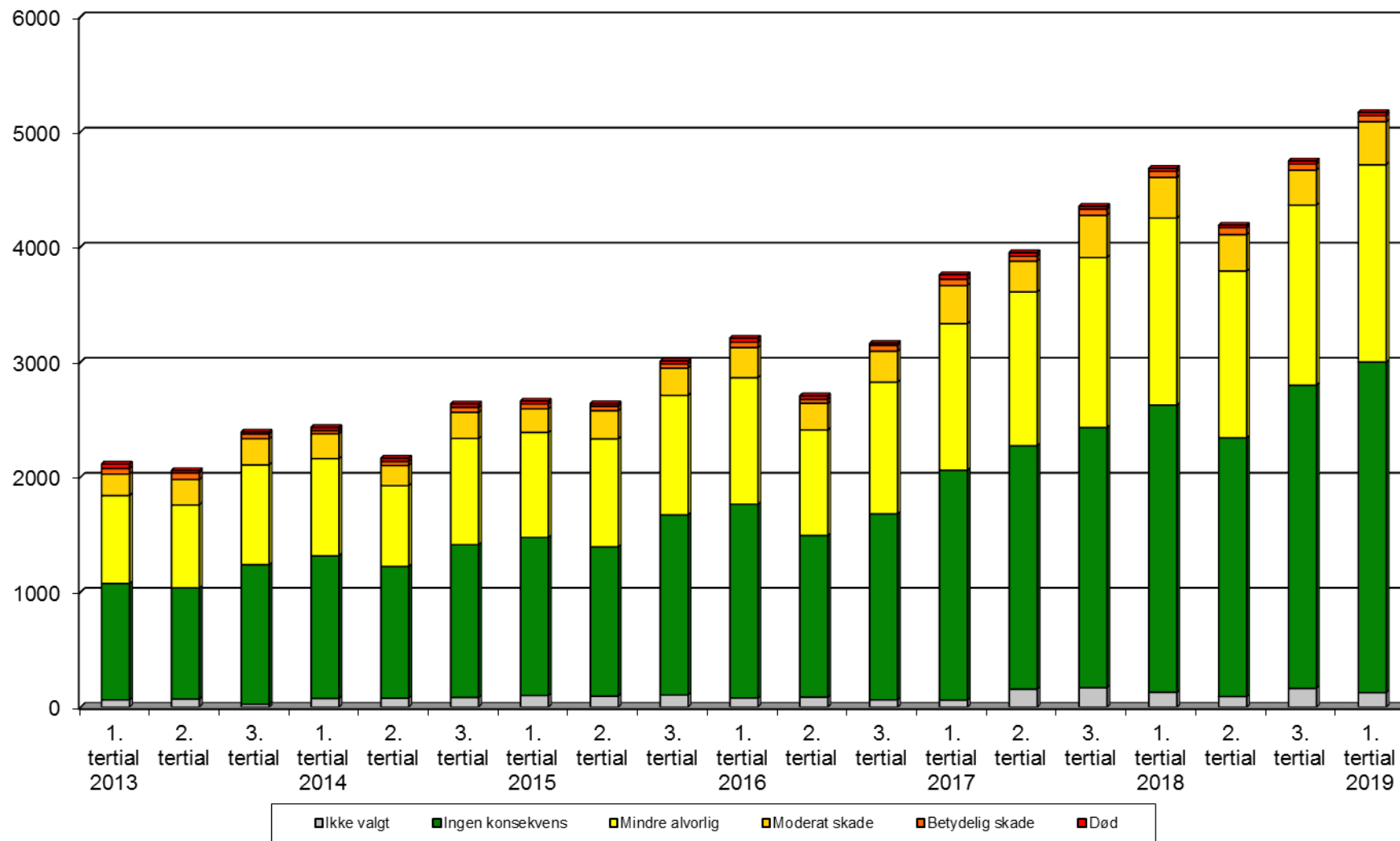
\* Andel av de som har besvart spørsmålet.

## 5.3 Uønskede hendelser og risikoforhold

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



## 5.3 Pasientrelaterte hendelser og konsekvens



\* Registreringer i Achilles.

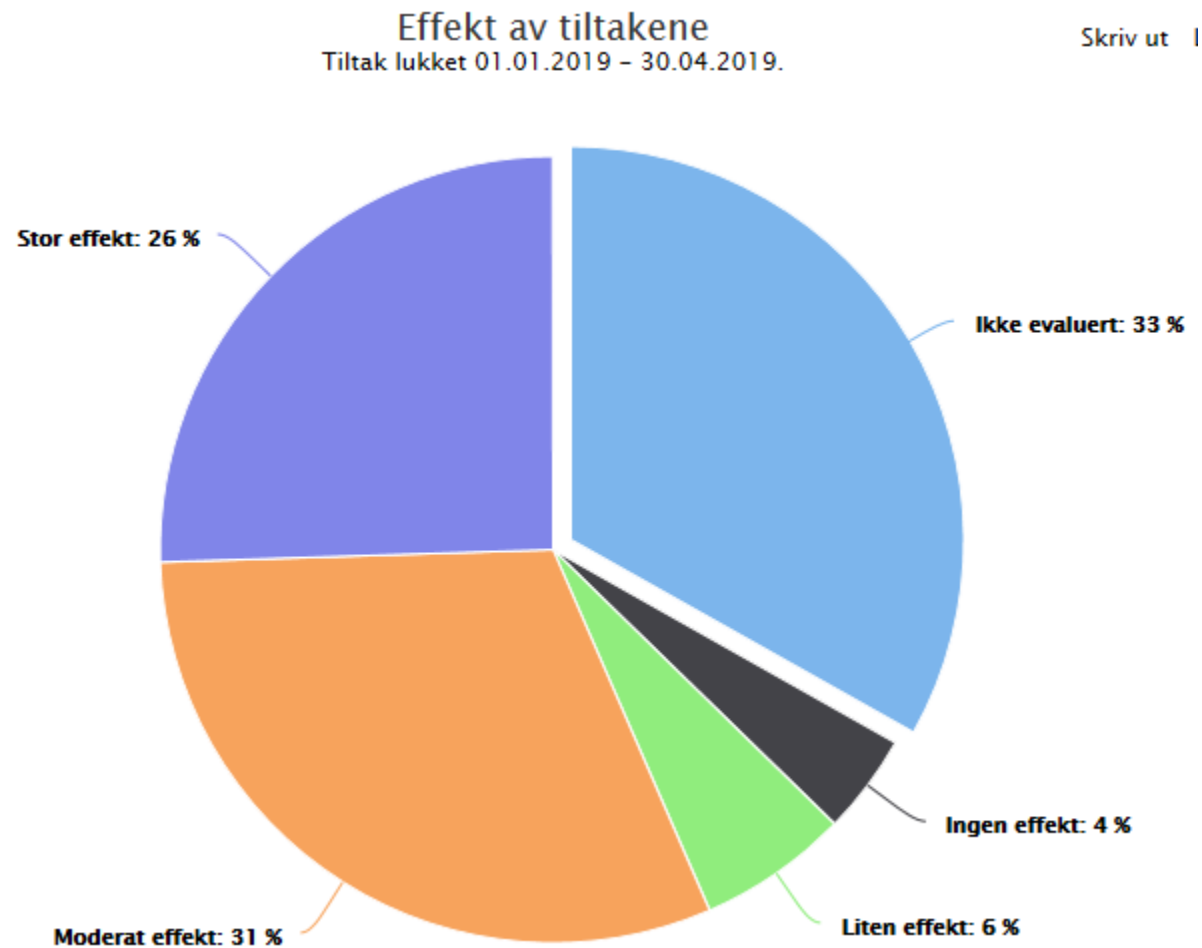


## 5.3 Fordeling av pasienthendelser i hovedkategorier

		Totalt	Ingen konsekvens	Mindre alvorlig	Moderat skade	Betydelig skade	Dødsfall	Ikke valgt
Behandling og pleie	24 %	1302	636	467	132	26	18	23
Diagnostikk/utredning	10 %	552	249	224	52	7	1	19
Dokumentasjon / informasjon	11 %	576	399	147	17	2	0	11
Fall og uhell	5 %	255	133	102	16	2	2	0
Infeksjon	5 %	255	133	102	16	2	2	0
Legemidler og blodprodukter	18 %	942	643	264	30	2	0	3
Medisinsk utstyr	5 %	244	142	84	16	0	0	2
Pasientadferd	2 %	93	23	37	24	5	3	1
Pasientadministrasjon	15 %	795	470	252	52	4	1	16
Ikke valgt	7 %	367	159	123	28	4	3	50
<b>Totalt</b>	<b>100 %</b>	<b>5381</b>	<b>2987</b>	<b>1802</b>	<b>383</b>	<b>54</b>	<b>30</b>	<b>125</b>

\* Angitt etter Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser i Achilles.

## 5.3 Effektvurdering av tiltak utført i klinikkene



\* Tiltak etter uønskede hendelser og risikoforhold registrert i Achilles.

## 5.4 Varsler til Statens helsetilsyn

	2017			2018			2019
	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1
Avsluttet etter innledende undersøkelser	15	15	12	17	11	14	19
Oppfølging - anmodning om redegjørelse	3	2	-	-	-	-	-
Tilsynsmessig oppfølging av fylkesmannen	18	14	5	9	16	13	11
Skriftlig tilsyn v/Statens helsetilsyn	-	-	1	-	-	-	-
Stedlig tilsyn v/Statens helsetilsyn	-	1	3	1	1	1	2
Ikke ferdigbehandlet	-	1	-	-	-	-	1
<b>SUM</b>	<b>36</b>	<b>33</b>	<b>21</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>33</b>

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

## 5.4 Klager til sykehuset

	2017			2018			2019
	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1
Fra Fylkesmannen *	24	35	24	30	26	31	32
Fra Pasientombud	14	21	27	10	22	14	21
Tilsynssak fra Fylkesmannen	36	42	56	31	39	39	27

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

## 5.4 Fylkesmannens konklusjon i tilsynssaker

	1. tertial 2018		2. tertial 2018		3. tertial 2018		1. tertial 2019	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Avsluttet uten anmerkning	10	25 %	11	34 %	19	41 %	15	39 %
Avsluttet med anmerking	7	18 %	5	16 %	8	17 %	3	8 %
Brudd på informasjonsplikt	1	3 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Brudd på pasientrettigheter	0	0 %	1	3 %	0	0 %	1	3 %
Brudd på krav til journalføring	0	0 %	1	3 %	1	2 %	1	3 %
Brudd på forsvarlighet	22	55 %	14	44 %	18	39 %	18	47 %
Brudd på helsepersonelloven	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Brudd på taushetsplikt	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
SUM	40	100 %	32	100 %	46	100 %	38	100 %

# Eksterne tilsyn 1. tertial 2019

Tilsynsmyndighet

Tilsynsmyndighet	Antall tilsyn i tertialet		Avvik i tertialet med bakgrunn i internkontrollkrav**										Kommentar
	Antall avvik i tertial	I dette tertialet	Tidligere tertial/år*	Mål, organisering, ansvar, myndighet	Arbeidstakeres kunnskap etc.	Brukererfaringer mm.	Fare for svikt/lovbrudd, risikovurdering/-styring	Avvik, avdekke, rette opp, forebygge	Nødv. rutiner, dokumenter etc.	Intern revisjon, gjennomgang av system	Bygg/anlegg/utstyr		
Statens Helsetilsyn			1									Etablering av egen donoravdeling i OUS/AKU er under etablering mht. oppgaver, ansvar og myndighet	
Nasjonalt folkehelseinstitutt	1	9		5					3	1		Tilsynet var 8/11-18, men ikke meldt inn før nå. Det jobbes med handlingsplan, frist 20/6-19.	
Helsedirektoratet	1											Ikke mottatt rapport	
Statens legemiddelverk	1											KRE/AKB: Ikke mottatt rapport. NVR/NKI: Sendt over oppfølgingsnotat iht. frist.	
Mattilsynet	1	0										Ingen avvik.	
Arbeidstilsynet	1	3	3	8	1		2					Det arbeides med handlingsplan frist 20/6-19. PRE avvik (8) fra 2018 følges opp av HMS-leder frist 30/10-19.	
DSB		5	5				2		1		2	Tilsyn 3. tert 18, rapport 1/4-19, frist handlingsplan mai 19.	
Lokalt el-tilsyn	3	0										Ingen avvik.	
Fylkesmannen miljøavd.	1	2	2				1				1	Det arbeides med handlingsplan frist 1/7-19	
Kommunalt brannvesen	2	0										OUS leier lokaler, ingen avvik. Siste tilsyn ikke mottatt rapport.	
Riksrevisjonen	4		4									Oversendt dokumentasjon i alle 4 tilsyn iht. frist. Ikke mottatt rapport. 4 gamle avvik, regionale prosjekt.	
Kommunal vann- og avløpsetat			2									Tilbakestrømmingsventiler på vanninntak i OUS (2 lokaliteter) følger langtidsplan ut 2019.	
Nasjonal kompetansetjeneste for antibiotikabruk i sp.helsetj.			7									Antibiotikateamet jobber med implementering av tiltak.	
Antall	15	19	10	22	6		5		4	1	3		

## 6.1 Pågående studier - håndtert av Inven2, fordelt per klinikk

Pågående oppdragsstudier på OUS, ekskl. observasjonsstudier	Pr 3T 2016	Pr 3T 2017	Pr 3T 2018
Klinikk psykisk helse og avhengighet			-
Medisinsk klinikk	41	44	34
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	1	2	2
Nevroklubnikken	12	10	9
Ortopediklubnikken	2	3	2
Barne- og ungdomsklubnikken	10	16	18
Kvinneklubnikken	1	2	2
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	10	10	12
Kreftklubnikken	106	112	119
Hjerte-, lunge- og karklubnikken	13	9	11
Akuttklubnikken	2	1	2
Prehospital klinikk	1		-
Klinikk for laboratoriemedisin	3	2	2
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin		1	1
Totalsum	202	212	214

*\*Samme studie kan ha flere avtaler i Inven2 hvis den gjennomføres på flere steder i OUS.*

## 6.2 Nye oppdragsstudier hos Inven2

Nye kliniske oppdragsstudier etter kontraktsår pr klinikk	2016	2017	2018
Klinikk psykisk helse og avhengighet			
Medisinsk klinikk	11	10	9
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi		1	1
Nevroklubnikken	1	1	
Ortopediklubnikken		1	
Barne- og ungdomsklubnikken	6	7	2
Kvinneklubnikken		2	
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	4	3	6
Kreftklubnikken	19	15	23
Hjerte-, lunge- og karklubnikken	5	2	3
Akuttklubnikken		1	1
Prehospital klinikk			
Klinikk for laboratoriemedisin	1		
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin		1	
Totalsum	54	53	45



## 6.3 Søknader og tildelinger til forskningsprosjekter

Forskningsrådet	2016			2017			2018		
Prosjektsøknader	OUS-HF	MED UiO	Sum	OUS-HF	MED UiO	Sum	OUS-HF	MED UiO	Sum
Antall søknader (med frist april/mai)	63	42	<b>105</b>	80	77	<b>157</b>	111	47	<b>158</b>
Antall nye prosjekttildelinger	22	6	<b>28</b>	13	18	<b>31</b>	35	14	<b>49</b>
Innvilget til nye prosjekter i 1000 kr	188 540		<b>188 540</b>	273 626		<b>273 626</b>	237 101		<b>237 101</b>
EU Forskningsprogrammer	2016			2017			2018		
Prosjektsøknader	OUS-HF	MED UiO	Sum	OUS-HF	MED UiO	Sum	OUS-HF	MED UiO	Sum
Antall søknader (alle frister)	42	45	<b>87</b>	38	52	<b>90</b>	52	65	<b>117</b>
Antall nye prosjekttildelinger	6	6	<b>12</b>	5	9	<b>14</b>	6	3	<b>9</b>
Innvilget til nye prosjekter i 1000 kr	25 308	43 974	<b>69 282</b>	18 493	158 086	<b>176 579</b>	19 124	5 062	<b>24 186</b>

*Spesielt for 2017 er en tildeling til MED UiO innenfor Scientia Fellows-programmet på 75 mill. kr.*

*Søknader og tildelinger for samme utlysning kan falle i ulike år, slik at tall per år ikke vil være sammenliknbare.*

*Tall er uten Kreftregisteret og arrangementsstøtte. Ulike arbeidspakker (WP) telles ikke som selvstendige prosjekter.*

## 6.4 Nye innmeldte oppfinnelser (DOFI)

	Inven2		Innovasjonsavd.	
	Totalt 2018	T1 2019	Totalt 2018	T1 2019
<b>Klinikk</b>				
Klinikk psykisk helse og avhengighet	-	0	8	1
Medisinsk klinikk	4	0	2	0
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	3	1	7	0
Nevroklubnikken	20	1	1	0
Ortopediklubnikken	2	1	1	0
Barne- og ungdomsklubnikken	3	0	2	0
Kvinneklubnikken	2	0	0	0
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	4	1	3	0
Kreftklubnikken	21	5	5	1
Hjerte-, lunge- og karklubnikken	5	2	1	0
Akuttklubnikken	13	1	3	1
Prehospital klinikk	2	0	4	1
Klinikk for laboratoriemedisin	16	4	4	1
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	4	2	4	1
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	2	0	1	4
Kreftregisteret	0	1	0	0
Næringsliv/andre	-	-	4	1
<b>Totalt OUS</b>	<b>94</b>	<b>19</b>	<b>50</b>	<b>11</b>

# 6.5 Pågående innovasjonsprosjekter pr 3. tertial 2018 og pr 1. tertial 2019

	Inven2		Innovasjonsavd.	
	T3 2018	T1 2019	T3 2018	T1 2019
<b>Klinikk</b>				
Klinikk psykisk helse og avhengighet	1	1	6	6
Medisinsk klinikk	0	0	4	7
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	0	0	1	1
Nevroklubnikken	1	1	1	1
Ortopedklubnikken	1	0	1	1
Barne- og ungdomsklubnikken	1	1	2	2
Kvinnklubnikken	0	0	1	1
Klubnikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	1	2	1	0
Kreftklubnikken	27	31	6	6
Hjerte-, lunge- og karklubnikken	4	4	2	2
Akuttklubnikken	8	7	1	3
Prehospital klubnikk	0	0	0	0
Klubnikk for laboratoriemedisin	23	22	1	1
Klubnikk for radiologi og nukleærmedisin	2	1	4	3
Oslo sykehuservice og Direktørens stab	0	0	5	8
Kreftregisteret	1	1	1	1
Næringsliv/andre	-	-	4	5
<b>Totalt OUS</b>	<b>67</b>	<b>68</b>	<b>41</b>	<b>48</b>

\* I likhet med DOFI telles prosjekter hos flere klubnikker når ideen involverer flere klubnikker. I totalsum er hvert prosjekt kun talt én gang,



# Risikovurdering for 2019

## **Risikovurdering for 2019 – beskrivelse**

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

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

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

Risikovurderingen er som tidligere bearbeidet i direktørens staber, der også hovedverneombud og hovedtillitsvalgte er invitert til å gi innspill. Endringene er markert med piler i risikomatrisen. De fleste risikoområdene er beskrevet på overordnet nivå, slik at tiltakene er langsiktige.

# Risikomatrixe

Risikomatrixe		Sykehusnivå				Oslu universitetssykehus	01.06.19	
Gjelder alle typer konsekvenser.								
Konsekvens	Svært alvorlig (5)			Legionella på Radiumhospitalet NY				
	Alvorlig (4)		Intern overflytning av kritisk syke pasienter	Tilgang til kritiske legemidler Vold mot ansatte Kapasitet/standard - medisinsk-tekn. utstyr Økonomisk bærekraft Ambulansestyring AMK/AMIS	Sykehusinfeksjoner - økende resistensutvikl. - isoleringsbehov og smittefare Byggstandard og plassforhold IKT-drift og regionale IKT-prosjekter IKT støtte til forskning Stor arbeidsbelastning flere områder			
	Moderat (3)		Kliniske systemer, opplæring	Øhjelpsavvikling gastrokirurgi ✓ Bemanningsstyring Kjemikaliesikkerhet Kliniske studier - kapasitet Utsending av epikriser	Kapasitet radiologi og patologi Mangel på praksisplasser for spl.studenter innen kirurgi og intensiv Mangel på spesialsykepl./annet personell Veiledning og supervisjon av leger i spesialisering Intensiv- og intermedisersenger Mangel på utdanningskapasitet for leger i spesialisering HMS-konsekvens riving/bygg Radium Manglende konsolidering IKT - RIS/PACS-systemer Tilgjengelighet og kapasitetsutnyttelse; overholdelse av medisinsktaglig frist	Metavision Forløpstider og pakkeforløp kret Operasjonskapasitet		
	Lav (2)			Biobankinfrastruktur Håndtering av forskningsdata i tråd med ny personvernforordning (GDPR)	Svikt i overgang til primærhrtjenesten Korridorpasienter/akutmottak (MED/AKU)	Pasienttransport Trusler ovenfor ansatte		
	Ubetydelig (1)					Stikkskader		
		Meget liten (1)	Liten (2)	Moderat (3)	Stor (4)	Svært stor (5)	Sannsynlighet	

## Risikoområdene

Risiko	Vurderinger/ tiltak
Byggstandard og plassforhold	<p>Store deler av bygningsmassen er foreldet og ikke tilpasset moderne sykehusdrift. Vedlikeholdsetterslep gjennom flere tiår har medført at bygningsmassen og tekniske installasjoner inkl. elektro bærer preg av den høye alderen.</p> <p>Tiltak: Egen vedlikeholdstiltaksplan videreføres. Det jobbes aktivt for å fornye og holde kritisk utstyr i drift, herunder imøtekomme pålegg fra tilsynsmyndigheter. Elektive investeringer til ordinært vedlikehold blir i mindre grad prioritert innenfor den totale rammen, noe som gir økende grad av sammenbrudd. Lån for oppgradering og lukking av avvik ble innvilget for årene 2016-2019 og Oslo sykehusservice prioriterer i dialog med klinikkene de viktigste prosjektene. Planlegging av nye sykehusbygg pågår.</p>
Sykehusinfeksjoner - økende resistens-utvikling - Isoleringsbehov	<p>Det ligger til enhver tid pasienter med sykehusinfeksjon i OUS, hvorav om lag en tredjedel med postoperativ sårinfeksjon. Mange av disse kan forebygges. Forekomsten av resistente bakterier er sterkt økende, med flere utbrudd der mange hundre pasienter må screenes etter mulig eksponering.</p> <p>Tiltak: OUS følger handlingsplan for smittevern 2014 – 2018. Det er tilsatt ny leder for antibiotikastyringsteamet og forbedringstiltak etter landsomfattende tilsyn er under implementering, med planer for økt støtte i klinikkene.</p>
Stor arbeidsbelastning innen flere områder	<p>Arbeidsplaner, sen utlysning, overbelegg.</p> <p>Tiltak: I Prosjekt forbedring av driften er det etablert 3 HR prosjekter som skal bidra til forbedring av blant annet bemanningsstyring, herunder å vurdere om arbeidsplaner er hensiktsmessig.</p> <p>Tiltak: Benytte bemanningspool ved vakante vakter/sykdomsfravær eller annet fravær/behov for ekstra kompetanse. Arbeidsbelastning og tiltak mot stress i arbeidssituasjonen tas opp i som tema på flere møtearenaer i Arbeidsmiljøuka 20.-25.mai.</p>
IKT-drift og forsinkede regionale IKT-prosjekter	<p>Forsinkelser og høye kostnader i regionale løsninger. Regionale prosjekter dekker ikke de behov OUS har innen klinisk virksomhet. Manglende kapasitet og kompetanse hos Sykehuspartner HF (SP) medfører at IKT tjenester ikke blir vedlikeholdt og at gjennomføring av prioriterte prosjekter og bestillinger blir sterkt forsinket. Dette går ut over sykehusets evne til å produsere effektive og forsvarlige tjenester til våre brukere. Det manglende vedlikeholdet av IKT infrastruktur og tjenester gir også økt sårbarhet for sykehusets tjenester. Dette kombinert med et høyere trusselnivå innen cyberdomenet gir vesentlig økt risikonivå innen sykehusets IKT tjenester.</p> <p>Tiltak: Bidra til å sikre realistiske planer og definere tydelige leveranser som kan forankres hos HSØ RHF og foretaksgruppen for øvrig. Gjennomføre realistiske konsekvensanalyser av hva prosjektgjennomføring/ ibruktakelse vil innebære for resten av foretaket. Vurdere og hensynta samtlige konsekvenser ifm. beslutning om gjennomføring.</p> <p>Vurdere å implementere alternative leveransesmodeller. Tydeliggjøre konsekvens av regionale beslutninger for OUS områdeplan IKT. OUS IKT har etablert leveranseteam bestående av ressurser fra SP og OUS IKT.</p> <p>Tett oppfølging av SP leveranser. Forsterke intern kompetanse. Sikre leveranser ved utvidet samarbeid med andre aktører. OUS IKT har etablert leveranseteam bestående av ressurser fra SP og OUS IKT.</p>

IKT støtte til forskning	<p>IKT-støtte til forskning er ikke på et tilfredsstillende nivå. Pågående initiativer for å utbedre dette blir forsinket av manglende leveranser og kapasitet i SP. Utilfredsstillende informasjonssikkerhet i Forskernett og databaseverktøy.</p> <p>Tiltak: Tett involvering av SP i leveranser og planlegging (foranalyser mv). Høyt fokus på etablering av rutiner ifm ny ekstern leverandør. Etablere tilgang for enkelte OUS-forskere til UiO-nett. Videreutvikle interne registerverktøy. Utrede etablering av elektronisk forskningslogg. Prioritere gjennomføring av Regional infrastruktur for forskning.</p>
Metavision	<p>Kurvesystemet Metavision er nå i drift på sengeposter, operasjon og intensiv på Ullevål og Rikshospitalet, utrulling til somatiske sengeposter er gjennomført i 2018. utfordringer med systemet er manglende ytelse og mangler i funksjonalitet i løsningen. Mest alvorlig mangel i funksjon er mangler i medikasjonsoppsett og integrasjoner til laboratoriesystemene og integrasjon til DIPS vedrørende hhv. visning av prøvesvar og kritisk informasjon /CAVE.</p> <p>Tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemer med ytelse er eskalert til høyeste nivå i OUS og følges opp overfor tjenesteleverandør SP av IKT-direktør og systemeier overfor OUS ledermøte.</li> <li>• Mangler i funksjonalitet er eskalert til regional systemeier og til regionalt prosjekt i Regional klinisk løsning.</li> </ul>
Operasjonskapasitet	<p>For lav operasjonskapasitet ved hovedlokalisasjonene. Kirurgisk operativ kapasitet mindre enn behov medfører uønskede ventetider/pakkeforløp og forverring av pasientens tilstand/komplikasjoner. Dette gir også økte utgifter.</p> <p>Tiltak: Bedre rutiner for operasjonsplanlegging, tiltakene følges og inngår i arbeidet til de kirurgiske driftsråd og driftsstyret. Strykninger monitoreres i ledermøtene. Se også de to neste punkter om gastrokirurgi og spesialsykepleiere.</p>
Forløpstider og pakkeforløp kreft	<p>Måloppnåelsen på både inklusjon i pakkeforløp og forløpstid er for lav for de fleste pakkeforløp.</p> <p>Tiltak: Det er satt ned en ressursgruppe for å bistå forløpsledelse og linjeledelse med å utarbeide forbedringstiltak som bidrar til en målbar og varig forbedring i bruk av pakkeforløpssystemet for kreft. Ressursgruppen ledes av fagdirektør medisin Kjell Magne Tveit, og rapporterer til Driftsstyret for kreftområdet og Administrerende direktør. Driftsstyret for kreftområdet følger månedlig opp måloppnåelse for alle pakkeforløp, og retter spesielt fokus på forløp med dårligst måloppnåelse. Våren 2019 ble det etablert et forum for forløpskoordinatorer for å øke samhandling på tvers av forløpene, og styrke rollen som forløpskoordinator.</p>
Legionella Radiumhospitalet	<p>Det er funnet Legionella i deler av vannforsyningsanlegget (A-H byggene) ved Radiumhospitalet. Legionellasmitte kan forårsake lungebetennelse med varierende alvorlighetsgrad. Pasienter med svekket immunforsvar som vi må forholde oss til at innlagte pasienter på Radiumhospitalet er, er særlig utsatt for å utvikle alvorlig sykdom.</p> <p>Tiltak: Løpende overvåking av temperatur på varmtvann. Klordioksidanlegget er reparert og monitorering av anlegget vil bli etablert. Gjennomskylling med tapping fra tappesteder. Bytte av blandebatterier på noen tappesteder. Påmontering av filtre. Kraner og dusjhoder påmontert filter kan brukes som normalt til drikkevann, håndvask og dusj.</p>
Ambulansestyling AMK/AMIS	<p>Med et stort, tett befolket geografisk område å dekke og ulike ambulansetjenester å koordinere, er det behov for et IKT- verktøy (beslutnings- og flåtestyringssystem) med bedre styring av tilgjengelige</p>



	<p>ressurser og materiell. AMIS mangler kapasitet til større hendelser med mange ressurser knyttet til samme hendelse. I tillegg hyppige problemer med nedetid.</p> <p>Tiltak: Det er gjort strakstiltak etter nedetid og initiert et arbeid for ny permanent løsning fordi man på sikt vil få betydelige kapasitetsproblemer igjen.</p> <p>Etablere bedre teknologiske løsninger i AMK som elektronisk beslutningsstøtte og flåtestyring - midlertidig i OUS og varig iht nasjonale prosesser. Dette inkluderer også prehospital EPJ.</p>
<p>Øhjelpsavvikling gastrokirurgi</p>	<p>Tilfeller med forsinkelse i avviklingen av ø-hjelp innen gastrokirurgi er redusert.</p> <p>Redusert antall og små forsinkelser i gastrokirurgi etter tiltak. Det pågår videre gjennomgang av operasjons- og PO-kapasitet, styring og organisering av øhjelpsvirksomheten på Ullevål.</p>
<p>Mangel på spesialsykepleiere og annet personell</p>	<p>Problemer med å rekruttere og beholde tilstrekkelig antall spesialsykepleiere på visse områder. Det er kritisk mangel på intensiv – og operasjonssykepleiere. Høy gjennomsnittsalder hos anestesisykepleiere og mangel på operasjonssykepleiere kan medføre redusere bemanning ved operasjonsstuene.</p> <p>Det er også varslet mangel på andre spesialsykepleiergrupper, inkludert jordmødre. Manglende rekruttering av erfarne bioingeniører krever mer intern opplæring. Behov for nye perfusjonister øker.</p> <p>Tiltak: Det iverksettes rekrutteringstiltak j.fr strategisk kompetanseplanlegging og - styring, herunder målrettede tiltak for å sikre tilgang til operasjonssykepleiere. Samt videreføring av prosjekt om frigjøring av tid for operasjonssykepleiere for økt operasjonskapasitet. En egen handlingsplan for rekruttering og profilering er utarbeidet, som inneholder tiltak for å styrke OUS omdømme som en attraktiv arbeidsplass, styrke rekrutteringskompetansen blant ledere og utvikle et samarbeid med OsloMet om frafall fra utdanning. Utdanningsstillinger videreføres. Det er etablert et program for nyansatte og en tverrfaglig arbeidsgruppe som skal arbeide med en helhetlig plan for å håndtere mangel på spesialsykepleiere.</p> <p>Tiltak: Samarbeidsgruppe med representanter fra HR-stab, stab FPS, stab FIU og OSS skal arbeide for at kompetanseutvikling i OUS samkjøres. Samarbeidsgruppen har utviklet flere tiltak med hensyn til utdanning, rekruttering og for å beholde spesialsykepleiere.</p>
<p>Tilgjengelighet og kapasitetsutnyttelse, sikre flyt og forutsigbarhet i pasientbehandlingen</p>	<p>I OUS er det et for stort antall pasienter som ikke får innfridd den angitte medisinskfaglige tiden som er satt for oppmøte (målt ved indikator <i>passert planlagt tid</i>), eller som er i et forløp hvor det ikke er angitt ny tid for oppfølging. (målt ved indikator <i>åpen henvisningsperiode uten planlagt kontakt</i>). Ved inngangen til T2 2019 dreier det seg om 16 000 pasienter. I tillegg til disse pasientene er det 14 500 nyhenviste som skal ventelisteavklares innen fastsatte ventetider (målt ved indikator <i>gjennomsnittlig ventetid til avvikling</i>). Resultatene for indikatorene ble ikke bedret i T1. Planleggingshorisonten er på mange poliklinikker kortere enn seks måneder fram i tid. Det er derfor ikke mulig å tildele pasienter med frist start helsehjelp innen fire måneder fast tid og klokkeslett ved direktebooking, eller som «time i hånden» for et neste oppmøte.</p> <p>Tiltak: Implementere tiltak for bedre gjennomføring av poliklinisk drift, beskrevet i retningslinje Tilgjengelighet og ressursstyring av poliklinisk virksomhet. Indikatorer: passert planlagt tid, åpen henvisningsperiode uten planlagt kontakt og gjennomsnittlig ventetid til avvikling.</p> <p>Styrke samarbeidet med Velg behandlingssted. Viderevende henvisninger for utvalgte diagnosegrupper/pasientgrupper til avtalespesialister. Gi avslag</p>

	<p>til pasienter som ikke har behov for hjelp i spesialisthelsetjenesten. Følge opp ledermøtesak 199/17- reduksjon av antall kontroller. Gi "direkte time" innen 10 dager etter mottatt henvisning og gi "time i hånden" etter endt konsultasjon. Påse at videre oppfølging er planlagt og at kontakter er registrert med dato og klokkeslett for neste oppmøte. Forebygge fristbrudd og etterleve meldeordningen til HELFO. Kvalitetssikre ventelistedata før melding til NPR og rette opp avvik fra NPR- tilbakemeldingen.</p> <p>Arbeidet med passert planlagt tid følges opp i Ledelsens gjennomgang. I resultatmålingen av vårt forbedringsarbeid benyttes DIPS, LIS og <a href="http://www.bit.ly/passertplanlagttid">www.bit.ly/passertplanlagttid</a> som verktøy og kilde. Gi opplæring til vurderende leger og behandlere som ikke håndterer henvisninger etter gjeldende prosedyrer. Kontinuere tilbud om Internsertifisering- henvisningsperioden.</p>
Økonomisk bærekraft	<p>Det å sikre økonomisk bærekraft er et av de overordnede styringsmålene også for 2019. Et eventuelt vesentlig negativt resultatavvik kan medføre manglende likviditet til å gjennomføre planlagte investeringer i 2019 og manglende gjennomføring av finansierte investeringer fremover (ØLP).</p> <p>Tiltak: Det vil arbeides for å sikre gjennomføring av driften uten vesentlige negative resultatavvik. Klinikkerne har definert tiltak og arbeider videre med å identifisere nye tiltak blant annet gjennom klinikkvise forbedringsprogram. Det arbeides for å øke gjennomføringsandel av tiltak. Klinikker som melder negative resultatprognoser for året bes også fortløpende om å planlegge nye tiltak. Ukentlig og månedlig oppfølging av driften. Andre tiltak er oppfølging av effekter av omlegging av finansieringssystem lab og rad samt å sikre korrekt registrering av aktivitet fortløpende.</p>
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. Spesielt sårbar er situasjonen knyttet til kapasitet for radiologi og patologi. HSØ har redusert muligheten for finansiell leie. Dette gjør situasjonen mer krevende.</p> <p>Tiltak: Det er budsjettert med over 440 millioner kroner til investeringer i MTU i 2019. Det forventes ingen vesentlig endring av risikobildet for MTU som følge av investeringsplanene for 2019, da det tar tid å erstatte sammenbrutt utstyr. Det arbeides videre med årlige investeringer i tråd med Områdeplan for utskiftning av medisinsk teknisk utstyr.</p>
Tilgang til kritiske legemidler	<p>Leveringssvikt inn til sykehusapoteket av viktige legemidler.</p> <p>Tiltak: Legemiddelkomiteen i samarbeid med Sykehusapoteket Oslo holder oversikt over situasjonen og informerer ansatte ved OUS om:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hvilke legemidler hvor man har leveringssvikt</li> <li>- når/om de forventes tilbake</li> <li>- hvilke alternative legemidler som anbefales i den konkrete situasjonen.</li> </ul>
Intern overflytning av kritisk syke pasienter	<p>Tiltak: Omfanget av interne overflyttinger særlig fra Aker er kartlagt og risikogrupper identifisert. Det er utarbeidet en retningslinje for hvordan dette skal håndteres. Ansatte læres opp i National Early Warning Score.</p>

<p>Kapasitet radiologi og svartider patologi</p>	<p>Manglende kapasitet innen radiologi, pga til dels gammelt utstyr med begrensninger og økt etterspørsel. Fortsatt risiko for lange svartider innen patologi: Laboratoriene mangler areal og utstyr, samt noe bemanning. Innen enkelte organområder i patologi er det begrenset tilgang på patologer med riktig kompetanse. For liten kapasitet i molekylærpatologi.</p> <p>Tiltak: Øke fokus på pakkeforløp for kreft der radiologi og patologi ofte representerer flaskehalsen.                  Det gjøres undersøkelser av passert ønsket dato for radiologiske undersøkelser.                  Kjøp av bildediagnostikk hos private der dette gir et faglig tilfredsstillende tilbud og bidrar til en samlet kapasitetsøkning i Helse Sør-Øst.                  Harmonisere protokoller for radiologi i regionen.                  Svartider på patologi følges i lederdialogen i linjen.                  Omstrukturere og bedre logistikk og arbeidsflyt knyttet til patologiske undersøkelser. Sikre ibruktakelse av nye lokaler for patologi. Samle og samordne den faglige virksomheten i patologi.</p>
<p>Intensiv- og inter-mediærseenger</p>	<p>Begrenset tilgang på po-, intensiv- og intermedieærseenger.</p> <p>Tiltak: Kompetansehevingstiltak av ulik karakter er prøvd ut og tatt i bruk i flere klinikker.                  Tiltak: Det er utviklet et trainée-program hvor sykepleiere uten videreutdanning i intensivsykepleie, deltar i en intern opplæring på 6-8 mnd                  Tiltak: Akuttklinikken har opprettet et eget kull ved Lovisenberg diakonale høgskole for å få flere med på deltidsutdanning i intensivsykepleie, samtidig som de er deltidsansatt ved Post operativ avdeling.                  Tiltak: Avdeling for blodsykdommer har opprettet egen avtale for kompetanseheving innen sykepleie til pasienter med blodsykdommer.                  Tiltak: Ombygging nyfødtintensiv er gjennomført.                  Tiltak: Nyfødtintensiv satser mer på flere ulike videreutdanninger i sykepleie; både intensivsykepleie, nyfødtisykepleie og barnesykepleie.</p> <p>Viser til egen Strategisk handlingsplan med tiltak for å imøtekomme behovet for spesialsykepleiere.</p> <p>Tiltak: Ombygging nyfødtintensiv er gjennomført.</p>
<p>Kliniske systemer, opplæring</p>	<p>Flere kliniske systemer dekker nå større deler av dokumentasjon av helsehjelpen gitt ved OUS. Innføring av systemer knyttet til legemiddelforordning og administrering av høye krav til å være dokumentert i sanntid og korrekt. Løsningene i drift er komplekse og lite intuitive hvilket medfører behov for opplæring. Det tar lengre tid for brukere å lære systemet så godt at det kan dras effekter at å få fått IKT støtte i arbeidsprosessen. Det er behov for ny opplæring som tar høyde for at brukerne er på et annet nivå enn da de fikk første opplæring.</p> <p>Tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosjektet Gevinster ved innføring av kliniske IKT-system skal kunne identifisere gode tiltak for å dra mer nytte ut av bruken av IKT (DIPS).</li> <li>• Lokal forvaltning tilpasser videre kurs og oppfølging av ibruktakelse av Metavision der dette er innført for å bedre arbeidsprosesser og fasilitere beste praksis i bruk av løsningen.</li> </ul>
<p>Utsending av epikriser</p>	<p>Utsending av elektroniske epikriser og labsvar følger de samme mekanismene som elektroniske henvisninger, og har de samme sårbarhetene.</p> <p>Tiltak: Utsending av epikriser og laboratoriesvar følges opp av overvåknings-verktøyet Message Tracking Monitor (MTM) ved Sykehuspartner. I tillegg arbeides det med å begrense muligheten til å</p>

	<p>benytte uriktige adresser for brukerne, og formidle korrekt bruk av tjenestebasert adressering. Målet for oppfølgingen er å kutte papir helt.</p> <p>Tiltak: Ferdigstille en avstemningsløsning for kontroll av patologisvar som sendes internt fra Doculive-Patologi til DIPS.</p>
Svikt i oppfølging av pasienter i overgang til primærhelse-tjenesten	<p>Det er behov for større fokus på pasientforløpsarbeidet i et hjem til hjem perspektiv. Lovpålagte funksjoner som koordinator og kontaktleger er ikke i tilstrekkelig grad på plass i klinikkene. Bruk av sjekklister ved utskrivning er for dårlig implementert. Epikriser sendes ikke ut raskt nok, store variasjoner mellom klinikkene her. PLO-meldingene er ofte mangelfulle når det gjelder helseopplysninger.</p> <p>Tiltak: Det er stort fokus på å sikre at epikriser og andre opplysninger når våre samarbeidspartnere raskere, dette følges opp i LGG. Det arbeides også for å bedre kvaliteten på epikriser og henvisninger generelt. «Møteplass Oslo» har utarbeidet retningslinje for ansvar -og oppgavedeling mellom sykehusleger og primærleger.</p> <p>Tiltak: Det jobbes fortsatt med implementering av koordinatorfunksjonen i alle klinikker som driver pasient-behandling. I flere klinikker er system for dette 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. OUS Leder møte har gitt sentral koordinerende enhet i oppgave å bistå klinikkene i dette arbeidet.</p> <p>Tiltak: PLO-meldinger er nå breddet til nesten alle landets kommuner. Elektroniske Dialogmeldinger mellom sykepleiere i OUS og sykepleiere i kommunen sikrer rask avklaring f.eks. i forbindelse med utskrivninger. OUS har bidratt til at også elektroniske dialogmeldinger mellom leger kan realiseres fra primo 2020..</p> <p>Tiltak: Det arbeides med å sikre at OUS ulike samhandlingsparter deltar i pasient-forløpsarbeidet fra "hjem til hjem". De inngåtte samarbeidsavtalene benyttes som strategiske virkemidler i arbeidet. Det samme gjelder for felles handlingsplaner. OUS har sammen med tre bydeler og sykehjemsetaten i Oslo kommune et tre-årig nasjonalt program som nettopp skal sikre helhetlige og trygge pasientforløp for eldre og sårbare pasienter. I dette arbeidet er det bl.a. utviklet sjekklister for alle overgangene i pasientforløpet, det er nå igangsatt implementering av disse sjekklisene.</p>
Korridorpasienter/akuttmottak	<p>I perioder der influensa er i høysesong er sykehuset spesielt utsatt for overbelegg i sengeposter og akuttmottak.</p> <p>Tiltak: Revidere retningslinje for overbelegg og flytting av pasienter mellom avdelinger og klinikker. Utarbeide og revidere flytskjema.</p>
Manglende konsolidering IKT - RIS/PACS-systemer	<p>Regionalt RIS/PACS-prosjekt strandet. Ikke anledning til å gjøre lokale konsolideringer.</p> <p>Tiltak: Anskaffelse av radiologiløsning og multimediearkiv for helseforetakene i HSØ er påbegynt. Mandatet er gitt til OUS.</p>
Pasienttransport	<p>Godtatte bestillinger av pasienttransport blir ikke utført. Enkelthendelser med alvorlig konsekvens i fjor er i vinter konkludert fra Fylkesmannen som forsvarlighetsbrudd.</p> <p>Tiltak: Transportselskap følges kontinuerlig opp på målbare forbedringer.</p>
Bemanningsstyring	<p>Manglende kunnskap om regelverket og sammenhengen mellom fast og variabel lønn; manglende forståelse for/lojalitet til nødvendigheten av</p>

	<p>bemanningsstyring; ikke god nok oversikt over arbeidsplaner og tjenesteplaner; ikke tilstrekkelig kontroll ved ansettelser; ikke god nok planlegging av drift og rekruttering; ikke god nok dialog mellom arbeidsgiver og tillitsvalgte. Rutiner for kontroll og styring av bemanningsutvikling er implementert vår 2019.</p> <p>Tiltak: I Prosjekt forbedring av driften 2017-2018 er det etablert 3 HR prosjekter som skal bidra til forbedring av blant annet bemanningsstyring. I tillegg vil det fortsatt være tett oppfølging med kurs i lov og avtaleverk og optimalisering i bruk av GAT som planleggings- og styringsverktøy.</p> <p>Tiltak: Følge opp at rutiner for kontroll og styring av bemanningsutvikling følges av klinikkene. Ny mal for tertialsoppfølging.</p>
Arbeidstidsbrudd og oppfølging av disse	<p>Krav til forsvarlig drift og kompetanse. Mangel på kompetanse; for lite kjennskap til regelverket; for lite lojalitet i etterlevelse av regelverket; ikke tilstrekkelig tilgang til kvalifiserte vikarer; ikke god nok ressursplanlegging; -utnyttelse og ferieavvikling, samt uforutsette hendelser.</p> <p>Tiltak: Fortsette oppfølgingen av brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Dialog med den enkelte klinikk om tiltak for å redusere arbeidstidsbrudd og gjennomgang og rapportering av arbeidstidsbrudd i LGG.</p> <p>Tiltak: Erfaringsutveksling mellom foretakene i HSØ om arbeidet for å redusere arbeidstidsbrudd og samarbeid med HSØ mht. utvikling av GAT.</p>
Vold mot ansatte Trusler mot ansatte	<p>Aggressive og voldelige pasienter og pårørende. Manglende (regelmessig) trening i håndtering (i somatikken).</p> <p>Tiltak: Vurdere system for risikovurdering og gradering av risikonivå med tilhørende kompetanseprofil / opplærings- og treningskrav fra PHA for resten av sykehuset. E-læringskurs for ansatte i somatikken er utarbeidet.</p>
Kjemikaliesikkerhet	<p>Manglende risikovurdering og substitusjonsvurdering. Manglende nødprosedyrer. Mangelfull etterlevelse av prosedyrer.</p> <p>Tiltak: Etablere klinikkontakt for kjemikalier i alle klinikker som kan følge opp kjemikaliesikkerhetsarbeidet i egen klinikk.</p>
Stikkskader	<p>Manglende etterlevelse av prosedyrer, manglende kjennskap til prosedyrer, høyt arbeidspress, tidspress.</p> <p>Tiltak: Undersøkelser har vist at 16 % av bestilte venekanyler til sykehuset i første halvår 2018 hadde sikkerhetsmekanisme. Det pågår innføring av sikkerhetskanyler som førstevalg / eneste valg i innkjøpsportalen.</p>
HMS-konsekvens riving / byggeprosjekt Radiumhospitalet	<p>Byggingen vil føre til rokader og utfordringer for drift og arbeidsmiljø. Mange mennesker flyttes til midlertidige lokaler som kan medføre brudd på krav til arbeidsplasser.</p> <p>Tiltak: Følge opp arealutvalg. Påse at informasjon og planer forankres og iverksettes, god kommunikasjon mellom prosjekt og ledere/ansatte gjennom grupper for medvirkning. Oslo sykehusservice har tett og god kommunikasjon mellom prosjektet og ledere/ansatte i samarbeid med kommunikasjonsstaben.</p>
Mangel på utdanningskapasitet for leger i spesialisering	<p>Som en del av spesialiseringsløpet for leger er det for en rekke spesialiteter nødvendig med tjenestetid ved OUS for å bli spesialist. Det er derfor inngått samarbeidsavtaler med helseforetak både regionalt og nasjonalt om å tilby gjennomstrømsstillinger. Slik vil man sikre at leger i spesialisering (LIS) kan tilbys læringsmål som ikke kan oppnås i eget foretak.</p> <p>En utfordring for OUS fremover blir å sikre tilstrekkelig utdanningskapasitet for LIS. Årsakene til dette er bl.a. at (i) legespesialister som ikke får tilbud om overlegestilling blir værende i sin LIS-stilling ved OUS og dermed</p>

	<p>reduserer utdanningskapasiteten, (ii) vikarbruk pga. liberal permisjonspraksis gjør at flere LIS får fast tilsetting pga. 3-årsregel. Dette reduserer volumet som er avsatt til gjennomstrømning/utdanning for leger fra andre helseforetak.</p> <p>Tiltak: Klinikkvise gjennomganger med kritisk blick på permisjonspraksis og bruk av vikarer. Bedre oppfølging av retningslinjen om å hente LIS fra gjennomstrømslisten ved enhver ledighet i avdelingene.</p>
Mangel på praksisplasser for sykepleiestudenter innen kirurgi og til videreutdanning i intensivsykepleie.	<p>Økt opptak av studenter på høyskoler og universiteter som medfører at flere studenter skal ha praksis i sykehusene. Klinikkene har ikke kapasitet til å veilede flere sykepleiestudenter. Økt opptak til intensivsykepleie er ønskelig, men praksisplass-situasjonen er kritisk og kan ramme andre videreutdanninger.</p> <p>Tiltak: OUS samarbeider med Helse Sør-Øst og lokalt med utdanningsinstitusjonene om kapasitetsutfordringene.</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>Tiltak: Gjennomføre forprosjekt for lagringsareal på Radiumhospitalsområdet, og organisasjonsprosjekt for organisering av biobankinfrastruktur på OUS.</p>
Kliniske studier – kapasitet	<p>Manglende ressurser (tid) i klinikkene til i vesentlig grad å oppfylle krav fra eier om flere pasienter i kliniske studier. Press på støttefunksjoner som er nødvendige for kliniske studier, herunder billeddiagnostikk. Reduserte insentiver gjennom endret ordning for disponering av inntekter fra kliniske studier (avvikling av forskningsfond hos Inven2).</p> <p>Tiltak: Klinikkene er bedt om å planlegge for gjennomføring av studier, som angitt i oppdragsdokument til klinikken og budsjettskriv. Spesifikk oppfølging av klinikkenes tilrettelegging for kliniske studier i Ledelsens gjennomgang 1. tertial 2019. Nasjonal rapportering april/mai 2019 for å skaffe bedre datagrunnlag over pågående og nye kliniske studier: oppdragsstudier, egeninitierte kliniske studier og antall pasienter inkludert pr år pr studie.</p>
Håndtering av forskningsdata i tråd med ny personvernforordning (GDPR)	<p>Opplæring i, forståelse og etterlevelse av omfattende regelverk som regulerer forskningsvirksomhet, herunder etikk, personvern og informasjonssikkerhet i lys av ny personvernforordning.</p> <p>Tiltak: Fortsette revisjon av prosedyrer og maler for forskning i tråd med GDPR. Ferdigstille nasjonalt arbeid for harmonisering av håndtering av helsedata.</p>
Veiledning og supervisjon av leger i spesialisering	<p>Ny modell for spesialistutdanning stiller krav til overlegene om veilederkompetanse. Det forutsettes løpende supervisjon og systematisk veiledning av LIS for godkjenning av læringsaktiviteter og læringsmål. Behovet for kompetanseøkning er omfattende. Klinikkene må organisere og tilrettelegge for at supervisjon og veiledning gis løpende, og sørge for at overlegene får nødvendig opplæring.</p> <p>Tiltak: Videreføre lokalt kurstilbud (hhv. én- og todagers kurs). Kursene vil etter hvert også rette seg mot LIS som har krav om å få denne kompetansen i de nye læringsmålsplanene. Klinikkene må tilrettelegge for tid til veiledning og supervisjon.</p>

Målgruppe: Styret

Faglig ansvarlig: Direktør for kvalitet, pasientsikkerhet og samhandling

Dato: 5. juni 2019



# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 14. juni 2019

Saksbehandler: Direktør kvalitet, pasientsikkerhet og samhandling

Vedlegg: Ledelsessystem for kvalitet og pasientsikkerhet  
Lenke til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse-  
og omsorgstjenesten:  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>

---

**SAK 43/2019 RIKSREVISJONENS RAPPORT OG STYRENE'S OPPFØLGING  
AV KVALITET OG PASIENTSIKKERHET I  
SPESIALISTHELSETJENESTEN**

**Forslag til vedtak:**

1. *Styret tar redegjørelsen om Riksrevisjonens undersøkelse av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten til orientering.*
2. *Styret ber administrerende direktør fortsatt følge opp at styringssystemet understøtter kvaliteten på tjenestene og pasientenes sikkerhet og en risikostyring som reflekterer utfordringene i foretaket.*

Oslo, den 7. juni 2019



Bjørn Erikstein



## 1. Hva saken gjelder

I sitt Dokument 3:2 (2018-2019) presenterte Riksrevisjonen sin undersøkelse av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten (sak 5). Undersøkelsen er i hovedsak fra 2017 og forelagt Stortinget i november 2018.

Målet med undersøkelsen var å vurdere om styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene følger opp kvalitet og pasientsikkerhet i henhold med Stortingets vedtak og forutsetninger og i overensstemmelse med prinsipper for godt styrearbeid.

Helse Sør Øst RHF har fulgt opp Riksrevisjonens funn og anbefalinger og vedtatt følgende to oppgaver i oppdrag og bestilling 2019 for alle helseforetak i regionen, også Oslo universitetssykehus:

- Helseforetakets styre må informeres om ansvaret for oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet, jf. forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.
- Helseforetaket må gi styremedlemmene nødvendig opplæring i internkontroll og risikostyring.

Denne saken informerer, sammen med en presentasjon i styremøte, om styrets ansvar for oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet og om internkontroll og risikostyring i helseforetaket. Videre beskrives de viktigste funnene fra Riksrevisjonens undersøkelse og hvordan disse følges opp i Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus.

## 2. Styringssystemet for kvalitet og pasientsikkerhet i Oslo universitetssykehus

Styringssystemet er betegnelsen på de samlede prosesser som er etablert for å påse at virksomheten er innrettet i tråd med de mål og føringer som er gitt. Oslo universitetssykehus har over flere år utviklet ledelsessystemet for kvalitet og pasientsikkerhet. Ledelsessystemet er beskrevet i et styrende dokument for helseforetaket, se vedlegg. Systemet omfatter en rekke fagområder som direktørens staber forvalter, herunder Avdeling for kvalitet og pasientsikkerhet som er sentral i dette arbeidet. Systemet følger logikken i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.



Av områder som omfattes av ledelsessystemet kan nevnes:

- Handlingsplaner, som utarbeides for foretaket og for hver klinikk, bl.a. basert på det årlige oppdragsdokumentet fra Helse Sør-Øst.
- Sentralt kvalitetsutvalg med månedlig møte med rapportering av aktuelle kvalitetsprosjekter, data fra forbedringssystemet og utvalgte uønskede hendelser. Administrerende direktører, stabsdirektører, klinikkledere, hovedtillitsvalgte, hovedverneombud, brukerrepresentanter og pasientombudet deltar.
- Pasientsikkerhetsråd i hver klinikk, som behandler uønskede pasienthendelser og risikoområder.
- Tavlemøter og Det grønne korset, som er verktøy for visualisering og daglig risikostyring.
- HMS-runder, systematisk oppfølging av ForBedring-spørreundersøkelsen og andre prinsipper for medvirkning.
- Dokumentstyring – styrende dokumenter / prosedyrer.
- Funn fra revisjoner, hendelsesanalyser, tilsyn og brukerundersøkelser benyttes for å lære og forbedre helseforetakets tjenester.
- Pasientsikkerhetsvisitter med administrerende direktør eller klinikkleder, der hensikten er å fremme pasientsikkerhet blant annet gjennom å forbedre kommunikasjonslinjer mellom ansatte, avdelingsledere og sykehusledelsen og definere prioriterte tiltak.
- Risikovurdering, der avdelinger og klinikker vurderer aktuelle risikoområder basert på tilgjengelig informasjon fra driften, pågående endringer, registrerte hendelser i forbedringssystemet mm. Vurderingen gjøres i en fem ganger fem risikomatrix og det besluttes mulige forbedringstiltak som inkluderes i handlingsplaner.
- Ledelsens gjennomgang, der administrerende direktør og stabsdirektører møter klinikk- og avdelingsledere for en gjennomgang av utvalgte områder i ledelsessystemet.

Oslo universitetssykehus søker aktivt å benytte de mulighetene som ligger i styringssystemet til å fremskaffe informasjon som kan bidra til kvalitetsforbedring. Dette brukes i den daglige ledelsen av sykehuset, og rapporteringen innbefatter også at aktuelle risikoområder, tiltak for å redusere dem og utvalgte data fra ulike systemer herunder forbedringssystemet (uønskede hendelser, klager, tilsyn, tilsynssaker og brukerundersøkelsen) hvert tertial blir gjennomgått i ledelsen og fremlagt for styret.

Ledelsessystemet videreutvikles og justeres også med hensyn til forbedring av rapporteringen til styret, slik at det blir en dekkende og relevant gjengivelse av områder som fungerer godt og uløste problemer og risikoområder. Samtidig som omfanget av den tertialvise rapporteringen til styret holdes på et passende nivå. Risikovurdering, tilsyn og data om uønskede hendelser rapporteres også til Helse Sør-Øst i tråd med regionale rutiner for dette.

### **3. Riksrevisjonens hovedfunn og anbefalinger**

#### **3.1 Tema**

Riksrevisjonen tar utgangspunkt i at styret har det øverste ansvaret for forvaltningen av foretaket og skal føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med lover og forskrifter.

Styret har ansvar for å påse at foretakene arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Videre må styret påse at det er etablert styringssystem som støtter opp under kvalitetsarbeidet.

Riksrevisjonen har i sin rapport belyst følgende problemstillinger:

- Påser styrene at virksomheten arbeider systematisk med å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet?
- Påser styrene at de behandler relevant informasjon om kvalitet og pasientsikkerhet?
- Påser styrene at det blir satt i gang nødvendige tiltak for å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet?
- Påser styrene at styringssystemet bidrar til å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet?
- Velger Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene styrer med hensiktsmessig kompetanse, og sørger styrene selv for å evaluere og videreutvikle denne kompetansen?

Undersøkelsen er gjort ved bruk av dokumentanalyser, spørreundersøkelser og intervjuer og omfatter i hovedsak arbeidet i styrene i de regionale helseforetakene og i 20 underliggende helseforetak. Det er gjennomført dokumentanalyse av styredokumenter for å undersøke hva slags informasjon styrene får og hvilke vedtak styrene fatter. Dokumentasjon på den opplæring styremedlemmer og rutiner for valg av nye styremedlemmer er gjennomgått.

### 3.2 Hovedfunn

Med bakgrunn i den gjennomførte undersøkelsene peker Riksrevisjonen på tre hovedområder hvor det er behov for å iverksette tiltak. De tre områdene omtales nedenfor.

Tabell 4 Hvilke styrer som fikk hvilken informasjon om styringssystemet i 2017

Styrer	Samlet gjennomgang av styringssystemet	Informasjon om utvalgte deler av styringssystemet			
		Beskrivelse av risikostyringsprosessen	Oppfølging av uønskede hendelser	Behandlet internerisjons-rapporter	Samlet oversikt over eksterne tilsyn
OUS					
Finnmarkssykehuset					
Helse Bergen					
Helse Stavanger					
Sykehuset Innlandet					
Nordlandssykehuset					
Sykehuset Telemark					
UNN					
A-hus					
Helse Fonna					
Sunnaas Sykehus					
Helse Førde					
St.Olavs hospital					
Sykehuset i Vestfold					
Sykehuset Østfold					
Sørlandet sykehus					
Vestre Viken					
Helgelandssykehuset					
Helse Møre og Romsdal					
Helse Nord-Trøndelag					

Figur 1. Utklipp fra Riksrevisjonens rapport

Som det fremgår av utklippet over fra tabellen i revisjonsrapporten, var styret i Oslo universitetssykehus det eneste styret som i Riksrevisjonens gjennomgang ble vurdert å ha fått informasjon om alle de utvalgte delene av styringssystemet.

#### Hovedfunn 1

Et hovedfunn for Riksrevisjonen var at de fleste styrene i helseforetakene får mye informasjon om kvalitet og pasientsikkerhet, men har ikke en praksis med å følge opp utfordringene systematisk nok. Som beskrevet over omfatter styringssystemet i Oslo universitetssykehus en systematisert oppfølging av hendelser innen og informasjon om kvalitet og pasientsikkerhet.

#### Hovedfunn 2

Et annet hovedfunn var at mange av styrene både i helseforetak og regionale helseforetak ikke godt nok ivaretar sitt ansvar for å påse at styringssystemet fungerer.

I Oslo universitetssykehus får styret en samlet gjennomgang av risikovurderingen og oppfølging av tiltak. Styret får hvert tertial en status på oppfølgingen av funn fra tilsyn og revisjoner. Det er videre lagt opp til å holde styret informert om utvalgte data fra helseforetakets risiko-, kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid.

#### Hovedfunn 3

Prosessen med styrevalg i Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene sikrer ikke godt nok at hvert styre samlet sett har riktig kompetanse. Valg av styret i foretak er en problemstilling for departement og regionale helseforetak.

### **3.3 Riksrevisjonens anbefalinger**

Riksrevisjonen anbefaler at:

*Styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene som del av sitt tilsynsansvar*

- *etterspør relevant informasjon om kvalitetsutfordringer i det enkelte foretak og om hvorvidt igangsatte tiltak gir ønsket effekt*
- *etterspør sammenligninger med andre foretak, og sørger for å lære av de beste – både i og utenfor offentlig helsesektor – for å bidra til kvalitetsforbedring*
- *påser at styringssystemet, inkludert risikostyringen, fungerer i tråd med hensikten og bidrar til kvalitetsforbedring av tjenestene*

*Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene sørger for at styremedlemmene får nødvendig opplæring i risikostyring, slik at styret har forutsetninger for å kunne vurdere om risikostyringsprosessen er egnet til å identifisere de reelle utfordringene i foretaket*

*Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene evaluerer prosessen med valg av styremedlemmer og vurderer hvilke tiltak som kan bidra til at styrene samlet sett får en kompetanse som står i forhold til utfordringene i hvert enkelt foretak*

### **4. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling**

I Riksrevisjonens hovedfunn pekes det spesielt på at styrene, som del av sitt tilsynsansvar, er ansvarlige for å påse at styringssystemet fungerer i tråd med hensikten og bidrar til kvalitetsforbedring av tjenesten. Riksrevisjonens undersøkelse viser at i

Oslo universitetssykehus blir styret forelagt en samlet gjennomgang av styringssystemet.

Å sikre kvalitet og pasientsikkerhet er sentralt i gjennomføring av virksomheten og en viktig del av styringssystemet i Oslo universitetssykehus. Oslo universitetssykehus vil fortsette utvikle styringssystemet, også innen kvalitet og pasientsikkerhet.

Helse Sør-Øst har satt i gang et arbeid med oppdatering av metodikk for risikostyring på regionalt nivå. Oslo universitetssykehus vil delta i de regionale initiativ på området og ta i bruk nye muligheter og følge opp eventuelle endringer.

Det anbefales at styret tar saken til orientering og ber om at det følges opp at styringssystemet understøtter forsvarlig kvalitet og pasientsikkerhet og en risikostyring som reflekterer utfordringene i foretaket.

## 1. Endringer siden forrige versjon

Hele dokumentet er gjennomarbeidet og endret uten at hovedprinsipper er endret. Ledelsessystem for kvalitet og pasientsikkerhet ble tidligere beskrevet som kvalitetssystemet.

## 2. Hensikt og omfang

Ledelsessystem for kvalitet og pasientsikkerhet består av en helhet av strukturer og elementer for styring av sykehusets prosesser og aktiviteter. Systemet skal sikre at sykehuset gir den enkelte pasient nødvendige helsetjenester, utfører pålagte oppgaver og når de mål som er satt. Den systematiske styringen skal ta utgangspunkt i:

- Pasienters perspektiv med hensyn til egne behov og forventninger
- Myndighetenes [krav om styringssystem](#) for faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i oppdrag og lovgivningen etterleves.
- Helse Sør-Østs oppdrag og [krav om virksomhetsstyring](#), intern styring og kontroll
- [Sykehusets egne krav](#) for å sikre alle pasienter og oppdragsgivere gode og effektive tjenester innen de rammer og ressurser som er stilt til rådighet.



Denne retningslinjen skal tydeliggjøre de krav som er satt til ledelse og systematisk styring og presentere de verktøy som er tilrettelagt i ledelsessystemet. Siden kvalitet skapes gjennom summen av alle medarbeideres innsats, handler dette ikke bare om lederens tilretteleggelse og oppfølging, men om alles engasjement og medvirkning.

## 3. Ansvar

- **Administrerende direktør** har ansvar for systematisk styring av sykehusets aktiviteter i tråd med eksterne og interne krav og at medarbeiderne medvirker til dette.
- **Viseadministrerende direktør** for Stab fag, pasientsikkerhet og samhandling er delegert systemansvar for ledelsessystemet og skal sørge for at lederne får kjennskap og tilgang til nødvendige metoder og verktøy.
- **Stabsdirektørene** har ansvar for å tilrettelegge tilstrekkelig systematisk styring og utvikling av sykehusomfattende aktiviteter.
- **Klinikklederne** har ansvar for å styre tjenestetilbudet og sørge for at linjelederne følges opp og settes i stand til å bruke fastsatte metoder og styringsverktøy.
- **Avdelingsledere og andre linjeledere** har ansvar for systematisk styring og forbedring av tjenester og aktiviteter ved bruk av fastsatte metoder og styringsverktøy.
- **Alle medarbeidere** har ansvar for å medvirke til gjennomføring og forbedring av forsvarlige og gode tjenester og å følge sykehusets systemer og krav.

## 4. Fremgangsmåte

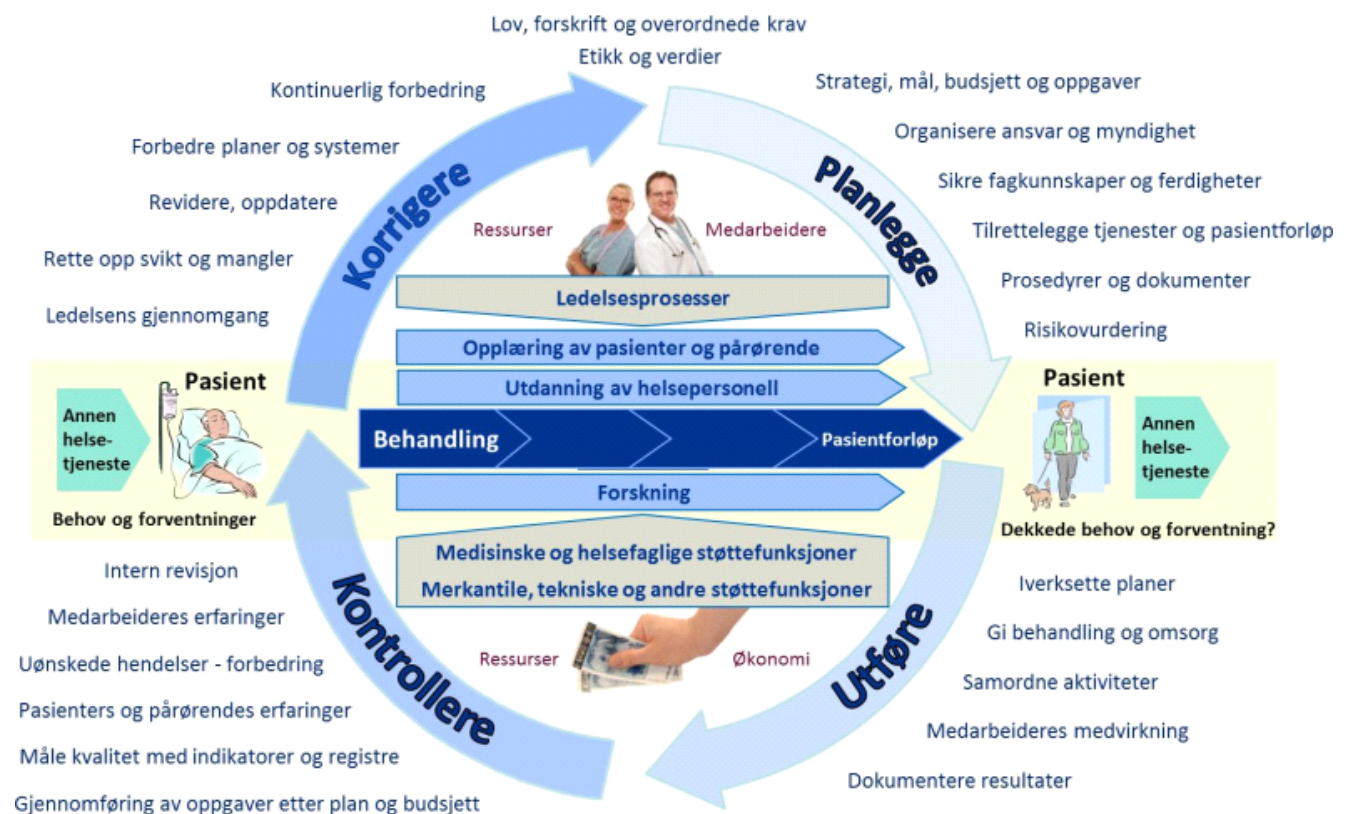
Arbeidet med kvalitet i våre tjenester bygger på sykehusets [strategi](#) og [kvalitetspolitikk](#) og overordnede føringer for kvalitetsforbedring.



### Fokus på sykehusets prosesser og pasientforløp

Kvalitet skapes gjennom alle de aktiviteter som vi utfører for å imøtekomme pasientenes behov og forventninger om nødvendig helsehjelp. Aktiviteter som hører sammen utgjør en prosess, f.eks. et pasientforløp. For å oppnå god styring må vi kjenne prosessene i sykehuset og sikre at alle aktiviteter er tilrettelagt slik at de er under kontroll og gir de resultater som er forventet. I kvalitetssirkelen nedenfor vises skjematisk pasientenes forløp, sykehusets prosesser og ledelsessystemets elementer.

Sykehusets hovedoppgaver eller kjerneprosesser (merket med blått i midten av figuren) er i følge Lov om spesialisthelsetjenesten: **Pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende**. Alle prosesser i pasientbehandlingen legges til rette i standardiserte pasientforløp som styres slik at pasienten opplever helhetlig kvalitet i behandling og omsorg. Kjerneprosessene er avhengige av tilpassede kliniske, tekniske, merkantile og andre støtteprosesser. Ledernes styring er en prosess i seg selv (både støtte- og ledelsesprosesser er merket med grått i figuren).

Alle prosesser er en verdikjede hvor en tar utgangspunkt i et behov. Gjennom styrt bruk av ressurser (mennesker, kompetanse, utstyr og penger) skaper vi verdier i form av tjenester og resultater slik at behovet blir dekket. I prinsippet er dette ganske enkelt, men virkeligheten er ofte kompleks og sammensatt. Siden man er avhengig av samarbeid og mange andre forutsetninger, vil det være varierende grad av risiko for at prosessene og aktivitetene ikke blir gjennomført som forventet. Derfor må lederne jobbe systematisk for få oversikt, organisere, planlegge, iverksette og følge opp resultater og erfaringer slik at risiko minimaliseres og at vi når våre mål.



 Klikk på stikkordene rundt sirkelen for å gå til aktuell tekst lenger ned i dokumentet.  Klikk på sirkelen foran overskriftene for å gå tilbake til figuren.

Klikk her for å vise kvalitetssirkelen i et [stort bilde](#).

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.



## Systematisk styring av prosesser og aktiviteter - kontinuerlig forbedring

Målet for styring er å tilrettelegge for kvalitet i alle prosesser og delaktiviteter og å følge opp slik at pasientene får gode tjenester og at vi sikrer kontinuerlig forbedring og læring. Dette kan vi oppnå når vi er bevisst på hva vi gjør og bruker de styringsverktøy som er tilrettelagt i ledelsessystemet. I figuren ovenfor har vi satt inn kvalitets sirkelen for å vise hvordan vi systematisk må jobbe for å oppnå kvalitet og hvilke verktøy vi kan bruke:

Planlegge ► Utføre ► Kontrollere ► Korrigere

Sirkelen er ikke bare en struktur for arbeid med prosesser og verktøy. Den bør også legges til grunn for vår tenkning slik at alle medarbeidere bidrar til kontinuerlig forbedring, - både på personlig plan og i samarbeid om sykehusets tjenester.

## Elementer og styringsverktøy i ledelsessystem for kvalitet og pasientsikkerhet

Ledelsessystemet består av de verktøy og hjelpemidler som er nødvendige for å sikre kvalitet, styring og etterlevelse av lovkrav, andre eksterne krav (bl.a. fra Helse Sør-Øst) og sykehusets egne krav:

### Lov, forskrift og overordnede krav

For å sikre pasienter god helsehjelp setter samfunnet krav til oss gjennom lovverk og føringer fra myndigheter og Helse Sør-Øst. Alle må ha kjennskap til de formelle kravene som er aktuelle for eget ansvars- og arbeidsområde. Lederne må ha god kjennskap til [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#). I eHåndboken finner du aktuelt [lov- og regelverk](#) i mappen *Eksternt - nivå 0* eller ved direkte søk i [Lovdata](#). I spesielle situasjoner kan en få hjelp av [Juridiske tjenester](#). Informasjon om nytt regelverk og tolkninger av disse distribueres internt bl.a. via nyheter på intranettet og i eHåndboken.

Sykehusets verdier og [Etiske retningslinjer](#) skal ligge til grunn for våre vurderinger og handlinger.

## 1. Planlegge

### Strategi, mål, budsjett og oppgaver

Sykehusets visjon og strategi gir retning for vårt arbeid. Ledere skal sørge for at mål, hovedoppgaver og prosesser er tydeliggjort, kommunisert og beskrevet i nødvendig omfang. Likeledes skal det fastsettes mål for forbedringsarbeidet. Dette gjøres bl.a. med systematiske driftsavtaler på alle ledernivåer. Her omhandles både aktivitet/økonomi, personal/HR og pasientsikkerhet og kvalitet. Målene må beskrives så konkret at det gir grunnlag for styring og gir mulighet for å vurdere de resultater som oppnås. For å kunne måle resultater er det nødvendig å fastsette tallmessige mål og regelmessig følge opp disse i forhold til måleparametre og indikatorer, se bl.a. [LIS](#). Driftsavtalene for ledere følges opp med egne målekort.

Aktuelle dokumenter og hjelpemidler:

- [Strategi for OUS](#) og andre dokumenter om [Oppdrag, mål og strategier](#)
- [Handlingsplan for Oslo universitetssykehus](#)
- Beskrivelser av kjerneprosesser, [pasientforløp](#) og andre prosesser
- Retningslinje for [Utarbeidelse og oppfølging av mål- og plandokument](#)
- [Budsjettprosessen](#)
- [Sykehusets årsplan for styrings- og planprosesser](#)
- Prosjektplaner, se bl.a. [Ansvars- og myndighetsforhold i forskning \(Forskningsinstruksen\)](#)

### Organisere ansvar og myndighet

En forutsetning for at prosesser og aktiviteter skal blir tilrettelagt og fulgt opp, er at alle tydelig kan se hvem som har ansvar og myndighet for hva. Derfor skal medarbeiderne ha tilgang til organisasjonskart og mulighet til å lese stillingsbeskrivelser for egen og andres stillinger i eHåndboken.

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Retningslinje Ledelsessystem for kvalitet og pasientsikkerhet		Utskriftsdato: 03.06.2019
Dokumentansvarlig:	Godkjent av: Bjørn Erikstein	Dokument-Id: 4 - Versjon: 2
		Side 3 av 8



Aktuelle dokumenter og hjelpemidler:

- Organisasjonskart ([eHåndboken/intranettet](#))
- [Fullmaktstruktur](#), [Lederansvaret i sykehus](#)
- Stillings-/funksjonsbeskrivelser, se [Omstilling - Bemanningstilpasninger - Innplassering](#) (egen mal i eHåndboken)
- Oversikt over ansatte i [Personalportalen](#) og [GAT](#)
- Oversikt over [Råd og utvalg](#) og [Prinsipper for tverrgående organer i OUS \(råd, utvalg, nettverk o.l.\)](#)

## Sikre fagkunnskaper og ferdigheter

Ledere må planlegge, gjennomføre og evaluere kompetansearbeidet slik at sykehuset, enheter og den enkelte medarbeider har de nødvendige kunnskaper og ferdigheter i forhold til dagens og fremtidens mål og oppgaver. Dersom leder mener at det er enkelte prosedyrer eller andre dokumenter i eHåndboken som medarbeiderne må lese, kan disse settes opp i en [leseliste](#). Medarbeiderne må i tillegg aktivt søke kunnskap og ta delansvar for egen læring.

Aktuelle dokumenter og hjelpemidler:

- [Ledelse - overordnede føringer for utvikling og planlegging av kompetanse](#)
- [Utviklingssamtalen: Samtale med medarbeider](#)
- Stillings-/funksjonsbeskrivelser, se [Omstilling - Bemanningstilpasninger - Innplassering](#) (egen mal i eHåndboken)
- [Læringsportalen - Kurskatalog](#)
- [Utdanning, kurs- og kompetanseutvikling \(intranettet\)](#), [Leankurs](#)
- [MTU - opplæring og sertifisering av personell](#)
- [Forskning](#), se også [Forskningsavdelingen](#)
- Skjema for [Opplæringsregister - generelt](#)
- Dossier kompetansestyringsverktøy (under innføring i enkelte enheter)

## Tilrettelegge tjenester og pasientforløp

Tjenestene må bygge på den beste kunnskapen og være tilrettelagt slik at medarbeiderne kan arbeide effektivt med oppgavene. Derfor må lederne utvikle og iverksette nødvendige rutiner eller tiltak for å sikre faglig forsvarlighet og systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Dette kan oppnås gjennom målrettet samarbeid slik at man skaper engasjement og involvering av medarbeiderne. Det må sikres helhetlige pasientforløp og god samhandling mellom alle aktuelle funksjoner og enheter.

Aktuelle dokumenter og hjelpemidler:

- [Pakkeforløp \(intranettet\)](#)
- [Veilederhefte for pasientforløp](#), se også intranettsiden for [pasientforløp](#)
- [Brukerveiledning - Hvordan beskrive pasientforløp og andre prosesser i eHåndboken?](#)
- [Handlingsplan for pasientsikkerhet i OUS 2017-2018](#)
- [Kontinuerlig forbedringsarbeid - LEAN, metoder og verktøy \(intranettet\)](#)
- [Systematisk HMS-arbeid](#) og [HMS-handlingsplan](#)

## Prosedyrer og dokumenter

Når tjenestene tilrettelegges, må de beskrives i nødvendig omfang i prosedyrer, retningslinjer, instruksjoner og andre dokumenter. Alle slike styrende dokumenter skal være samordnet og tilgjengelige i eHåndboken. Dokumentene kan leses på PC, mobilapp eller nettbrett. Lederne er ansvarlige for at dokumenter utarbeides, godkjennes og revideres. Med støtte fra utpekte [eHåndboksadministratorer](#) må de sørge for at oppgaver fordeles og at arbeidet følges opp og styres. Alle medarbeidere er forpliktet til å holde seg kjent med aktuelle prosedyrer og dokumenter og å følge de kravene som er gitt.

Aktuelle dokumenter og hjelpemidler:

- [Utarbeidelse, bruk og styring av dokumentasjon](#)
- [Prosedyre - Faglige prosedyrer og retningslinjer - utarbeidelse og koordinering](#)
- [Veiledninger](#) og annen informasjon på [eHåndbokens startside](#).
- [Styring av eHåndboksdokumenter på internett og app](#)

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Retningslinje Ledelsessystem for kvalitet og pasientsikkerhet		Utskriftsdato: 03.06.2019
Dokumentansvarlig:	Godkjent av: Bjørn Erikstein	Dokument-Id: 4 - Versjon: 2
		Side 4 av 8

- [eHåndboken - oversikt over aktivitet og oppfølging av dokumenter](#)

## Risikovurderinger

For å sikre at risiko for svikt og mangler avdekkes, skal leder sørge for å gjøre risikovurderinger når det er nødvendig. Avdekket risiko for uønskede hendelser skal reduseres med konkrete tiltak som gjennomføres og følges opp.

Aktuelle dokumenter og hjelpemidler:

- [Retningslinje - Risikovurdering og -styring](#) og [Risikovurderingsskjema](#)
- [HMS-runde](#)
- Rapporter over registrerte [avvikshendelser](#)
- Sjekkliste for spesielle områder, f.eks. [Sjekkliste for ledelse og internkontroll](#)
- [Oversikt over klagesaker](#)

## 2. Utføre

### Iverksette planer - Gi behandling og omsorg

Leder skal sørge for gjennomføring av daglig drift og at praksis er i tråd med planer og fastsatte rutiner. Leder må følge opp, observere og være kjent med hvordan aktiviteter utføres i praksis (daglig tilstedeværelse eller regelmessig kontakt). Det må gis tilstrekkelig veiledning, støtte og oppfølging i det daglige praktiske arbeidet, - særlig i forhold til nye og uerfarne medarbeidere.

Aktuelle dokumenter og hjelpemidler:

- [Tavlemøter for daglig styring \(puls møter\)](#)
- Utføre arbeidet i tråd med fastsatte rutiner, overordnede og lokale prosedyrer og retningslinjer i [eHåndboken](#).
- [Opplæring av pasienter og pårørende](#), se også [Pasient- og pårørendeopplæring](#)
- [Nyansattprogrammet ved OUS Ny@ous](#)
- [Systematisk HMS-arbeid](#) og [Gjennomføring av gode endringsprosesser](#)

### Samordne aktiviteter - Medarbeidernes medvirkning

Siden sykehustjenestene er avhengige av et tett samspill mellom medarbeidere i mange faggrupper og enheter, må ledere kjenne prosessene, ha fokus på helhet og sikre samordning og nødvendig kommunikasjon. Medarbeiderne skal stimuleres til engasjement og en tilstrekkelig balanse mellom selvstendighet og samarbeid med andre. Alle må gis mulighet til medvirkning slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes.

Aktuelle dokumenter og hjelpemidler:

- [Utviklingssamtalen](#)
- [12 prinsipper for medvirkning i omstilling - Helse Sør-Øst](#)
- [Individuell tilrettelegging av arbeidet](#)

### Dokumenter resultater

Resultater og gjennomføring av arbeidet skal nedtegnes skriftlig i nødvendig omgang. Dette er hensiktsmessig for å sikre at pasientbehandling og andre tjenester videreføres med bakgrunn i konkrete data om tidligere hendelsesforløp og målinger. Nåværende og fremtidige samarbeidspartnere vil også være avhengig av nedtegnelser om hva som er gjort. På noen områder har myndighetene satt formelle dokumentasjonskrav som må overholdes. For å sikre systematisk ledelse og kvalitetsforbedring er det også nødvendig med dokumentasjon og registreringer slik at man kan kontrollere og sammenholde planer og faktiske resultater.

Aktuelle dokumenter og hjelpemidler:

- Dokumentere helsehjelp og registreringer i DIPS og andre fagsystemer, se [Pasientjournal - EPJ](#).

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Retningslinje Ledelsessystem for kvalitet og pasientsikkerhet		Utskriftsdato: 03.06.2019
Dokumentansvarlig:	Godkjent av: Bjørn Erikstein	Dokument-Id: 4 - Versjon: 2
		Side 5 av 8

### 3. Kontrollere

#### Gjennomføring av oppgaver etter plan og budsjett

Ledere er ansvarlig for oppfølging og tilstrekkelig kontroll innen eget ansvarsområde. Det fins en rekke registreringer og data som kan benyttes ved oppfølgingen. De som er ansvarlige for prosesser må vurdere om det må iverksettes egne systematiske kontrollhandlinger for å ivareta oversikt og nødvendig styring. Gjennom en regelmessig dialog med leder på underliggende nivå skal overordnet leder kontrollere og evt. støtte slik at systemer følges opp og lovpålagt styring ivaretas. Her brukes målekort som viser hvor man er i forhold til måloppnåelse i lederavtaler.

Aktuelle dokumenter og hjelpemidler:

- Kontrollere registreringer som er gjort i ulike systemer f.eks. [LIS](#) og DIPS; ventetider, aktivitet, belegg, produktivitet, epikrisetid, m.m.
- [Ajourhold av venteliste i OUS](#)
- [Kontrollhandlinger i økonomiforvaltningen](#)
- [Roller og ansvar i forbindelse med periodeslutt og rapportering](#)
- [Sjekkliste for ledelse og internkontroll](#) benyttes for å sjekke egen etterlevelse av krav om systematisk styring og internkontroll
- Kontroll av handlingsplaner mot årsrapporter fra klinikker og avdelinger eller aktuelle råd og utvalg

#### Måle kvalitet med indikatorer og registre

En forutsetning for systematisk kvalitetsarbeid er at det fastsettes målbare mål og at resultatene følges opp. Når man ikke måle noe direkte, må det fastsettes indikatorer som indirekte kan gi et forenklet og målbart uttrykk. I retningslinjen [Utarbeidelse og oppfølging av mål- og plandokument](#) er det satt krav om at alle mål skal følges opp med indikatorer. [Handlingsplan for Oslo universitetssykehus 2017](#) setter krav om at "Sykehuset utnytter kvalitetsregistre og indikatorer i forbedring av tjenester".

Aktuelle dokumenter og hjelpemidler:

- [Nasjonale kvalitetsindikatorer - helsenorge.no](#)
- [Budsjettering av bemanning - indikatorbruk](#)
- [Forskningsstrategi 2016-2020](#) skal styrke forskning basert på bruk av medisinske kvalitetsregistre
- [Oversikt over kvalitetsregistre - Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre](#)

#### Pasienters og pårørendes erfaringer

Vi skal ta utgangspunkt i pasientens perspektiv, og derfor må vi lytte til pasienter, pårørende og andre brukere og bl.a. gjøre bruk av deres erfaringer i forbedringsarbeidet. Dette kan både gjøres i den daglige dialogen og i den tilrettelagte brukerundersøkelsen.

Aktuelle dokumenter og hjelpemidler:

- Dialog med pasienter og brukere i det daglige arbeidet, [Pasientmedvirkning på individnivå](#)
- Tilbakemeldinger og klager, [Klagesaksbehandling](#)
- Brukermedvirkning i diverse grupper m.m., [Mandat Brukerutvalget](#) og [Klinikkvise brukerråd](#) og [Barn som pårørende](#)
- [Brukerundersøkelser \(intranettet\)](#), [Sykehusets brukerundersøkelse i Achilles](#), se også [nasjonale undersøkelser \(PasOpp\)](#)
- [Pasientsikkerhetsråd i klinikkene](#) og [Sentralt kvalitetsutvalg](#)
- Lærings- og mestringsaktiviteter, se [Forum for pasient- og pårørendeopplæring, mandat](#)

#### Uønskede hendelser - forbedringer

Alle medarbeidere har ansvar for å registrere uønskede hendelser uansett om dette gjelder pasienter, ansatte eller andre forhold i tilknytning til arbeidet. Lederne skal følge opp de enkelte avviksmeldinger med konkrete forbedringstiltak. Et særlig ansvar har vi for å ivareta pasientsikkerheten dvs. vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser.

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Retningslinje Ledelsessystem for kvalitet og pasientsikkerhet	Utskriftsdato: 03.06.2019
Dokumentansvarlig: Godkjent av: Bjørn Erikstein	Dokument-Id: 4 - Versjon: 2 Side 6 av 8

Aktuelle dokumenter og hjelpemidler:

- [Uønskede hendelser, risikoforhold og forbedringsforslag i Achilles](#)
- [Achilles](#)
- [Meldeplakaten](#)
- [Det grønne korset - pasientsikkerhet hver dag](#)
- [Pasientsikkerhetsråd i klinikkene](#)
- [Pasientsikkerhetsprogrammet \(intranettet\)](#) og [Handlingsplan for pasientsikkerhet i OUS 2017-2018](#)

### Medarbeideres erfaringer

Det er medarbeiderne som kjenner hverdagens problemer og utfordringer best. Ofte er det de som kan gi de beste innspill og forslag til forbedringer. Derfor bør lederne legge forholdene til rette og sørge for at medarbeiderne motiveres for å medvirke og ta del i forbedringsarbeidet. Dette kan gjøre på ulike måter f.eks. ved etablering av forbedringsgrupper, medarbeidersamtaler, tavlemøter, forslagskasser, samt gjennom arbeid med uønskede hendelser og oppfølgingen av disse. Tilstrekkelig kunnskap i forbedringsarbeid og pasientsikkerhet er en forutsetning for medarbeidernes medvirkning og engasjement.

Aktuelle dokumenter og hjelpemidler:

- [Tavlemøter for kontinuerlig forbedring \(forbedringstavler\)](#)
- [ForBedring - samordnet pasientsikkerhetskultur- og medarbeiderundersøkelse](#)
- [Utviklingssamtalen: Samtale med medarbeider](#) og ... [med leder](#)
- [Seniorpolitikk](#)
- [Pasientsikkerhetsvisitt i OUS](#)

### Interne revisjoner

For å vurdere om praksis er i overensstemmelse med fastsatte krav kan en gjennomføre en intern revisjon på klinikknivå eller sykehusnivå (eller konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst). Evt. avvik kan brukes til forbedring av praksis eller justering av krav og system.

Aktuelle dokumenter og hjelpemidler:

- [Prosedyre - Interne revisjoner](#), se også siden om [interne revisjoner](#).
- [Oppfølging av konsernrevisjoner ved Oslo universitetssykehus](#)

## 4. Korrigere

### Ledelsens gjennomgang

Alle ledere skal regelmessig gjennomgå egne systematiske tiltak og gjøre forbedringer slik at en gir tjenester og oppnår resultater i samsvar med krav og forventninger. Det er tilrettelagt et eget opplegg for tertialvis ledelsens gjennomgang av klinikkene. I henhold til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten skal ledelsen *minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.*

Aktuelle dokumenter og hjelpemidler:

- [Ledelsens gjennomgang](#), gjennomgang av de systematiske tiltakene som er etablert.

### Rette opp svikt og mangler - Revidere, oppdatere - Forbedre planer og systemer - Kontinuerlig forbedring

I tillegg til sykehusets egne systemer for kontroll og revisjon, vil også *tilsynsmyndigheter* gjennomføre eksterne tilsyn og gi innspill og pålegg om forbedringer. Slike pålegg skal gjennomføres innen fastsatt frist.

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Retningslinje Ledelsessystem for kvalitet og pasientsikkerhet		Utskriftsdato: 03.06.2019
Dokumentansvarlig:	Godkjent av: Bjørn Erikstein	Dokument-Id: 4 - Versjon: 2
		Side 7 av 8

Når vi gjennom erfaring, tilbakemeldinger og kontrollsystemer ser at vi har noe å lære og at vi kan gjøre praksis enda bedre, må vi sikre at de nødvendige forbedringstiltak faktisk blir satt ut i livet. Kanskje bør utførelse av arbeidet bli bedre, eller kanskje er det planer og systemer som må forbedres. Lederne må sørge for at tiltak blir formulert som konkrete oppgaver, at ansvar blir fordelt til personer og at frister blir satt. Mange små skritt kan ofte være bedre enn store skippertak. Når læring og fortløpende korrigerende blir en vane har vi innarbeidet kontinuerlig forbedring.

Aktuelle dokumenter og hjelpemidler:

- Systematisk oppfølging av forbedringsoppgaver
- [Handlingsplan - oppfølging](#)
- [Kontinuerlig forbedringsarbeid - LEAN, metoder og verktøy \(intranettet\)](#)
- Revidering av prosedyrer og andre eHåndboksdokumenter (se [Utarbeidelse, bruk og styring av dokumentasjon](#))
- [Prosedyre for eksterne tilsyn](#), følge opp [eksterne tilsyn](#) og rette avvik eller andre brudd på lov- og regelverk. Se også [oversikt over tilsyn i Achilles](#).

## 5. Definisjoner

Se dokumentet [Begreper - definisjoner innen ledelse og kvalitetsstyring](#)

### Andre eHåndboksdokumenter

-  [Sjekkliste for ledelse og internkontroll](#)
-  [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)
-  [Internkontroll - oversikt over lover og forskrifter](#)
-  [Strategi 2019 - 2022 - Oslo universitetssykehus HF](#)
-  [Kvalitetspolitikk](#)
-  [Ledelse - overordnede føringer for utvikling og planlegging av kompetanse](#)
-  [Spesialisthelsetjenesteloven](#)
-  [Helsepersonelloven med kommentarer - IS-8/2012](#)
-  [Helsetilsynsloven](#)
-  [Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Retningslinje Ledelsessystem for kvalitet og pasientsikkerhet		Utskriftsdato: 03.06.2019
Dokumentansvarlig:	Godkjent av: Bjørn Erikstein	Dokument-Id: 4 - Versjon: 2
		Side 8 av 8

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 14. juni 2019

Saksbehandler: Fagdirektør

Vedlegg: Forslag til ny instruks for Krefregisterets enhetsstyre  
Dagens instruks for Krefregisterets enhetsstyre

---

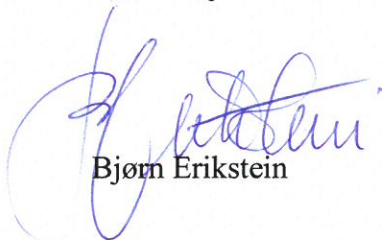
### SAK 44/2019 INSTRUKS FOR ENHETSSTYRET I KREFTREGISTERET

#### Forslag til vedtak:

*Styret vedtar den fremlagte instruks for Krefregisterets enhetsstyre.*

*Styret ber om at valg av medlemmene til Krefregisterets enhetsstyre fremmes som sak styremøte over sommeren 2019.*

Oslo, den 7. juni 2019



Bjørn Erikstein

Med helseforetaksreformen ble Kreftregisteret en del av helseforetaket Det norske radiumhospital i 2002. I den forbindelse ble det lagt opp til at Kreftregisteret skal være en egen enhet i helseforetaket, ha eget styre, eget budsjettkapittel på statsbudsjettet og inneha sentrale, nasjonale oppgaver innen kreftregistrering, forskning, rådgivning og informasjonsformidling. Kreftregisteret er i dag en enhet i Oslo universitetssykehus HF, lokalisert i OCCI-bygget ved Radiumhospitalet og finansiert over kapittel 732 post 70 på statsbudsjettet.

Styringsordningen i et helseforetak er fastlagt i loven og for å være forenelig med det er myndighet og oppgavene til enhetsstyret i Kreftregisteret regulert i en egen instruks. Dagens instruks er ikke helt entydig på enhetsstyrets rolle og ansvar, noe som kan gi uklarhet om oppgavefordeling og styring. Enhetsstyret i Kreftregisteret har tatt opp spørsmålet om hvilket ansvar det har for virksomheten i Kreftregisteret, for eksempel i forbindelse med den nye personvernforordningen.

På denne bakgrunn er det i samråd med enhetsstyret i Kreftregisteret laget forslag til en ny instruks med en klarere oppgave- og ansvarsfordeling. I den nye instruks fremgår det at enhetsstyret settes sammen og fungerer som i dag, med representanter fra alle helseregionene, og at det fortsatt har som oppgave å etterse registerets faglighet og at det har og ivaretar sine nasjonale oppgaver. Det er imidlertid gjort klart at enhetsstyret bare har en rådgivende funksjon og tilsynsfunksjon. Ansvaret for utøvelsen av virksomheten i Kreftregisteret vil nå tydelig falle inn i den ordinære lederlinjen i helseforetaket. Enhetsstyret vil gjøre vedtak i form av råd til direktøren i Kreftregisteret. Dersom enhetsstyret finner grunn til det, kan det ta saker opp med administrerende direktør i Oslo universitetssykehus.

Med den nye instruks fremgår det klart at direktøren i Kreftregisteret rapporterer til administrerende direktør i helseforetaket. Det er ikke enhetsstyret i registeret som utøver arbeidsgiveransvaret for direktøren i Kreftregisteret, men enhetsstyret vil ha en rådgivende funksjon også her ved at det skal konsulteres ved ansettelse osv.

Når enhetsstyret i Kreftregisteret gis en klar rådgivende funksjon og tilsynsfunksjon utenfor Oslo universitetssykehus' lederlinje, vil enhetsstyret fremstå som mer uavhengig i utøvelsen av sin oppgave med å etterse at registeret har og ivaretar sine nasjonale oppgaver. Som et nasjonalt fagråd for registeret vil enhetsstyret fremover kunne ha en leder som ikke er ansatt i Oslo universitetssykehus.

Klargjøringen av ansvarsforhold og roller som er gjort i den nye instruks er forelagt de regionale helseforetakene som støtter endringer i instruks.

Dagens enhetsstyre i Kreftregisteret er valgt for en periode fram til utgangen av 2019. Dersom styret i Oslo universitetssykehus følger forslaget om å vedta ny instruks for enhetsstyret i Kreftregisteret, anbefales det i oppfølgingen av det at enhetsstyret ber om å bli forelagt en sak om valg av nytt enhetsstyre i registeret etter sommeren 2019.

## **Instruks for Kreftregisterets enhetsstyre**

Godkjent av styret i Oslo universitetssykehus HF den 14. juni 2019.

### **§ 1 – Kreftregisterets formål og organisering**

Kreftregisteret, Institutt for populasjonsbasert kreftforskning, har som overordnet mål å etablere viten og spre kunnskap som bidrar til å redusere kreftsykdom. Kreftregisterets hovedmål er registrering, forskning, rådgivning og informasjon, jf. Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Kreftregisteret, datert 21. desember 2007 nr. 1477 (Kreftregisterforskriften).

Kreftregisterforskriften § 1-3 angir Kreftregisterets formål:

1. Registrering: Innsamle og innenfor forskriftens rammer behandle data om krefttilfeller og kreftundersøkelser i Norge for å kartlegge kreftsykdommers utbredelse i landet og belyse endringer over tid.
2. Forskning: Drive, fremme og gi grunnlag for forskning for å utvikle ny viten om kreftsykdommens årsaker, diagnose, naturlige forløp og behandlingseffekter for å fremme og utvikle kvaliteten på forebyggende tiltak og helsehjelp som tilbys eller ytes mot kreftsykdom, herunder følge opp enkeltpasienter og pasientgrupper.
3. Rådgivning og informasjon: Gi råd og veiledning om helsehjelp mot kreftsykdommer, og gi råd og informasjon til øvrig forvaltning og befolkningen om tiltak som kan forebygge utvikling av kreftsykdom.

Kreftregisteret er per 1. januar 2009 en organisatorisk enhet i Oslo Universitetssykehus HF (heretter "helseforetaket"). Kreftregisteret er landsomfattende, og vil, i henhold til forskriften, samarbeide med helsetjenesten i hele landet. Kreftregisteret har som nasjonal institusjon, sin egen identitet, og utøver sin virksomhet under navnet «Kreftregisteret». Kreftregisterets direktør rapporterer til administrerende direktør ved helseforetaket. Kreftregisteret har eget enhetsstyre.

Organiseringen av Kreftregisteret med et rådgivende enhetsstyre medfører ikke avvik fra de lovbestemmelsene som gjelder for helseforetak, og skal være i overensstemmelse med de retningslinjer og beslutninger som er vedtatt i helseforetakets besluttende organer. Kreftregisterets virksomhet har krav til forsvarlig og effektiv drift, og skal utarbeide årsrapport og årsregnskap for virksomheten.

### **§ 2 – Enhetsstyrets myndighet og sammensetning**

Enhetsstyret er et uavhengig rådgivende organ med rettlednings-, tilsyns- og kontrolloppgave for Kreftregisterets virksomhet. Enhetsstyret oppnevnes av styret i helseforetaket. Enhetsstyret kan oversende saker som antas å være av vesentlig eller prinsipiell betydning, til administrerende direktør ved helseforetaket. Administrerende direktør ved helseforetaket avgjør om saken er av en slik karakter, at den skal legges frem for styret i helseforetaket.



Enhetsstyrets funksjon medfører ingen begrensninger i innsynsretten for administrerende direktør ved helseforetaket.

Enhetsstyret skal bestå av 9 til 11 medlemmer. Alle de regionale helseforetakene skal være representert i enhetsstyret. I tillegg kan det oppnevnes medlemmer fra Norge, andre nordiske land eller Europa for øvrig, med særlig fagkunnskap på Krefregisterets områder.

Medlemmene i styret bør representere sentrale fagområder i Krefregisterets virksomhet, som epidemiologi, screening, patologi og kreftkirurgi/onkologi. Kompetanse innen statistikk, informasjonsteknologi og juss er også ønskelig. To av styrets medlemmer med varamedlemmer velges av og blant de ansatte som utfører oppgaver for, og har sitt daglige virke ved Krefregisteret. Blant enhetsstyrets medlemmer oppnevnes leder av enhetsstyret, samt nestleder som fungerer i enhetsstyrets leders fravær. Enhetsstyrets medlemmer, leder og nestleder oppnevnes av styret i helseforetaket.

Enhetsstyret skal holde seg orientert om Krefregisterets økonomiske stilling, og påse at dets virksomhet er forsvarlig ivaretatt. Spesielt skal enhetsstyret påse at Krefregisteret ivaretar sine nasjonale oppgaver på en måte som kommer alle helseregionene til gode. Medlemmer av enhetsstyret tjenestegjør i to år. Medlemmene kan gjenvelges for en ny periode på to år, og deretter en ny periode på to år. Samlet tjenestetid kan ikke overskride seks år.

### **§ 3 – Styremedlemmers inhabilitet og taushetsplikt**

Medlemmer av enhetsstyret som er valgt av og blant de ansatte, deltar ikke i behandling av saker som gjelder arbeidsgivers forberedelse til forhandlinger med arbeidstakere, arbeidskonflikter, rettsstvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler. For øvrig kommer de alminnelige regler som gjelder for styremedlemmer generelt, til anvendelse, herunder regler om habilitet, konfidensialitet og taushetsplikt. Det enkelte styremedlem har selv ansvar for å sette seg inn i eksisterende regelverk på området.

### **§ 4 Enhetsstyrets ansvar og oppgaver**

Enhetsstyret skal gi råd og føre tilsyn med at Krefregisterets virksomhet ivaretar sitt nasjonale formål innen kreftrregistrering, forskning, rådgivning og informasjonsformidling. Herunder skal enhetsstyret påse at Krefregisterets virksomhet har en forsvarlig organisering. Enhetsstyret skal holde seg orientert om Krefregisterets økonomiske stilling og behandle planer og budsjetter for virksomheten, og påse at disse er i samsvar med overordnede planer og budsjetter som gjelder for helseforetaket. Videre skal enhetsstyret forelegges alle saker som antas å være av vesentlig eller prinsipiell betydning, og det skal behandle årsrapporter og årsregnskap som utarbeides for Krefregisterets virksomhet.

Enhetsstyret gir sine råd og vurderinger til Krefregisterets direktør. Enhetsstyret kan informere administrerende direktør i helseforetaket direkte dersom det finner grunn til det. Enhetsstyret skal ikke ta del i den daglige ledelses løpende arbeid og beslutninger, men skal holdes orientert om saker av betydning.

Møter i enhetsstyret skal være åpne, og skal avholdes så ofte det er behov. Det skal føres offentlig protokoll over møtene.

Som enhetsstyrets vedtak gjelder det som flertallet av de møtende medlemmene har stemt for. Enhetsstyret er beslutningsdyktig når minst halvparten av medlemmene er til stede. Ved stemmelikhet er møteleders stemme avgjørende.

### **§ 5 – Ansvarsfordeling mellom enhetsstyret og direktøren**

Enhetsstyret skal konsulteres ved tilsetting og oppsigelse av Kreftregisterets direktør.

Kreftregisterets direktør har ansvaret for den daglige ledelsen av Kreftregisteret, og representerer Kreftregisteret utad.

Kreftregisterets direktør forbereder saker som skal behandles i enhetsstyret i samråd med enhetsstyrets leder. Direktøren møter i enhetsstyrets møter.

Kreftregisterets direktør skal hver tredje måned muntlig i møte, eller skriftlig, gi enhetsstyret underretning om Kreftregisterets virksomhet, økonomiske stilling og resultatutvikling.

# Instruks for Kreftregisterets enhetsstyre

Godkjent av styret i Oslo universitetssykehus HF den 30.9.2010.

## § 1 – Kreftregisterets formål og organisering

Kreftregisteret, Institutt for populasjonsbasert kreftforskning, har som overordnet mål å etablere viten og spre kunnskap som bidrar til å redusere kreftsykdom. Kreftregisterets hovedmål er registrering, forskning, rådgivning og informasjon, jf. Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Kreftregisteret, datert 21. desember 2007 nr. 1477 (Kreftregisterforskriften).

Kreftregisterforskriften § 1-3 angir Kreftregisterets formål:

1. Registrering: Innsamle og innenfor forskriftens rammer behandle data om krefttilfeller og kreftundersøkelser i Norge for å kartlegge kreftsykdommers utbredelse i landet og belyse endringer over tid.
2. Forskning: Drive, fremme og gi grunnlag for forskning for å utvikle ny viten om kreftsykdommens årsaker, diagnose, naturlige forløp og behandlingseffekter for å fremme og utvikle kvaliteten på forebyggende tiltak og helsehjelp som tilbys eller ytes mot kreftsykdom, herunder følge opp enkeltpasienter og pasientgrupper.
3. Rådgivning og informasjon: Gi råd og veiledning om helsehjelp mot kreftsykdommer, og gi råd og informasjon til øvrig forvaltning og befolkningen om tiltak som kan forebygge utvikling av kreftsykdom.

Kreftregisteret er per 1. januar 2009 en enhet i Oslo Universitetssykehus HF (heretter "helseforetaket"), men Kreftregisteret er landsdekkende og vil i henhold til forskriften, samarbeide med helsetjenesten i hele landet. Kreftregisteret har eget enhetsstyre.

Organiseringen av Kreftregisteret med eget enhetsstyre medfører ikke avvik fra de lovbestemmelsene som gjelder for helseforetak, og skal være i overensstemmelse med de retningslinjer og beslutninger som er vedtatt i helseforetakets besluttede organer forøvrig. Kreftregisterets virksomhet har krav til forsvarlig og effektiv drift, og skal utarbeide årsrapport og årsregnskap for virksomheten.

## § 2 – Enhetsstyrets myndighet og sammensetning

Enhetsstyret er underlagt helseforetakets instruksjonsmyndighet. Enhetsstyret oppnevnes av styret i helseforetaket. Enhetsstyret rapporterer til administrerende direktør ved helseforetaket, og skal oversende alle saker som antas å være av vesentlig eller prinsipiell betydning til denne. Administrerende direktør ved helseforetaket avgjør om saken er av en slik karakter at den skal legges frem for styret i helseforetaket. Rapporteringsplikten til enhetsstyret medfører ingen begrensinger i innsynsretten for administrerende direktør ved helseforetaket.

Enhetsstyrets leder skal være administrerende direktør i helseforetaket eller den administrerende direktør utpeker. Enhetsstyret skal bestå av ni medlemmer. Foruten

enhetsstyrets leder, skal det oppnevnes seks eksterne medlemmer, hvorav alle helseregionene skal være representert, samt to medlemmer med varamedlemmer som velges av og blant de ansatte som utfører oppgaver for og har sitt daglige virke ved Kreftregisteret. Blant enhetsstyrets medlemmer oppnevnes en nestleder som fungerer i enhetsstyreleders fravær.

Enhetsstyret skal holde seg orientert om Kreftregisterets økonomiske stilling, og plikter å påse at dets virksomhet er forsvarlig ivaretatt. Enhetsstyret skal føre tilsyn med daglig leder, og kan fastsette instruks for denne.

Medlemmer av enhetsstyret tjenestegjør i to år. Medlemmene kan gjenvelges for en ny periode på to år, og deretter en ny periode på to år. Samlet tjenestetid kan ikke overskride seks år.

### **§ 3 – Styremedlemmers inhabilitet og taushetsplikt**

Medlemmer av enhetsstyret som er valgt av og blant de ansatte, deltar ikke i behandling av saker som gjelder arbeidsgivers forberedelse til forhandlinger med arbeidstakere, arbeidskonflikter, rettsstvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler. For øvrig kommer de alminnelige regler som gjelder for styremedlemmer generelt til anvendelse, herunder regler om habilitet, konfidensialitet og taushetsplikt. Det enkelte styremedlem har selv ansvar for å sette seg inn i eksisterende regelverk på området.

### **§ 4 Enhetsstyrets ansvar og oppgaver**

Enhetsstyret skal sørge for forsvarlig organisering av Kreftregisterets virksomhet. Enhetsstyret skal godkjenne planer og budsjetter for virksomheten, og påse at disse er i samsvar med overordnede planer og budsjetter som gjelder for helseforetaket. Videre skal enhetsstyret forelegges alle saker som antas å være av vesentlig eller prinsipiell betydning, og det skal godkjenne årsrapporter og årsregnskap som utarbeides for Kreftregisterets virksomhet.

Enhetsstyret skal holde seg orientert om Kreftregisterets økonomiske stilling, og plikter å påse at dets virksomheter forsvarlig ivaretatt. Enhetsstyret skal ikke ta del i den daglige ledelses løpende arbeid og beslutninger, men skal holdes orientert om saker av betydning.

Møter i enhetsstyret skal være åpne, og skal avholdes så ofte det er behov. Det skal føres offentlig protokoll over styremøtene.

Enhetsstyret er beslutningsdyktig når minst halvparten av medlemmene er til stede. Ved stemmelikhet har enhetsstyrets leder dobbeltstemme.

### **§ 5 – Ansvarsfordeling mellom enhetsstyret og direktøren**

Enhetsstyret tilsetter Kreftregisterets direktør, og fastsetter dennes lønn. Enhetsstyret treffer vedtak om å si opp eller avskjedige direktøren.

Direktøren har ansvaret for den daglige ledelsen av Kreftregisteret, og representerer Kreftregisteret utad. Direktøren skal følge de retningslinjer, fullmakter og pålegg som enhetsstyret og besluttede organer i helseforetaket har gitt.

Direktøren forbereder saker som skal behandles i enhetsstyret i samråd med enhetsstyrets leder. Direktøren møter i Kreftregisterets enhetsstyrets møter.

Direktøren skal hver tredje måned muntlig i møte, eller skriftlig, gi enhetsstyret underretning om Kreftregisterets virksomhet, økonomiske stilling og resultatutvikling.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 14. juni 2019

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

---

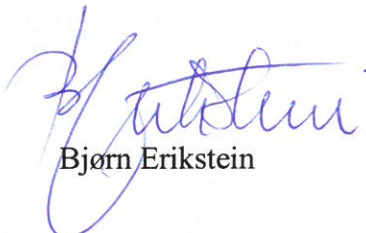
### SAK 45/2019 STYREMØTER I 2020

#### Forslag til vedtak:

*Styret vedtar følgende møteplan for 2020:*

<i>Torsdag 27. februar 2020</i>	<i>Styremøte</i>	<i>10-16</i>
<i>Fredag 27. mars 2020</i>	<i>Styremøte</i>	<i>10-16</i>
<i>Torsdag 30. april 2020</i>	<i>Styremøte</i>	<i>10-16</i>
<i>Torsdag 25. juni 2020</i>	<i>Styremøte</i>	<i>10-16</i>
<i>Torsdag 24. september 2020</i>	<i>Styremøte</i>	<i>10-16</i>
<i>Onsdag 28. oktober 2020</i>	<i>Styremøte</i>	<i>10-16</i>
	<i>Styreseminar</i>	<i>16-20</i>
<i>Fredag 18. desember 2020</i>	<i>Styremøte</i>	<i>10-16</i>
<i>Reservetider:</i>		
<i>Onsdag 27. mai 2020</i>	<i>Styremøte</i>	<i>10-16</i>
<i>Fredag 27. november 2020</i>	<i>Styremøte</i>	<i>10-16</i>

Oslo, den 7. juni 2019



Bjørn Erikstein

Forslag til møteplan for 2020 tar utgangspunkt i at styret har syv møter i året. I tillegg foreslås det at det reserveres to møtetidspunkter som kan brukes om det er behov.

Styrets møter bør legges slik at styret kan behandle saker til rett tid og raskt etter at behandlingsgrunnlaget er på plass. Dette gjelder for eksempel årlig melding og årets oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF i februar, årsoppgjør i mars, budsjett i desember etc.

Det er en målsetning at styret får oppdaterte og kommenterte resultater fra virksomheten til sine møter. For å oppnå dette, uten ettersendelser, bør styremøtene legges til slutten av måneden i perioden fra den 25. til den 31. En ytterligere fordel ved at styret behandler resultatene fra virksomheten raskt og før månedsskifte er at det gir bedre sammenheng med oppfølgingen av virksomheten i Oslo universitetssykehus HF fra Helse Sør-Øst RHF og Helse- og omsorgsdepartementet.

Dersom styremøtene legges til slutten av uken vil det gi mulighet for å fremlegge viktige saker i foretakets ledermøter før utsendelse.

Klokketid for oppstart og slutt for møtene vil som hovedregel være innenfor 10.00 til 16.00 med mindre annet framgår av innkallingen.

I styrets arbeid skal det gjøres plass til seminar hvor styret mer uformelt kan drøfte utvalgte tema. Styret skal også ha anledning til å gjennomføre egenvurdering av styrearbeidet.

Det foreslås følgende tidspunkter for møtene i 2020:

<b>Dato</b>	<b>Samling</b>	<b>Tidspunkt</b>	<b>Saker</b>
Torsdag 27. februar 2020	Styremøte	10-16	Oppdrag 2020
Fredag 27. mars 2020	Styremøte	10-16	Årsoppgjør 2018
Torsdag 30. april 2020	Styremøte	10-16	Øk. langtidspan
Torsdag 25. juni 2020	Styremøte	10-16	
Torsdag 24. september 2020	Styremøte	10-16	
Onsdag 28. oktober 2020	Styremøte	10-16	
	Styreseminar	16-20	
Fredag 18. desember 2020	Styremøte	10-16	Budsjett 2021
Reservetider:			
Onsdag 27. mai 2020	Styremøte	10-16	
Fredag 27. november 2020	Styremøte	10-16	

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 14. juni 2019

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

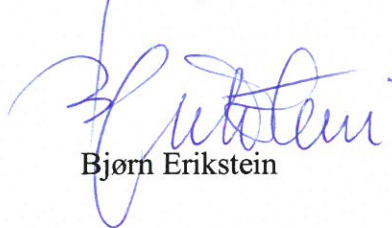
---

**SAK 46/2019 PLAN FOR STYRET I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS**

### Forslag til vedtak

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo, den 7. juni 2019



Bjørn Erikstein



**Plan for styret i Oslo universitetssykehus HF**

<b>Møte</b>	<b>Vedtaksaker</b>	<b>Orienteringssaker</b>
26. september 2019 kl 10-16	Plan for internrevisjon 2020	Rapport 2. tertial 2019 Plan for styret Eierskap i selskaper Oppfølging styresaker Budsjett 2020 Møte med Brukerutvalget ADs orienteringer
1. november 2019 kl 10-16		Rapport per september Plan for styret Budsjett 2020 ADs orienteringer
1. november 2019 kl 16-20	Styreseminar	Styreevaluering
28. november 2019 kl 10-16	<i>Reservetid</i>	
18. desember 2019 kl 10-14	Budsjett 2020	Rapport per november Plan for styret ADs orienteringer

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 14. juni 2019

Saksbehandler: Leder Direktørens kontor

Vedlegg:

---

### **SAK 47/2019 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER**

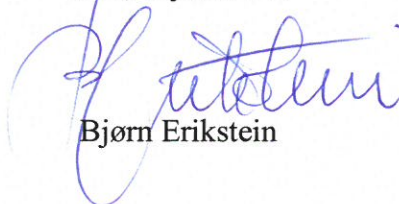
Følgende legges frem til orientering:

1. Juridiske forhold
2. Oslo universitetssykehus i mediene

### **Forslag til vedtak**

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo, 7. juni 2019



Bjørn Erikstein

## 1. JURIDISKE FORHOLD

### Arbeidsrettssakene – individuelle saker:

- Stillingsvern, brudd på arbeidsmiljøloven, ulovlig midlertidig ansettelse og usaklig oppsigelse.  
Sykehuset er stevnet for tingretten av en ansatt. Saken gjelder spørsmål om erstatning for ulovlig midlertidig ansettelse og ugyldig oppsigelse.  
Hovedforhandling ble holdt 14-15 mai og tingretten avsa dom 29. mai. Sykehuset ble idømt å betale erstatning for økonomisk tap, samt erstatning for ikke-økonomisk tap for ulovlig midlertidig ansettelse, formuriktig oppsigelse og usaklig oppsigelse. I tillegg ble sykehuset dømt til å dekke saksøkers saksomkostninger.

### Kontraktsforhold

- Sykehuset er stevnet av en leverandør med påstand om at sykehuset har brutt regelverket for offentlige anskaffelser i forbindelse med anskaffelse av medisinsk teknisk utstyr (røntgenapparat til bruk ved operasjon ved hånd- og fotkirurgi). Det er varslet erstatningskrav. Saken ble behandlet ved Oslo tingrett 23-24 april 2018 og dom falt med frifinnelse for sykehuset. Saken har vært anket av leverandøren. Partene har kommet sammen og saken har fått en formell løsning. Anken er trukket.
- Sykehuset går til søksmål sammen med IF forsikring mot Gjensidige forsikring. Dette gjelder forsikringsoppgjør og regress. Bakgrunnen er installering av sprinkelanlegg i loft i et bygg på Ullevål i 2012-2013. I 2015 ble det brudd i anlegget på grunn av frost. If har betalt for utbedring av skadene fratrukket egenandelen til Oslo universitetssykehus. If har i samarbeid med Oslo universitetssykehus i lang tid vært i dialog med Gjensidige (som er entreprenørens forsikringsselskap). Det er uenighet om hva som er årsaken til skaden, og fra vår side hevdes det utførelsesfeil og derved en mangel ved anlegget.

### Pasientforhold – erstatning

- Sykehuset er stevnet av pårørende til tidligere pasient som døde. Det gjelder krav om oppreisning til etterlatte etter dødsfall. Ambulansepersonell fra Oslo universitetssykehus var på pasientens bopel 2 ganger. Ved første besøk ble det vurdert at pasienten ikke hadde behov for innleggelse ved sykehus. Det er nedlagt påstand om erstatning for ikke økonomisk tap/oppreisning fastsatt etter rettens skjønn med hjemmel i det ulovfestede organansvaret. Det arbeides med tilsvar. Saken er prinsipiell når det gjelder rammene for organansvaret. Saken er prinsipielt viktig for helseforetak i sin alminnelighet.

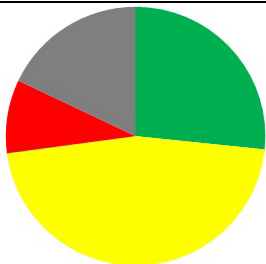
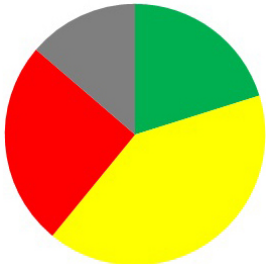
Kjernen i saken er anførsler fra saksøker om at Oslo universitetssykehus har ansvar grunnet manglende rutiner/systemsvikt og at dette utgjør et grovt uaktsomt forhold. I helsetjenesten skjer det feil og ordningen med NPE er opprettet for at det enkelte sykehus ikke skal måtte håndtere erstatningssaker i sin alminnelighet. NPE ordningen omfatter imidlertid ikke krav om oppreisning, slike saker må det enkelte helseforetak håndtere på egen hånd. Det er lite relevant rettspraksis og juridisk teori om rammene for organansvaret. Oslo universitetssykehus mottar med jevne mellomrom krav om opp-reisning på dette grunnlag parallelt med at krav om erstatning for økonomisk tap fremmes for NPE. Da dette ansvaret er ulovfestet og det er lite veiledning i praksis vil denne saken være med på å belyse hvordan slike saker kan og bør vurderes i fremtidige saker. Saken er i stor utstrekning av teoretisk

juridisk art, selv om det også er sentralt å klargjøre hva som har skjedd i saken og grad av klanderverdighet mv.

Saken gikk for retten i tiden 26 - 28. november og dom ble avsagt 11. desember 2018. Oslo universitetssykehus ble frifunnet. Saksøker har anket saken til lagmannsretten. Som del av prosessen skal det avholdes rettsmekling i september.

## 2. OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS I MEDIENE APRIL OG MAI 2019

I april og mai 2019 ble det registrert hhv 1419 og 1622 mediesaker om sykehuset, mot 1811 i mars.

Periode	Antall saker	Vekting/etterlatt inntrykk	Vekting prosent	Kommentar
Mai 2019	1622		Positiv: 27 Nøytral: 46 Negativ: 9 Ikke vektet: 18*	Den økte andelen positive saker skyldes flere positive enkeltsaker.
April 2019	1419		Positiv: 20 Nøytral: 41 Negativ: 25 Ikke vektet: 14*	Høy andel negative oppslag er knyttet til debatten om framtidens Oslo universitetssykehus.

\*) Grått er andelen meldinger om personskade (vektes ikke).

### Sentrale saker i perioden:

#### *Framtidens Oslo universitetssykehus*

Planene for framtidens Oslo universitetssykehus fikk mye oppmerksomhet i forbindelse med Stortingets behandling av forslaget om full utredning av Ullevål. Det ble også flere oppslag da en uavhengig faggruppe i vår presenterte en alternativ plan for Ullevål, «Parksykehuset», som de mente kunne bygges for 20 milliarder mindre enn de alternativene som nå foreligger. Det er fortsatt jevnlig leserinnlegg fra fagpersoner, politikere og andre med kritikk av både prosess og lokalisering.

#### *Transplantasjon*

En lokalavis på Østlandet brakte en historie om en mann som hadde fått nytt hjerte og som roser Rikshospitalet og personalet der opp i skyene.

Det ble også mye positiv oppmerksomhet da tallene for første kvartal viste at flere får nye organer og at tallene nå peker riktig vei igjen.

*Streik*

Da LO og YS tok ansatte ut i streik i slutten av mai, ble det viet mye oppmerksomhet, selv om det i denne omgang ikke går ut over pasientbehandling.

*Legionella*

Funn av legionella-bakterier på Radiumhospitalet vakte stor oppmerksomhet i media.

*Behandlingstilbud til seksualforbrytere*

Flere medier har hatt oppslag om planene om å overføre tilbud fra Institutt for klinisk og terapi (IKST) til Oslo universitetssykehus. Det hevdes at det vil bli begått flere overgrep som følge av denne overføringen.

*Ekspertuttalelser*

Nesten hver dag bidrar sykehusets ansatte med sin fagkunnskap i mediene. I denne perioden har det handlet mye om barn og drukning, forskning etter 22. juli, kreft, sparkesykkelskader, hjertemedisin og genetik.

Sykehuset i sosiale medier:

Mest leste saker på sykehusets Facebook-side i perioden:

- En hyllest til alle som jobber på sykehus (ekstern artikkel)
- Vaksineforskere starter vaksineblogg (ekstern artikkel)
- Mobilt taktisk innsatskonsept- øvelse med nødetatene (egen video)
- Gratulerer med sykepleiedagen (eget bilde)
- Strålende masker til superhelter (egen blogg)

Formidling av fag og forskning i «Ekspertsykehuset»

Ekspertsykehuset, sykehusets satsing på fag- og forskningsformidling, hadde hud som tema i april og øre-nese-hals som tema i mai. Temaene ble presentert gjennom blogginnlegg fra fagmiljøene og annet redaksjonelt innhold.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 14. juni 2019  
Saksbehandler: Direksjonssekretær  
Vedlegg:

---

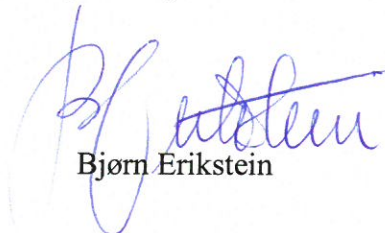
**SAK 48/2019      GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA  
STYREMØTE 14. JUNI 2019**

Protokoll blir lagt frem for vedtak i slutten av styremøtet.

### **Forslag til vedtak:**

*Styret godkjenner protokoll fra styremøte 14. juni 2019.*

Oslo, den 7. juni 2019



Bjørn Erikstein