

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

Møtenavn:	Styremøte 7/2017
Dato møte:	29. september 2017
Møtetid:	Klokken 10.00 – ca 16.00
Møtested:	Radiumhospitalet, seminarrom 1 og 2.

53/2017	Beslutning:	Godkjenning av innkalling og sakliste
54/2017	Beslutning:	Rapport per andre tertial 2017
55/2017	Orientering	Status forbedring av drift
56/2017	Beslutning	Tilleggsdokument til Oppdrag og bestilling 2017
57/2017	Orientering	Eierskap i selskaper
58/2017	Beslutning	Konsernrevisjonsrapport 6/2017
59/2017	Orientering	Oppfølging av styresaker per 1. halvår 2017
60/2017	Orientering	Plan for styrets arbeid
61/2017	Orientering	Administrerende direktørs orienteringer
62/2017	Beslutning	Protokoll fra styremøtet 29. september 2017 Styrets egenevaluering

Gunnar Bovim
sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 29. september 2017
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Sakliste
Protokoll fra styremøte 28. august 2017

SAK 53/2017 GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Oslo, den 22. september 2017

Gunnar Bovim
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Protokoll

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	28. august 2017
Dato møte:	28. august 2017 kl 9.00 – 10.00 på Ullevål sykehus, Oslo
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

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

Tilstede på telefon: Ingen

Forfall: Berit Kjøll

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

Tilstede ellers: observatør Lilli-Ann Stensdal fra brukerutvalget og publikum

Sak 50/2017 Godkjenning av innkalling og sakliste

Vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Sak 51/2017 Rapport per juli 2017

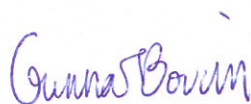
Vedtak:

1. Styret tar rapporteringen av resultater per juli 2017 til orientering.
2. Styret er bekymret for utviklingen i driftsøkonomien i 2017. Styret ber administrerende direktør gjennomføre tett oppfølging av klinikkene med sikte på kostnads- og bemanningskontroll og gjennomføring av planlagte tiltak.

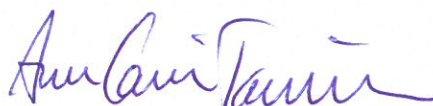
Sak 52/2017 Godkjenning av protokoll fra styremøte 28. august 2017

Vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 28. august 2017.

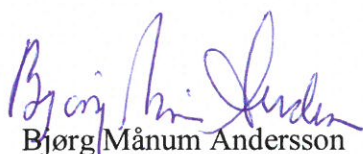


Gunnar Bovim
styreleder




Anne Carine Tanum
nestleder

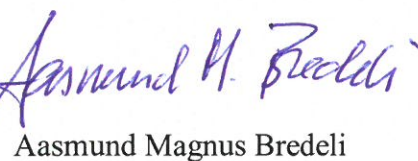
Berit Kjøll
ikke tilstede



Bjørg Månum Andersson



Else Lise Skjæret-Larsen



Aasmund Magnus Bredeli



Svein Erik Urstrømmen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 29. september 2017

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans
Viseadministrerende direktør fag, pasientsikkerhet og
samhandling

Vedlegg: 1. Tabellvedlegg - månedsrapport august 2017
2. Risikoanalyse per 2. tertial 2017

SAK 54/2017 RAPPORT PER 2. TERTIAL 2017

Forslag til vedtak:

- 1. Styret tar rapporteringen av resultater per august 2017 inkludert risikovurdering per 2. tertial 2017 til orientering.*
- 2. Styret tar orienteringen om status i arbeidet med budsjett 2018 til orientering.*

Oslo den 22. september 2017

Bjørn Erikstein

1. Innledning – styringsmål 2017

Det fremgår av oppdragsdokument 2017 fra Helse Sør-Øst RHF til Oslo universitetssykehus HF at virksomheten skal innrettes med sikte på å nå følgende overordnede styringsmål:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

Målene skal nås innenfor vedtatt budsjett.

Konkrete styringsmål for 2017 inngår i tabellvedlegget. I rapportering til styret for 2017 vil det normalt redegjøres for status for de styringsmålene hvor det rapporteres månedlige resultater. Rapporteringen utvides tertialvis og årlig med resultater for øvrige styringsmål.

2. Sammendrag

Gjennomgang av status og resultater hittil i 2017 viser kortfattet følgende:

- Antall uønskede hendelser har økt sammenlignet med data fra samme periode i 2016. Økningen tilskrives økt fokus på å melde uønskede hendelser eller nesten-hendelser.
- 576 pasienthendelser er i hht Meldeplikten (§3-3) sendt til Helsedirektoratet.
- Sykehuset har mottatt 21 avsluttede tilsynssaker fra Fylkesmannen hvorav 3 konkluderer med brudd på lov eller forskrift.
- I august var gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter 65 dager. Dette er en reduksjon på 6 dager sammenlignet med samme periode i 2016.
- For pasienter som venter på utredning/behandling var gjennomsnittlig ventetid per utgangen av august 64 dager. Dette er en reduksjon på 11 dager fra samme periode i 2016.
- Antall fristbrudd av ventende pasienter per utgangen av august var 64. Dette er 41 høyere enn rapportert på samme tidspunkt i 2016.
- Antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer per utgangen av august var 36 mot 156 ved utgangen av samme periode i 2016.
- Andel kreftpasienter som er inkludert i pakkeforløp er hittil i år 69 prosent og dermed rett bak det nasjonale målet.
- Registrert aktivitet innenfor somatikken er hittil i år 0,2 prosent høyere enn budsjettet og økt med 2,2 prosent fra samme periode i 2016.
- Innenfor psykisk helsevern for voksne er den rapporterte aktiviteten hittil i 2017 høyere enn planlagt.
- Innenfor psykisk helsevern for barn og unge er aktiviteten så langt i 2017 høyere enn budsjettet.
- Den polikliniske aktiviteten innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er om lag som planlagt. Det samme gjelder for antall utskrevne pasienter og antall liggedøgn.

- Rapportert økonomisk resultat etter august 2017 viser et overskudd på 127,9 millioner kroner, mot et budsjettert overskudd på 166,6 millioner kroner. Dette gir et negativt budsjettavvik på 38,8 millioner kroner.
- Gjennomsnittlig antall brutto månedverk i 2017 til og med september var 18 845. Dette er en økning på 357 fra samme periode i 2016. Av økningen på 357 månedverk gjelder 77 årsverk ordinær drift og 280 eksternt finansiert virksomhet, hvorav 220 årsverk er for ansatte i rettsmedisinske fag som ble virksomhetsoverdratt ved siste årsskifte og om lag 60 øvrig eksternt finansiert virksomhet.
- Sykefraværet hittil i 2017 (til og med juli da sykefravær rapporteres med 2 måneders forsinkelse) har vært 7,2 prosent.

3. Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør er fornøyd med resultatene innenfor aktivitet og ventelisteområdet. Status så langt viser at sykehuset i hovedsak ligger an til å nå de målene som er satt for 2017. Administrerende direktør er imidlertid fortsatt bekymret for det økonomiske avviket. Resultater etter august og oppdaterte prognoser for 2017 er gjennomgått i møter med alle klinikkene de siste dagene.

Etter en negativ økonomisk utvikling gjennom sommermånedene for klinikkene, var det et betydelig mindre negativt avvik i august.

Noen av klinikkene har ved siste rapportering bedret sin årsprognose noe. For sykehuset samlet er likevel vurderingen at det på nåværende tidspunkt ikke er grunnlag for å endre vurderingen av sykehusets samlede årsprognose fra slik den ble lagt frem for styret i forrige møte. Selv om det arbeides for å nå budsjettert resultat ble det da meldt en risiko for et avvik fra det budsjetterte overskuddet på 250 millioner kroner på om lag 50 millioner kroner eller noe høyere. Investeringsplanene for 2017 kan likevel gjennomføres som planlagt da bare deler av det budsjetterte positive resultatet for 2017 var forutsatt benyttet som finansiering av investeringer i inneværende år. Et svakere økonomisk resultat i 2017 enn budsjettert vil imidlertid redusere sykehusets finansieringsevne i de nærmeste årene.

For å begrense den økonomiske risikoen inneværende år fortsetter administrerende direktør med månedlige oppfølgingsmøter med alle klinikker. Temaene er gjennomføring av eksisterende tiltak med sikte på økt gjennomføringsgrad, kostnadskontroll (særlig bemanning) og avklaring av eventuelle behov for ytterligere kostnadsreducerende tiltak i inneværende år. Videre vil det bli lagt vekt på å holde så høy aktivitet som mulig uten å øke bemanningen. Samtidig forsterkes innsatsen med å hente ut gevinster fra prosjekter innenfor programmet *Forbedret drift*. Dette er spesielt viktig inn mot neste års budsjett.

Styret ble ved forrige rapportering varslet om at det skulle foretas en gjennomgang av økonomistyringen ved Klinikken psykisk helse og avhengighet. Dette er nå gjennomført og administrerende direktør er tilfreds med at det er iverksatt tiltak for å bedre økonomistyringen i klinikken samt at klinikken har konkretisert tiltak som skal gi økonomiske besparelser for 3. tertial 2017. Det vises til nærmere kommentarer under kap. 7.6 i styresaken.

4. Risikoanalyse per 2. tertial

Risikoanalysen 2. tertial er en revisjon av klinikkenes gjennomgang 1. tertial, og mange risikobeskrivelser er uendret fra forrige rapportering.

Det er 2. tertial konkretisert tre nye risikoforhold på sykehusnivå.

Under temaet «*Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt*» er følgende tilføyd:

- Manglende informasjon om smitte

Under temaet «*God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør*» er følgende tilføyd:

- IKT – integrasjon, konsolidering, stabilitet (lab,rad,endo, partus, metavision)
- IKT-støtte til forskning

Noen kommentarer til sykehusets samlede risikovurdering:

Byggstandard og kapasitet/standard på medisinsk teknisk utstyr er en vedvarende utfordring i risikobildet både for pasienter og ansatte. Det samme gjelder sykehusinfeksjoner, resistente bakterier og derav økende isoleringsbehov for pasienter og smittereduserende tiltak for ansatte. De nevnte forholdene følges tett opp med flere større tiltak.

Det er stor pågang på AMK og økende kapasitetsproblemer. Sykehuset har behov for et elektronisk verktøy til ambulansestyling og mer effektiv utnyttelse av disponible ressurser. Utviklingen følges nøye. Det er fortsatt mangel på spesialsykepleiere til tross for flere gjennomførte tiltak for å løse situasjonen. Nye tiltak i samarbeid med undervisningsinstitusjoner er under utforming.

5. Tilgjengelige helsetjenester

Det arbeides kontinuerlig med å sikre god tilgjengelighet av helsetjenester med god kvalitet.

5.1. Brukerundersøkelser

Det er sendt 90 326 SMS til pasienter med invitasjon til å gi sykehuset tilbakemelding i løpet av tertialet. Invitasjon ble sendt til utskrevne pasienter fra sengeposter og til pasienter som hadde besøkt poliklinikk. Dette har gitt 24 100 svar, en svarprosent på 24. Av disse skrev ca. 28 pst en kommentar. Alle tilbakemeldingene inngår i rapporter til leder for de(n) aktuelle enhetene.

5.2. Hendelsesregistrering og avvikhåndtering

Sykehuset og de enkelte enheters evne til å forbedre praksis som følge av uønskede hendelser og nesten-uhell er avhengig av en strukturert tilnærming med gode analyser, kartlegging av problemer, iverksetting av virkningsfulle forbedringstiltak og ledelse med fokus på kontinuerlig forbedring. I tillegg medfører mange hendelser en plikt til å varsle tilsynsmyndigheter. I sykehuset er dette arbeidet samlet i et elektronisk forbedringssystem, Achilles. Alle avviksregistreringer kategoriseres i en av hovedkategoriene «Pasienthendelse», «HMS hendelse» eller «Andre avvik og forbedringsforslag».

Det har blitt registrert 8 098 uønskede hendelser/avvik og forbedringsforslag ved sykehuset i andre tertial 2017. Dette er en økning på 30 prosent fra samme periode i 2016. Innføring av visualiseringsmetoden Det grønne korset i flere enheter er årsak til en betydelig del av denne økningen. Antall dokumenterte tiltak er 3 451, en økning på 33 prosent i forhold til samme periode i 2016.

En fortsatt økning i antall registreringer er en ønsket utvikling. Antall registreringer i kategorien «Andre avvik og forbedringsforslag» har gått opp med 19 pst sammenliknet med samme periode i fjor. 30 pst av registreringene er laboratorierelaterte avvik, i hovedsak med ingen eller mindre alvorlig konsekvens.

Det er en fortsatt økning i antallet registrerte uønskede pasienthendelser, opp 46 pst sammenliknet med samme periode i fjor. Dette er en ønsket utvikling som i stor grad tilskrives meldekultur.

Læring av uønskede hendelser er viktig for å tilstrebe at tilsvarende hendelser ikke skal oppstå på nytt. Det er publisert 57 saker med læring etter anonymiserte uønskede hendelser som berørte pasienter på sykehusets internettsider i første tertial 2017. Disse sakene, og erfaringene fra dem, er derved tilgjengelig for alle helsearbeidere i Norge som kilde til lokale forbedringer. Sykehusets erfaringer er at åpenhet om alvorlige uønskede hendelser er ufarlig, selv om en skulle tro at blottlegging av sine feil for pasienter, pårørende og media kan redusere sykehusets omdømme. Erfaringen er heller at slik åpenhet medvirker til økt tillitt.

5.3. Varsel til Statens helsetilsyn, meldinger til Kunnskapssenteret og andre klager og tilsynssaker om forsvarlighet i pasientbehandlingen

For å sikre tilsynsmessig oppfølging skal helseforetak og virksomheter som har avtale med helseforetak eller regionale helseforetak straks varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko. I 2. tertial 2017 er det sendt 33 varsler til Statens helsetilsyn fra Oslo universitetssykehus HF etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a. Varslene medførte tilsynsmessig oppfølging i 17 av sakene.

Oslo universitetssykehus HF sender meldepliktige hendelser som registreres i Achilles til Meldeordningen i Helsedirektoratet. Dette omfatter pasienthendelser som etter medarbeidernes initiale vurdering er meldepliktige. I 2. tertial 2017 er det meldt 576 saker.

Sykehuset registrerer og følger opp alle mottatte henvendelser der pasient eller pårørende klager på behandling via Pasientombudet eller Fylkesmannen - eller etterspør mer informasjon i forbindelse med et behandlingsforløp. Sykehuset har i 2. tertial 2017 mottatt 21 avsluttede tilsynssaker fra Fylkesmannen i Oslo og Akershus eller Statens helsetilsyn, hvorav 3 med brudd lov eller forskrift. 2 gjelder brudd på forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven.

5.4. Status ventetider

I oppdragsdokumentet for 2017 har Helse Sør-Øst RHF stilt krav om at gjennomsnittlig ventetid innenfor somatikken skal være under 60 dager. Innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det satt som mål at gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 45 dager.

I august var gjennomsnittlig ventetid for alle avviklede pasienter 65 dager. Dette er en reduksjon på 6 dager sammenlignet med samme periode i 2016. Innenfor Klinikk psykisk helse og avhengighet var gjennomsnittlig ventetid til avvikling i august 56 dager.

For pasienter som venter på utredning/behandling var gjennomsnittlig ventetid per utgangen av august 64 dager. Dette er en reduksjon på 11 dager fra samme tidspunkt i 2016.

Klinikkene tilbakemelder at årsaken til økt ventetid til avvikling siste måned skyldes ferieavvikling og redusert kapasitet i juli, samtidig er ventetid for ventende stabil. Dette vurderes å være normalt i en lavaktivitetsperiode med redusert omfang av elektiv behandling, og følger forventede sesongvariasjoner. Ortopedisk klinikk oppgir at pasientgrupper i seksjon for barne- og rekonstruktiv kirurgi, hånd- og mikrokirurgi og ryggdeformiteter er pasientgrupper som venter lenge og som påvirker den gjennomsnittlige ventetiden til avvikling.

5.5. Status langtidsventende (ventet 12 måneder eller mer)

Per utgangen av august var antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer 36. Sammenlignet med samme periode i 2016 er det en reduksjon på 120 langtidsventende. Det er flest langtidsventende innenfor fagområdene øye og plastikkirurgi. De fleste av pasientene innenfor disse fagområdene har lang ventetid grunnet medisinske årsaker, mens noen skyldes mangelfull kvalitetssikring av ventelistedata.

5.6. Status fristbrudd

Per utgangen av august var det 64 fristbrudd for ventende pasienter. Sammenlignet med samme tidspunkt i 2016 er dette en økning på 41 fristbrudd. Årsaken til at fristbrudd ventende ikke er i null skyldes i stor grad at time er avtalt og tildelt pasient kort tid etter frist, forsinkelser i oppretting av ikke registrerte rettighetsopplysninger fra andre helseforetak, manglende registrering eller feil registrering av utsattkode eller av ventetid slutt og forsinkelse i kvittering av prøvesvar fra Unilab og Aleris til seksjon for Bryst og endokrinkirurgi. I Avdeling for urologi er det avdekket svikt i forebygging av fristbrudd samt manglende kvalitetssikring i etterlevelse av regionale prosedyrer. Dette følges nå opp med egen møteserie samt at det vil bli gjennomført en internrevisjon. Forebygging av fristbrudd pågår kontinuerlig og i de tilfeller hvor pasientene må vente utover frist, kontaktes pasienten for samtykke til forlenget ventetid. Dette blir i de fleste tilfeller journalført.

5.7. Status pakkeforløp for kreftpasienter

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

Per august 2017 er resultatene for pakkeforløp ved Oslo universitetssykehus:

Kreftpasienter registrert i pakkeforløp	Antall nye kreftpas.	Andel i pakkeforløp
OA1 Nye kreftpasienter i pakkeforløp	3109	69 %
Innfrielse av forløpstid	Antall forløp	Andel innen forløpstid
OF4K Kirurgisk behandling	1377	66 %
OF4M Medikamentell behandling	511	59 %
OF4S Strålebehandling	328	46 %
OF4O Overvåking uten behandling	135	45 %
OF4 Samlet alle behandlingsformer	2351	61 %

Hittil i 2017 er andelen kreftpasienter registrert i pakkeforløp 69 prosent, det vil si nær det nasjonale målet på 70 prosent. Det er et nasjonalt mål at 70 prosent av pakkeforløpene skal være gjennomført innen standard forløpstid. Hittil i 2017 er ikke standard forløpstid innfridd for noen av behandlingsformene. Forsinkelsen gjelder alle deler av forløpet. Oslo universitetssykehus HF har igangsatt et systematisk arbeid om utvikling av standardiserte pasientforløp som i detalj skal beskrive pasientforløpet og som også omfatter monitorering av forløpstider for å kontinuerlige overvåke kapasitetsbehov og kapasitetsutnyttelse. Sentralt er tilgang på bildediagnostikk initialt i forløpet og operasjonskapasitet for kreftoperasjoner.

6. Pasientbehandling

6.1. Aktivitet somatikk

For hele 2017 er det budsjettert med 238 057 ISF-poeng (DRG-poeng er i ISF-regelverket for 2017 endret til ISF-poeng). ISF-poengene omfatter tradisjonell behandling som utføres på sykehus, men også andre typer tjenester hvor pasienten i større grad administrerer egen behandling som for eksempel hjemmedialyse og pasientadministrert legemiddelbehandling (H-reseptor). Det er forventet en positiv effekt fra regelverk for 2017 med om lag 700 ISF-poeng for Oslo universitetssykehus HF sammenliknet med 2016-regelverket.

Innenfor somatikken er registrert aktivitet så langt 251 ISF-poeng (0,2 prosent) høyere enn budsjettert. Sammenligning med 2016 viser at antall ISF-poeng for aktivitet utført i Oslo universitetssykehus HF er økt med 2,2 prosent. I den rapporterte aktiviteten er det inkludert estimat for forventet etterregistrering i klinikkene. Det er imidlertid variasjoner mellom klinikkene i gjennomføringen av planlagt aktivitet. Det er høyest aktivitet (målt med avvik mot budsjett) innenfor de kirurgiske fagene. Innenfor Øre-, nese- og halsavdelingen er det blant annet gjennomført et høyt antall CI-utskiftinger (cochleaimplantater). Kreftklinikken og Kirurgi, innflammasjonsmedisin og transplantasjonsklinikken hadde begge noe lavere aktivitet enn budsjettert i august, men har likevel en aktivitet som budsjettert hittil i år. Klinikken med størst negativt avvik hittil i år er Medisinsk klinikk og

Kvinneklinikken. Begge disse klinikkene har redusert aktivitet fra foregående år. Medisinsk klinikk har blant annet reduksjon i antall ø-hjelpspasienter sammenligner med fjoråret, noe forsinkelser i tiltaksgjennomføring og noe redusert aktivitet ved en avdeling som følge av utstyrsproblemer. I Kvinneklinikken er en stor del av aktivitetsavviket knyttet til en reduksjon i antall fødsler og i færre/mindre kompliserte keisersnitt sammenlignet med samme periode i 2016. Barne- og ungdomsklinikken hadde lavere aktivitet enn budsjettet frem til sommeren, men har de siste månedene hatt høyere aktivitet slik at per august er aktiviteten om lag som budsjettet.

6.2. Aktivitet psykisk helsevern for voksne

Innenfor voksenpsykiatrien er det hittil i år skrevet ut 384 flere pasienter (32,3 prosent) enn plantall mens antall liggedøgn er 1 279 (2,7 prosent) høyere enn budsjettet. Sammenlignet med 2016 er antall utskrevne pasienter økt med 250 (18,9 prosent), mens antall liggedøgn for døgnbehandling er redusert med 1 336 (2,7 pst) fra 2016.

For antall polikliniske konsultasjoner rapporteres fra og med juni 2017 ISF-godkjente opphold basert på informasjon fra NPR-meldingen. Dette innebærer avvik mot budsjett og manglende sammenligningsgrunnlag fra 2016 til 2017. Til intern bruk utarbeider derfor Oslo universitetssykehus HF et korrigert rapporteringsgrunnlag for å kunne følge opp aktiviteten i forhold til forutsetningene i budsjettet og faktisk endring i antall konsultasjoner fra 2016 til 2017. Dette er lagt til grunn i kommentarene til poliklinisk aktivitet innenfor voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og TSB.

Antall polikliniske konsultasjoner er hittil i år 5,3 prosent (3 556) høyere enn plantall og økt med en faktisk økning i antall konsultasjoner fra 2016 til 2017 på 2 939 (4,6 prosent). Økningen i antall konsultasjoner skyldes blant annet effekt av bedret organisering etter samlokalisering ved DPS'ene og øket antall behandlerstillinger ved de to DPS'ene, samt at en økt andel av behandlerstillingene nå arbeider på poliklinikkene mens de tidligere arbeidet mer ambulant (gjelder Nydalen DPS).

6.3. Aktivitet psykisk helsevern for barn og unge

Antall utskrivninger innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er hittil i år 4 høyere enn budsjettet og redusert med 4, fra 2016. Antall liggedøgn er 591 (16,3 prosent) høyere enn plantall hittil i år og 579 (15,9 prosent) høyere enn i 2016. Så langt i år har det vært stor pågang av pasienter og belegget har vært høyt. Pasientgruppen er sammensatt med krevende familiesituasjoner, også med krevende familiearbeid opp mot barnevernet og stort funksjonsfall, og inkluderer flere pasienter med behov for tett oppfølging grunnet blant annet suicidalitet. Til tross for den høye kapasitetsutnyttelsen i pasientbehandlingen, tilstreber avdelingen å ha ett utredningsopphold for å redusere ventetiden. Flere av pasientene som er utskrevet har behov for ettervern, noe som gjør at personalressurser også benyttes til dette. Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri har fokus på raskere utskrivninger, men dette fordrer at pasientene har et forsvarlig tilbud når de kommer ut. Bydelene har ikke alltid ressurser til å følge opp pasienter. Det er kontinuerlig dialog med poliklinikkene om prioritering av pasienter for å få til god pasientflyt.

Antall oppholdsdager dagbehandling er hittil i år 372 (17,9 prosent) høyere enn plantall og øket med 426 (21,0 prosent) fra 2016. Avdelingen arbeider systematisk med gruppebehandling for å møte behandlingsbehovet. Dette gjelder både foreldregrupper for barn og for ungdom, samt ulike pasientgrupper.

Den registrerte polikliniske aktiviteten hittil i år er 0,6 prosent (182 konsultasjoner) høyere enn plantall og det er en økning i antall konsultasjoner med 606 (2,1 prosent) fra 2016. Det har over lengre tid vært arbeidet med tiltak på flere områder for å øke antall polikliniske konsultasjoner innenfor dette området. August viser en høyere aktivitet enn budsjett, i motsetning til de siste månedene, hvor antall polikliniske konsultasjoner har vært lavere enn budsjettet. Det arbeides for å besette ledige stillinger, og noen er ansatt og vil tiltre i løpet av de nærmeste månedene. Det er et kontinuerlig arbeid med oppfølging av sykefravær og av enkeltmedarbeidere for å sikre god registreringspraksis av aktivitet. Dette forventes å gi en økning i antall polikliniske konsultasjoner fremover.

6.4. Aktivitet tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Innenfor TSB er det hittil i år skrevet ut 38 flere pasienter (2,5 pst) fra døgnbehandling enn plantall. Dette er en økning på 23 utskrivninger (1,5 pst) fra 2016. Avdelingen arbeider med tiltak for å forhindre drop-out og avbrudd i behandlingen. Det har i tillegg vært planlagt å redusere utskrivninger fra avgiftsningsenhetene fordi det er registrert at flere pasienter skrives ut for tidlig i forhold til avrusningsforløpene. Antall liggedøgn hittil i år viser et negativt avvik i forhold til plantall på 1,4 pst (224 liggedøgn). Sammenlignet med 2016 er antall liggedøgn redusert med 518 (3,1 pst). Dette skyldes at flere pasienter ikke har møtt til innleggelse og at noen pasienter har blitt overført til andre behandlingstilbud etter utredning. Avdelingen arbeider videre med tiltak for øket aktivitet med fokus på ventelister, hindre brudd i behandlingen, samt se på ulike løsninger med hensyn til akuttflyt for å sikre mer stabilitet i belegget.

Antall konsultasjoner er hittil i år 0,2 pst (33 konsultasjoner) høyere enn budsjettet. Sammenligning med tidligere registreringspraksis viser en økning i antall faktiske konsultasjoner fra 2016 til 2017 økning på 4,2 pst (657 konsultasjoner) fra 2016.

7. Økonomi

7.1. Budsjettet overskudd

Oslo universitetssykehus HF har budsjettet med et overskudd for 2017 på 250 millioner kroner, dvs 20,8 millioner kroner per måned.

7.2. Pensjonskostnad 2017

For 2017 har Oslo universitetssykehus HF budsjettet med en pensjonskostnad på 2 195 millioner kroner. Oppdaterte NRS-beregninger fra januar 2017 viser at pensjonskostnadene ved Oslo universitetssykehus HF øker med om lag 38 millioner kroner i forhold til det som er lagt til grunn i budsjettet, til totalt 2 233 millioner kroner. Økte pensjonskostnader er inkludert i rapportert regnskapsresultat og delvis finansiert gjennom økt basisramme med 24,5 millioner kroner og delvis gjennom økt statlig tilskudd til rettsmedisinske fag. De økte pensjonskostnadene er ikke

fullfinansiert. På årsbasis er de økte pensjonskostnadene underfinansiert med om lag 4 millioner kroner.

7.3. Rapportert resultat

Det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF viser etter august 2017 et regnskapsmessig overskudd på 127,8 millioner kroner, mot et budsjettert overskudd på 166,7 millioner kroner. Dette gir et negativt avvik i forhold til budsjett på 38,8 millioner kroner. Isolert for august viser rapporteringen et positivt avvik på 17,4 millioner kroner. Det er også i august variasjoner i avvik mellom klinikkene. Samlet sett har imidlertid klinikkene et betydelig mindre negativt avvik i august enn tidligere måneder. Klinikkenes negative avvik er kun 3,7 millioner kroner i august, mot over 20 millioner kroner i gjennomsnitt til og med juli. I august har to av klinikkene betydelige negative avvik, mens mange av de andre har positive avvik. Et økt positivt avvik innenfor IKT-området og inntektsføring av inntekter opptjent tidligere perioder bidrar også positivt i resultatet for august.

Det er gjennomført oppfølgingsmøter med alle klinikkene der resultat etter august (bemanning for september), status for tiltaksgjennomføring og oppdaterte prognosevurderinger ble gjennomgått. Alle klinikkene med negative årsprognoser var bedt om å redegjøre for arbeidet med nye tiltak/prosesser/oppfølging det arbeides med for å forbedre prognosen i egen klinikk.

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

Tall i MNOK	Avvik per august		Kommentarer til avvik justert for avvik innenfor øremerkede prosjekter, pensjon og teknisk endring pasientreiser (fra netto til brutto)
	Rapportert avvik	Justert avvik	
Basisramme	16	-0	Økt basisramme for å finansiere økte pensjonskostnader.
Aktivitetsbaserte inntekter	11	4	Samlede ISF-inntekter er om lag som budsjettert. Negativt avvik for ISF PHV/TSB. Høyere polikliniske inntekter.
Andre inntekter	165	15	Noe høyere inntekter enn budsjettert i flere klinikker, blant annet egenandeler og utleie av personell.
Sum driftsinntekter	192	19	
Lønn - og innleiekostnader	88	-16	Kostnader til lønn (ekskl økte pensjonskostnader) og innleie er om lag 16 mnok høyere enn budsjettert. Det er store variasjoner mellom klinikkene. Klinikene har per august et akkumulert merforbruk av lønn og innleie på over 80 mnok. Avvik knyttet til øremerkede midler er da holdt utenom. Dette er så langt i 2017 i stor grad kompensert av lavere lønnskostnader innenfor stabsområdet og justering av avsetninger fra 2016.
Kjøp av helsejenester	26	-6	Kostnader til kjøp av helsejenester er høyere enn budsjettert. Dette skyldes delvis endret kontobruk sfa mva-reformen. Avvik må ses i sammenheng med avvik for varekostnader.
Varekostnader mv	28	-41	Store negative avvik i flere av klinikkene (LAR-medikamenter, cochleaimplantater, ECP-behandling av transplanterte pasienter, behandlingshjelpemidler mv). Avviket gjelder både medikamenter og andre medisinske forbruksvarer mv.
Andre driftskostnader	110	-15	Lavere IKT-kostnader enn budsjettert. Høyere kostnader i de fleste klinikkene, herunder energi. Avskrivningskostnadene er høyere enn budsjettert og det er foretatt avsetning for foreventet kostnadsføring av Anlegg under utførelse.
Sum driftskostnader	252	-78	
Driftsresultat	-59	-59	
Netto finans	20	20	Datterselskapene bidrar med 20 mnok i positivt avvik.
Resultat OUS	-39	-39	

På enkelte områder er det lagt forutsetninger til grunn for bokførte kostnader/inntekter. Utover det som er nevnt ovenfor gjelder dette:

- Inntektsreduksjon som følge av reduserte priser mellom regionene knyttet til merverdiavgiftsreformen er foreløpig beregnet til om lag 30 millioner kroner på årsbasis. Helse Sør-Øst RHF har bekreftet at inntektsreduksjon som følge av reduserte priser mellom regionene knyttet til merverdiavgiftsreformen kompenseres av Helse Sør-Øst RHF, men så langt ikke bekreftet noe beløp.
- Det er lagt til grunn at økte pensjonskostnader for aktivitet fra andre regioner blir betalt som for tidligere år med 22,5 millioner kroner for 2017. Det skal gjennomføres et oppgjør med de andre helseregionene knyttet til kompensasjon for pensjonskostnader for aktivitet mellom helseregionene. Helse Sør-Øst RHF har bekreftet at kompensasjonen vedrørende aktivitet ved Oslo universitetssykehus gis når kompensasjonen for oppgjør mellom regionene er fastsatt, men det er ikke bekreftet noe beløp.

Mer detaljerte kommentarer på øbak-linje nivå følger vedlagt.

7.4. SAMDATA 2016 – produktivitet utvikling somatisk spesialisthelsetjeneste
Helsedirektoratet lager årlige SAMDATA-rapporter. Rapporten inneholder tall og analyser på nasjonalt, regionalt og foretaksnivå for hele spesialisthelsetjenesten.

I produktivitetssammenheng er det mest fokus på kostnad per DRG-poeng og foretakenes relative kostnadsnivå. Korrigert for prisvekst økte kostnad per DRG-poeng på landsbasis med 2,2 prosent fra 2015 til 2016. Endringen i kostnadsnivået (både endring i kostnad og aktivitet) varierte fra en økning på 2,5 prosent i Helse Midt-Norge til en reduksjon på 0,5 i både Helse Vest og Helse Sør-Øst.

Det er variasjon mellom foretakene både når det gjelder relativt kostnadsnivå og utvikling fra 2015 til 2016. For Oslo universitetssykehus HF ble kostnad per DRG-poeng redusert med 1 prosent i samme periode, som følge av en aktivitetsøkning på 1,9 prosent og en kostnadsøkning på 0,9 prosent. Oslo universitetssykehus HF hadde i 2016 en relativ kostnadsindeks på 1,11, dvs at kostnad per DRG-poeng var om lag 11 prosent høyere enn landsgjennomsnittet noe som i hovedgrad skyldes sykehusets relativt store omfang av regions- og landsfunksjoner. Foretakets relative kostnadsnivå har vært stabilt de siste årene. Sammenlignet med de øvrige regionsykehusene hadde Oslo universitetssykehus HF i 2016 et relativt kostnadsnivå som var lavere enn Universitetssykehuset i Nord-Norge (1,2), noe høyere enn St. Olavs Hospital HF (1,06) og betydelig høyere enn Helse Bergen HF (0,93). Det fremkommer ikke av SAMDATA hva forskjeller i relativt kostnadsnivå skyldes, og helseforetaket arbeider med å forstå hva som er årsakene til forskjellene mellom regionsykehusene.

7.5. Gjennomføring av tiltak

I styremøte 28.8.2017 sak 51/2017, Rapportering per juli, fremgår av vedtakspunkt 2 at:

Styret er bekymret for utviklingen i driftsøkonomien i 2017. Styret ber administrerende direktør gjennomføre tett oppfølging av klinikkene med sikte på kostnads- og bemanningskontroll og gjennomføring av planlagte tiltak.

Det er gjennomført oppfølgingsmøter med alle klinikkene etter at månedsavslutning per 2. tertial var ferdigstilt. Hovedfokus i oppfølging av klinikkene er prognose og status på tiltaksarbeidet. Det er store variasjoner mellom klinikkene når det gjelder realiseringsgrad for gjennomføring av tiltak, samt økonomisk resultat per 2. tertial 2017 og prognose for året. Tiltaksrealiseringen er bedret for flere klinikker i august sammenlignet med tidligere perioder.

Klinikkene rapporterer per 2. tertial for året som helhet en realiseringsgrad for planlagte tiltak på 77 prosent mot 74 prosent ved forrige rapportering. Dette øker verdien av tiltaksrealiseringen fra 260 millioner kroner til 279 millioner kroner. Klinikkene vil fortsatt utfordres på å øke effekten av allerede besluttede tiltak utover i 2017, samtidig som det arbeides med å planlegge og gjennomføre nye tiltak. Det vil i rapporteringen for iverksatte tiltak for 3. tertial bli vektlagt å rapportere på overhengseffekter til 2018.

7.6. Vurdering av økonomistyringen innenfor Klinikk psykisk helse og avhengighet

Under administrerende direktørs vurderinger i styresak 51/2017, Rapportering per juli, fremgår at:

Administrerende direktør er særlig bekymret over den økonomiske utviklingen i Klinikk psykisk helse og avhengighet. Administrerende direktør vil derfor sette i verk en gjennomgang av økonomistyringen innenfor denne klinikken. Styret vil bli orientert om resultatet av denne gjennomgangen i styremøte i september.

Klinikk for psykisk helse og avhengighet har et negativt avvik for august på 4,5 millioner kroner og et akkumulert negativt avvik per. 2. tertial på 35,0 millioner kroner.

Inntektene viser et negativt budsjettavvik på 13,3 millioner kroner, hvorav:

- 7,9 millioner kroner i reduserte gjestepasientinntekter
- 3,7 millioner kroner i reduserte polikliniske inntekter
- 1,7 millioner kroner i diverse inntekter

Kostnadene viser et negativt budsjettavvik på 21,7 millioner kroner, hvorav:

- 9,6 millioner kroner for personalkostnader
- 4,6 millioner kroner for varekostnader
- 3,1 millioner kroner for netto interne kostnader overfor andre klinikker i OUS
- 3,2 millioner kroner for andre driftskostnader
- 1,2 millioner kroner for gjestepasientkostnader

Prognose

Klinikken har estimert et negativt årsresultat på 35,2 millioner kroner, og forventer negativt budsjettavvik på inntektene med 20,0 millioner kroner og et negativt budsjettavvik på kostnadssiden med 15,3 millioner kroner. Avviket for gjestepasientinntekter og polikliniske inntekter er videreført ut året.

Klinikken har identifisert tiltak på kostnadssiden og forventer et positivt avvik på kostnadsbasen for 3. tertial på 6,4 millioner kroner.

Økonomistyring:

Gjennomgangen av økonomistyringen i klinikken viser at:

- Klinikken har per 2. tertial 2017 i liten grad iverksatt tiltak med økonomisk effekt for å redusere budsjettavviket. Klinikken har i ledermøte 20.9.17 vedtatt en tiltakspakke som skal gi økonomiske effekter for 3. tertial på 15,6 millioner kroner.
- Det er foretatt en gjennomgang av økonomiske vurderinger knyttet til prognosefastsetting for perioden januar 2017 til juli 2017. Klinikken har gjennomgått rutinene i forbindelse med vurderingen av årsprognoser og vil i

større grad enn tidligere legge til grunn den faktiske styringsfarten utfra løpende drift med en realistisk beregning av tiltakseffekter.

- I forbindelse med analysen av det negative regnskapsmessige avviket har klinikken identifisert forbedringsområder ved utarbeidelsen av driftsbudsjett. Klinikken vil bedre økonomistyringen ved økt kvalitetssikring av budsjettprosessen og budsjettinnhold.
- Det har ikke vært gjennomført særskilt oppfølging eller støtte til avdelinger med større økonomiske avvik. Det er fra september etablert ekstraordinær støtte og oppfølging til avdelinger med de største økonomiske avvikene i klinikken. Klinikkleder har ukentlige møter med hver avdelingsleder, en til en, angående spesielle definerte forhold. Mot avdelinger med underskudd, overbruk er det ytterligere oppfølging ned til individ, pasientnivå. Økonomirådgivere har definerte avdelinger som sine ansvarsområder. Økonomirådgivere deltar i avdelingsvise ledermøter, der spesielt økonomi er tema, samt involveres i ulike forhold som knyttes til økonomien.
- Klinikkleder vil i månedlige oppfølgingsmøter med avdelingene i større grad enn tidligere ha fokus på tiltaksarbeidet for å sikre overholdelse av økonomiske rammer.
- Klinikkledelsen har avtalt møter med St. Olavs Hospital og Helse Bergen for å utveksle informasjon og erfaringer knyttet opp til pasientbehandling og generell drift, inkludert økonomistyring.

Andre forhold

Innføring av ISF finansiering for poliklinisk aktivitet fra 2017 var ment å være budsjettneuttralt. Flere foretak i Helse Sør-Øst RHF og foretak i andre regioner har negative avvik knyttet til ISF finansiering, samtidig som det er vekst i pasientbehandlingen fra 2016 til 2017. Helsedirektoratet har blant annet som følge av dette ikke lukket 1. tertial.

Klinikken ble i budsjetttrammen for 2017 trukket 7,4 millioner kroner for opprettelse av kommunale akutt plasser døgn (KAD). Klinikken har så langt i 2017 i liten grad hatt noen avlastning fra kommunen. Klinikken er i dialog med aktuelle bydeler for å avklare kommunens planer og fremdrift.

7.7. Risiko ved gjennomføring av sykehusbudsjett

Hver måned leverer klinikkene en prognose for forventet avvik fra budsjett ved årets slutt. Prognosene gjennomgås i månedlige oppfølgingsmøter og alle klinikker med negative prognoser for helårsresultat skal til hvert møte redegjøre for nye tiltak klinikken arbeider med for å forbedre klinikkens resultat for å sikre en drift innenfor budsjetttrammen. Resultatet til og med august 2017 viser at det fortsatt er stort behov for svært tett oppfølging for å sikre økt gjennomføring av allerede vedtatte tiltak, unngå kostnadsvekst på nye områder og iverksette nye tiltak. Status etter august og klinikkens oppdaterte prognosevurderinger basert på dette, ble gjennomgått med alle klinikkene i møter fredag 15. september og mandag 18. september.

Styringsmålet for Oslo universitetssykehus HF er et overskudd på 250 millioner kroner eller mer. Styret ble i forrige møte orientert om at det var en risiko for et avvik fra budsjettet overskudd på 250 millioner kroner på om lag 50 millioner kroner eller noe høyere. Det er på nåværende tidspunkt ikke grunnlag for å endre

denne vurderingen. I rapportering til Helse Sør-Øst RHF er det imidlertid foreløpig meldt inn en resultatprognose som budsjettert resultat. Eventuelle nedskrivninger eller forserte avskrivninger som følge av beslutninger om nybygg er holdt utenom vurderingene av det økonomiske resultatet, jf omtale nedenfor. Utover dette er vurderingen basert på følgende:

- Ubetalte krav til helseforetak i andre regioner for sykehotell for tidligere år blir betalt i sin helhet. Helse Sør-Øst RHF har informert Oslo universitetssykehus HF om at det nå er oppnådd enighet om oppgjør av kravene med de andre regionale helseforetakene. Løsningen innebærer et økonomisk tap for Helse Sør-Øst RHF på 6-7 millioner kroner. Det er ikke avklart om Oslo universitetssykehus HF må dekke hele eller deler av dette.
- Det er hvert år en usikkerhet knyttet til samlet effekt av årsoppgjørsvurderinger (forhold som kun kan vurderes ved avslutning av årsregnskapet). Det forventes imidlertid på nåværende tidspunkt at disse forholdene ikke vil påvirke foretakets samlede regnskapsresultat i vesentlig grad.
- Risiko for noe økte medikamentkostnader i de siste månedene.

Styret ble til forrige møte orientert om at dersom Stortinget beslutter bygging av nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet og nytt bygg for Regional sikkerhetsavdeling må det foretas en fullstendig gjennomgang av balansen (varige driftsmidler) for å vurdere om det er behov for å endre restlevetid (forserte avskrivninger) eller kostnadsføre prosjekter som per i dag er bokført som anlegg under utførelse. Oslo universitetssykehus HF vil igangsette en vurdering av dette i løpet av kort tid. Foretakets vurderinger vil legges frem for revisor før styret orienteres.

For å håndtere risikoen for et mulig avvik fra budsjett gjennomføres oppfølging av punktene under:

- Fortsette månedlige oppfølgingsmøter med alle klinikker med hovedfokus på gjennomføring av eksisterende tiltak, resultatkontroll og avklaring av eventuelle behov for ytterligere kostnadsreducerende tiltak i inneværende år.
- Klinikker med negative resultater følges opp i forhold til nye tiltak og med krav om ytterligere konkretisering. Effekt av allerede besluttede tiltak forventes økt. Det vektlegges også muligheter for økte effekter av allerede besluttede tiltak i 2018.
- Alle enheter forventes å planlegge driften godt. Dette innebærer bedre samarbeid på tvers av enheter for blant annet å kunne redusere bruk av variabel lønn og innleie. For de kirurgiske klinikkene understrekes viktigheten av å utnytte operasjonsstuekapasiteten.
- Innenfor programmet «Forbedring av drift» vurderes driftsøkonomiske potensialer med mulige implikasjoner for drift også i 2017. Se styresak 55/2017.

7.8. Investeringer og finansiering av investeringer

I styresak 75/2016 ble investeringsbudsjettet for 2017 lagt frem, og styret vedtok et investeringsbudsjett på 1 526 millioner kroner. I styresak 6/2017 ble gjennomføring av investeringsbudsjettet for 2017 omtalt. Investeringene i 2017 forutsettes delfinansiert med positive årsresultater for 2016 og 2017.

I tabellvedlegget vises budsjetterte og regnskapsførte investeringer hittil i år finansiert av investeringsramme fra 2016 og 2017, periodisert investeringsbudsjett vedtatt av styret, regnskapsførte investeringer ved utgangen av august og avvik mellom budsjetterte og faktiske investeringer. Siste kolonne viser investeringsprognose for 2017.

Ved utgangen av august var regnskapsførte investeringer 276 millioner kroner lavere enn budsjett hittil i år, hvorav anskaffelser av medisinskteknisk utstyr utgjorde 118 millioner kroner.

En gjennomgang av pågående og planlagte investeringer viser at investeringspådraget for 2017 blir lavere enn budsjettert. I stor grad gjelder dette medisinskteknisk utstyr som finansieres med finansielle leiekontrakter. Årsaken til det lavere pådraget er at det tar tid å gjennomføre bestillingene. Over tid blir hele investeringsrammen benyttet.

I styresak 51/2017 ble styret informert om pågående dialog med Helse Sør-Øst RHF om finansiering av Fase II investeringer til oppgraderinger og tilsynsavvik. Det er fortsatt mange uavklarte forhold, herunder i hvilken grad det øremerkede lånet kan benyttes som investeringskilde for allerede gjennomførte investeringer. Det legges til grunn at det vil bli en avklaring i månedsskiftet september/oktober.

I styresak 15/2017 ga styret administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler om investeringer i medisinskteknisk utstyr som var forutsatt finansiert av investeringsrammen for 2018. I forbindelse med budsjett 2018 planlegges det med såkalte lønnsomme investeringer. Dette er investeringer som raskt kan bidra til resultatforbedring. Foreløpig er ni prosjekter med en anskaffelseskostand på om lag 11 millioner kroner valgt ut for gjennomføring. I tillegg til investeringer i medisinskteknisk utstyr krever noen av prosjektene investeringer i bygg, annet utstyr og IKT. Anskaffelse av utstyr kan være tidkrevende. For å få realisert resultatforbedringen så tidlig som mulig bør prosessen starte raskt. Administrerende direktør vil derfor benytte deler av den investeringsfullmakten som styret gav i sak 15/2017 til å finansiere lønnsomme investeringer med som beskrevet ovenfor.

7.9. Likviditet

Periodisert kontantstrømbudsjett for 2017 ble lagt frem for styret i sak 6/2017. Budsjettet innebar en bedring av likviditeten på 843 millioner kroner gjennom 2017. Årsestimatet for bedring av likviditet er økt med om lag 100 millioner kroner. Dette forklares i hovedsak med forventet lavere investeringsprognose enn budsjettert og økte driftstilskudd gitt i Prop 129 S (2016-2017) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2017. Årsestimatet må vurderes på nytt når nevnte avklaring av finansiering av de såkalte Fase II investeringene er avklart med Helse Sør-Øst RHF.

Ved utgangen av august var benyttet driftskreditt 1 792 millioner kroner, mot justert budsjettert 2 107 millioner kroner. Lavere investeringspådrag enn budsjettert hittil i år har foreløpig ikke bedret likviditetssituasjonen fordi delfinansieringen av Fase II investeringene ikke er utbetalt fra Helse Sør-Øst RHF. Endringer i omløpsmidler og kortsiktig gjeld forklarer i stor grad lavere utnyttelse av

driftskreditten. Spesielt bidro mellomværende med andre foretak i foretaksgruppen positivt.

I andre halvår 2017 blir innvilget driftskreditt redusert med om lag 115 millioner kroner månedlig, som følge av at betalbar pensjonspremie delvis finansieres med bruk av premiefondsmidler innestående hos pensjonskassene. Likviditetsreserven anses likevel tilfredsstillende for 2017.

8. Bemanning og sykefravær

8.1. Bemanningsutvikling

Gjennomsnittlig brutto månedsverk per september er 18 845. Dette er en økning på 357 månedsverk (1,9 prosent) fra samme periode i 2016. Av disse gjelder 77 månedsverk ordinær drift og 280 eksternt finansiert virksomhet. Per september er det brukt 279 flere månedsverk enn budsjettert.

Av økningen i gjennomsnittlig brutto månedsverk hittil i år er 80 månedsverk knyttet til internt finansierte månedsverk, mens eksternt finansierte øker med 287 månedsverk. I økningen for månedsverk med ekstern finansiering inngår om lag 220 månedsverk ved Rettsmedisinske fag.

Det følges tett opp at antall månedsverk tas ned til samme nivå som før sommerferieavviklingen startet, blant annet skal ferievikarene avvikles. Klinikken har iverksatt dette og i september er antallet sunket til 36 månedsverk, 10 månedsverk lavere enn september 2016. Det ventes at ferievikarene i stort er avviklet i oktober måned.

Det er tidligere redegjort for innsatsområder for å få kontroll med bemanningsutviklingen. Innsatsen fortsetter innen rekruttering og ansettelse, herunder bemanningskontroll ved nyansettelser, ferieavvikling og innleie.

8.2. Innleie av helsepersonell

Kostnadene ved bruk av ekstern innleie av helsepersonell har økt med 12,4 millioner kroner fra 2016 til 2017. Barne- og ungdomsklinikken har størst vekst med en økning på 15,8 millioner kroner. Utfordringene knytter seg til nyfødtintensiv (i all hovedsak på Rikshospitalet), barneintensiv Ullevål og sengepost Ullevål (ansvar for pasienter med ervervet hjerneskode). Klinikken har spesiell fokus på disse områdene og arbeider med tiltak for å redusere innleiekostnadene fremover.

8.3. Sykefravær

Sykefraværet for perioden januar - juli 2017 var 7,2 prosent, fordelt på 2,6 prosent korttidsfravær og 4,6 prosent langtidsfravær. Den gode trenden en ser i utviklingen i sykefravær fortsetter, og i juli måned er det totale sykefraværet 6,7 prosent mot 7,4 prosent i 2016. Oslo universitetssykehus HF har lavere sykefravær enn gjennomsnittet i Helse Sør-Øst.

9. Videre arbeid med budsjett 2018

Styret har behandlet saker om økonomisk langtidsplan og budsjett flere ganger i 2017. Sist ved behandling av sak 44/2017 den 22. juni 2017, ble styret orientert om status i arbeidet med økonomisk langtidsplan og budsjett 2018.

Styrets vedtak:

1. *Styret tar redegjørelsen om det videre arbeidet med oppfølging av økonomisk langtidsplan 2018-2021 til orientering.*
2. *Styret ber om å bli orientert om fremdrift i møtet 29. september.*

Ved behandling av sak 36/2017 om Økonomisk langtidsplan 2018-2021 (37) den 24. mai 2017 ble det fattet følgende vedtak:

1. *Styret gir sin tilslutning til forslaget til økonomisk langtidsplan.*
2. *Styret konstaterer at kravet til resultatforbedring de nærmeste årene er svært krevende, men nødvendig for å sikre tilstrekkelig finansiering av investeringer i bygg og medisinskteknisk utstyr.*
3. *Styret ber om å bli orientert om prosjektene innenfor «forbedring av drift» i styremøtet 29. september 2017.*
4. *Styret vedtar foreløpig styringsmål for 2018 med 300 millioner kroner i overskudd. Styret understreker at styringsmålet er betinget av reelt uendret finansieringsregime fra 2017 til 2018. Styret ber administrerende direktør følge opp tildelingen av basisinntekter og endringene i aktivitetsbaserte inntekter overfor Helse Sør-Øst RHF.*

I sak 44/2017 ble styret orientert om at utfordringsbildet viser at helseforetaket i 2018 må øke den samlede aktiviteten kombinert med at det gjennomføres kostnadsreducerende tiltak. Styret ble også orientert om at det er en risiko for betydelige negative konsekvenser av endringer i etablerte finansieringsordninger for 2018, og at administrerende direktør med utgangspunkt i styrets vedtak fra 24. mai 2017 vil følge opp disse forholdene videre med Helse Sør-Øst RHF.

Ut fra mottatt tidsplan for arbeidet med budsjett 2018 vil helseforetaket få foreløpige inntektsrammer for 2018 først 6. november. Basert på informasjon fra regjeringens forslag til statsbudsjett som legges frem 12. oktober og status i andre saker, blant annet ISF-regelverket for 2018 som presenteres av Helsedirektoratet 17. oktober, vil foretaket imidlertid oppdatere vurderingen av utfordringsbildet. På nåværende tidspunkt foreligger imidlertid ingen vesentlig endret vurdering av foretakets samlede utfordringsbilde for 2018.

I budsjettskriv til klinikkene fra juli 2017 er behovet for effektivitetsforbedring beskrevet på følgende måte:

«Det er behov for effektivitetsforbedringer i den kliniske drift på mellom 2 ½ og 3 prosent for Oslo universitetssykehus HF samlet. Dette gjør det nødvendig med forbedringer i alle klinikkene. For de somatiske klinikker og støtteklinikken må det legges til grunn at det arbeides med forbedringer i størrelsesorden 3 prosent. 1

prosent av effektivitetsforbedringen skal konkretiseres som kostnadsreducerende tiltak.»

Klinikkene arbeider ut fra dette både med å planlegge tiltak i egen klinikk og med å implementere sykehusovergrepene tiltak, tiltak som skal gjøres likt i alle klinikker, basert på programmet Forbedret drift. For å forberede tildeling av budsjetttrammer 2018 til klinikkene ble det gjennomført budsjettmøter med alle klinikkene i august. Tema på disse møtene var gjennomgang av klinikkens vurdering av behov for aktivitetsvekst, status i klinikkens arbeid med kostnadsreducerende tiltak og klinikkens ønsker om satsningsområder. På utvidet ledermøte tirsdag 19. september ble status for arbeidet med budsjett og tiltak for 2018 i klinikkene gjennomgått.

Oslo universitetssykehus HF har en rekke områder hvor det er behov for endret finansiering i 2018 og hvor dette ikke automatisk fanges opp av de regionale inntektsmodellene. Helseforetaket hadde en første gjennomgang av aktuelle saker med Helse Sør-Øst RHF fredag 15. september. Det er avtalt videre arbeid på mange av områdene. Dette gjelder blant annet finansiering av regionalt utdanningscenter, finansiering av nye metoder (og medikamenter) som for eksempel Spinraza og behov for økt finansiering av regionale funksjoner innenfor psykisk helsevern.

Fra 2018 er det varslet nytt refusjonssystem for polikliniske laboratorieundersøkelser og nytt grunnlag for beregning av kostnadsvekter innen ISF-ordningen. Det foreligger ikke ny informasjon om effektene av dette.

Tidsplan for styrets videre behandling av budsjett 2018 er som følger:

26. oktober	Status for klinikkvise tiltaksplaner og informasjon om statsbudsjett og finansiering av investeringer
15. desember	Drøftet detaljert investerings- og driftsbudsjett, med vedtak om resultatkrav 2018

10. Budsjett 2019 og arbeid med inntektsfordeling i Helse Sør-Øst (videreutvikling av inntektsmodell)

Helse Sør-Øst RHF har besluttet å etablere prosjekter for videreutvikling av inntektsmodellene og inntektsfordelingen i Helse Sør-Øst. Eventuelle endringer i inntektsfordeling kan få effekt fra 2019 budsjettet. I mandatet fremgår at det skal arbeides med syv områder, hvorav 3 av områdene blir prosjektorganisert med deltakelse fra helseforetakene og er av særskilt betydning for Oslo universitetssykehus HF. Dette er følgende:

I. Somatikk:

- a. Finansiering av høyspesialiserte funksjoner ved Oslo universitetssykehus
- b. Øvrig aktivitet ut over ordinær gjestepasientaktivitet ved Oslo universitetssykehus

II. Psykisk helsevern og TSB

- a. Storbykriteriet innen psykisk helsevern og TSB
- b. Ambulant virksomhet innen psykisk helsevern

III. Fordeling av inntektsmodelleffekter innad i Oslo sykehusområde

Helseforetaket deltar i arbeidet med med representanter fra økonomi og helsefag

Styresak 54/2017 Tabellvedlegg – månedsrapport august 2017

Oslo universitetssykehus HF
OUS HF

Rapporteringsperiode: August 2017
(Bemanningsstall til og med september 2017)

Tabellvedlegg

Rapporten viser enkelte indikatorer for driften ved Oslo universitetssykehus HF

1. Innhold i tabellvedlegg

2. Pasientbehandling

2.1 Aktivitet

2.2 Ventelisteutvikling

2.3 Fristbrudd

2.4 Hendelsesregistrering og avvik mv

3. Økonomi og finans

3.1 Økonomisk resultat OUS

3.2 Økonomisk resultat klinikker

3.3 Datterselskap, investeringer og likviditet

4 Bemanning

4.1 Bemanningsutvikling – graf OUS

4.2 Bemanningsindikatorer, internt finansierte

4.3 Utvikling sykefravær

4.4 Sykefravær per klinikk

Definisjoner årsverksindikatorer

Følgende klinikkbetegnelser er brukt i tabeller/graffer:

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	Kvinneklubnikken
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 sykehusservice
STA	Direktørens stab
FPO (SPO)	Fellesposter
Konsern	Datterselskap
OUS	Oslo universitetssykehus HF

Andre forkortelser og begrep:

HIÅ: Hittil i år

Status per mnd: Akkumulerte tall

PHV: Psykisk helsevern

VOP: Voksenpsykiatri

BUP: Barne- og ungdomspsykiatri

TSB: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

1. Styringsmål 2017 (fra oppdrag og bestilling)

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

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

Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

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

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

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

Følges opp gjennom månedlig, tertialvis og årlig rapportering

1. Styringsmål 2017 - rapportering

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

2.1 Aktivitet somatikk (DRG-poeng)

Periode: AUGUST 2017	Periodens tall				HITTIL I ÅR	Hittil i år			Sammenligning 2016	
Klinikk	Budsjett	Resultat	Avvik	Avvik i %	Budsjett	Resultat	Avvik	Avvik i %	Endring	i %
Medisinsk klinikk	2 107	2 163	56	2,7 %	18 358	17 403	-955	-5,2 %	-439	-2,5 %
Hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	1 621	1 674	53	3,3 %	14 573	14 677	104	0,7 %	850	6,1 %
Nevrologiklinikk	1 940	1 990	50	2,6 %	17 165	17 409	244	1,4 %	870	5,3 %
Ortopedisk klinikk	1 592	1 560	-32	-2,0 %	13 990	14 153	163	1,2 %	712	5,8 %
Barne- og ungdomsklinikk	1 129	1 208	79	7,0 %	9 757	9 726	-31	-0,3 %	171	1,8 %
Kvinneklinikk	1 849	1 802	-47	-2,5 %	14 780	14 020	-760	-5,1 %	-656	-4,5 %
Kirurgi, inflammasjonsmedisin og transpl	2 707	2 526	-181	-6,7 %	22 613	22 806	193	0,9 %	722	3,3 %
Kreftklinikk	2 543	2 533	-10	-0,4 %	20 987	21 114	127	0,6 %	498	2,4 %
Hjerte-, lunge- og karklinikk	2 205	2 413	208	9,4 %	21 257	21 904	647	3,0 %	1 043	5,0 %
Akuttklinikk	253	146	-107	-42,3 %	1 918	1 356	-562	-29,3 %	-488	-26,5 %
Laboratoriemedisin	12	14	2	16,7 %	116	115	-1	-0,9 %	11	10,6 %
SUM TOTALT	18 060	18 464	404	2,2 %	156 593	156 844	251	0,2 %	3 320	2,2 %

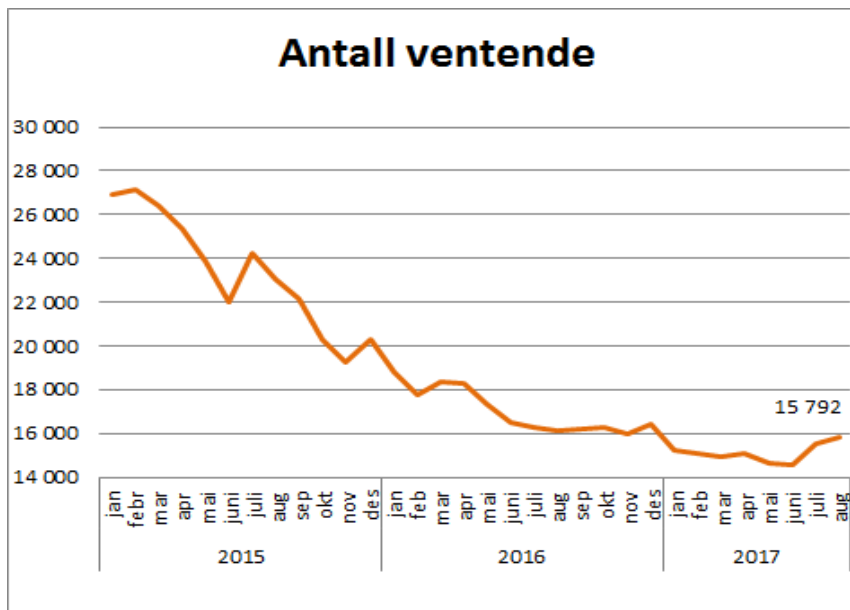
- Estimat for forventet etterregistrering er inkludert med 255 DRG-poeng.
- Ved sammenligning med 2016 er 2016-data fremstilt med vektorer og logikk for 2017.

2.1 Aktivitet – psykisk helsevern

Rapporteringsperiode: AUGUST 2017	Denne periode				Hittil i år				2017 mot 2016	
Oslo universitetssykehus HF	Resultat	Budsjett	Awik	%	Hittil i år	Budsjett	Awik	%	Endring	%
Psykisk helsevern - voksen										
Antall utskrevne pasienter døgntil behandling	220	147	73	49,7 %	1 573	1 189	384	32,3 %	250	18,9 %
Antall liggedøgn døgntil behandling	5 720	5 776	-56	-1,0 %	48 121	46 850	1 271	2,7 %	-1 336	-2,7 %
Antall polikliniske konsultasjoner (gammel indikator)	8 381	8 029	352	4,4 %	70 095	66 539	3 556	5,3 %	2 970	4,4 %
Justert sammenligning konsultasjoner 2016 - 2017									2 939	4,6 %
Psykisk helsevern - barn og unge										
Antall utskrevne pasienter døgntil behandling	13	11	2	18,2 %	102	98	4	4,1 %	-4	-3,8 %
Antall liggedøgn døgntil behandling	651	489	162	33,1 %	4 218	3 627	591	16,3 %	579	15,9 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	503	309	194	62,8 %	2 452	2 080	372	17,9 %	426	21,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner (gammel indikator)	3 398	2 927	471	16,1 %	29 522	29 340	182	0,6 %	339	1,2 %
Justert sammenligning konsultasjoner 2016 - 2017									606	2,1 %
TSB										
Antall utskrevne pasienter døgntil behandling	203	190	13	6,8 %	1 559	1 521	38	2,5 %	23	1,5 %
Antall liggedøgn døgntil behandling	1 984	2 148	-164	-7,6 %	16 367	16 591	-224	-1,4 %	-518	-3,1 %
Antall polikliniske konsultasjoner (gammel indikator)	1 978	1 921	57	3,0 %	16 274	16 241	33	0,2 %	657	4,2 %

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

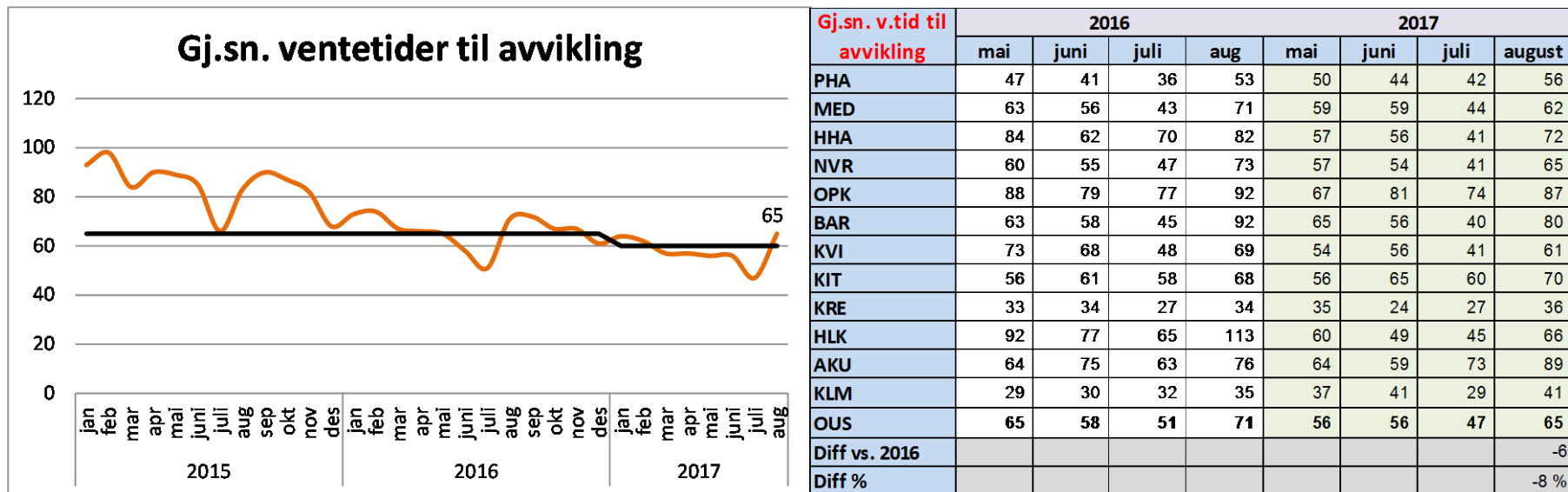
2.2 Ventelisteutvikling – antall ventende



Antall ventende	2016				2017			
	mai	juni	juli	aug	mai	juni	juli	august
PHA	473	489	536	495	597	575	627	464
MED	2 080	1 961	2 181	2 236	2 117	2 080	2 270	2 298
HHA	2 194	2 219	2 287	2 370	2 147	2 287	2 395	2 556
NVR	1 574	1 524	1 743	1 706	1 557	1 356	1 490	1 593
OPK	1 608	1 616	1 881	1 883	1 518	1 481	1 653	1 777
BAR	678	716	832	742	668	653	731	643
KVI	1 030	1 091	1 283	1 244	1 051	973	955	1 007
KIT	5 627	4 747	3 240	3 141	3 254	3 399	3 502	3 468
KRE	345	313	265	311	348	321	337	384
HLK	1 145	1 238	1 389	1 392	658	677	797	769
AKU	105	132	141	121	108	148	171	170
KLM	448	470	468	501	644	585	622	663
Sum klinikker	17 307	16 516	16 246	16 142	14 668	14 535	15 550	15 792
Diff vs. 2016								-350
Diff %								-2 %

Antall ventende = ikke avviklede henvisningsperioder

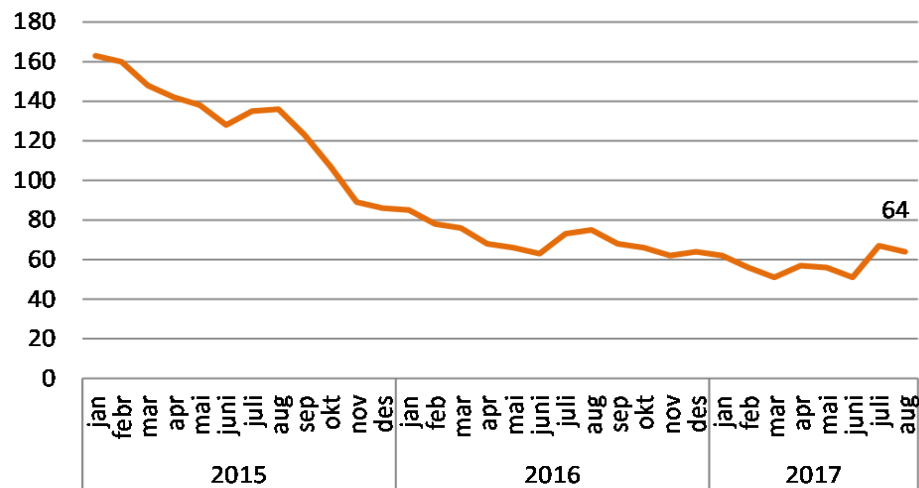
2.2 Gjennomsnittlige ventetider til avvikling



Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

2.2 Gjennomsnittlige ventetider ventende

Gj.sn. ventetider ventende

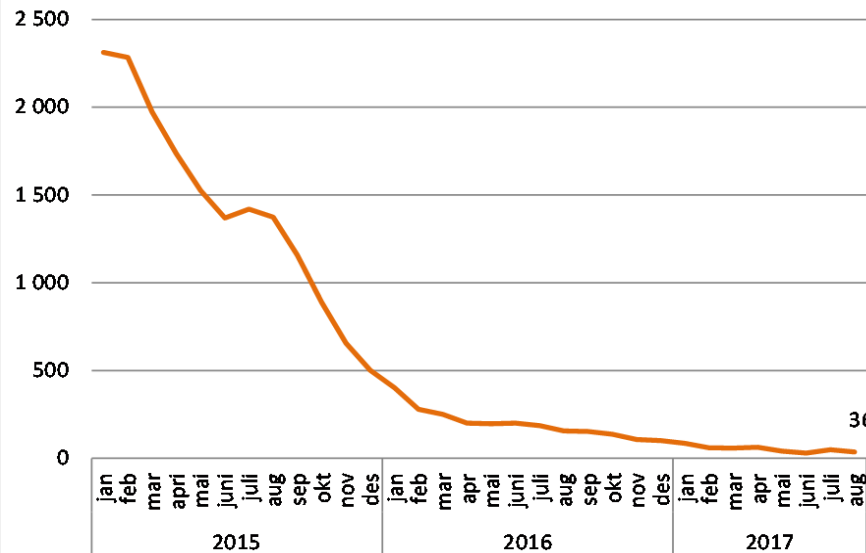


Gj.sn. v.tid ventende	2016				2017			
	mai	juni	juli	aug	mai	juni	juli	august
PHA	37	37	44	41	36	33	55	46
MED	53	47	61	60	52	47	61	61
HHA	91	81	92	84	68	62	82	77
NVR	45	42	53	54	42	38	56	50
OPK	105	103	105	112	78	67	78	79
BAR	64	57	73	80	50	49	65	62
KVI	55	49	63	67	46	44	62	57
KIT	65	66	70	77	59	56	70	69
KRE	40	26	45	53	55	48	55	31
HLK	72	69	84	92	52	41	67	60
AKU	41	40	53	51	47	42	59	62
KLM	33	31	42	38	44	35	49	48
OUS	66	63	73	75	56	51	67	64
Diff vs. 2016								-11
Diff %								-15 %

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

2.2 Langtidsventende (≥ 12 mnd)

Ventende ≥ 12 mndr.



Antall ventet ≥ 1 år	2016				2017			
	mai	juni	juli	aug	mai	juni	juli	august
PHA	-	4	-	1	-	-	3	1
MED	3	2	1	2	1	-	-	-
HHA	75	80	80	38	16	19	26	20
NVR	4	7	3	3	1	1	2	2
OPK	82	82	72	76	12	4	5	4
BAR	1	-	-	1	-	-	-	-
KVI	5	1	1	-	-	1	-	-
KIT	18	23	25	33	6	3	2	5
KRE	6	1	3	2	2	2	4	1
HLK	2	-	1	-	2	-	6	2
AKU	-	-	-	-	-	-	-	-
KLM	0	-	-	-	-	-	-	1
Sum	196	200	186	156	40	30	48	36
Diff vs. 2016								-120
Diff %								-77 %

2.3 Fristbrudd

Fristbrudd ordinært avviklede	2016				2017				Andel
	Antall				Antall				
	mai	juni	juli	aug	mai	juni	juli	aug	
PHA	1	1	-	-	2	-	-	-	0,0%
MED	6	4	5	5	3	7	2	2	0,2%
HHA	5	7	10	8	6	10	7	5	0,6%
NVR	8	5	3	3	5	5	1	1	0,2%
OPK	1	1	1	1	1	1	2	-	0,0%
BAR	2	4	2	13	20	3	-	9	3,5%
KVI	1	1	6	7	1	3	1	6	1,6%
KIT	13	23	8	11	36	61	27	45	3,7%
KRE	37	19	10	10	14	15	13	22	7,7%
HLK	2	2	3	5	1	2	6	7	2,8%
AKU	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0%
KLM	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0%
Sum	76	67	48	63	91	107	59	97	1,8%
Endr fra 2016								34	
Endr i %								54%	

Fristbrudd ventende	2016				2017				Andel
	Antall				Antall				
	mai	juni	juli	aug	mai	juni	juli	aug	
PHA	1	3	-	2	-	-	1	-	0,0%
MED	2	5	5	1	-	-	2	1	0,0%
HHA	4	3	4	1	4	2	3	1	0,0%
NVR	-	2	1	2	3	1	6	5	0,3%
OPK	5	2	-	1	2	2	-	1	0,1%
BAR	4	2	4	4	3	-	6	3	0,5%
KVI	1	-	4	-	-	-	1	1	0,1%
KIT	16	4	6	9	37	29	56	40	1,2%
KRE	11	2	4	1	5	3	16	5	1,3%
HLK	1	1	-	2	4	4	19	7	0,9%
AKU	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0%
KLM	1	-	-	-	-	-	-	-	0,0%
Sum	46	24	28	23	59	41	110	64	0,4%
Endr fra 2016								41	
Endr i %								178%	

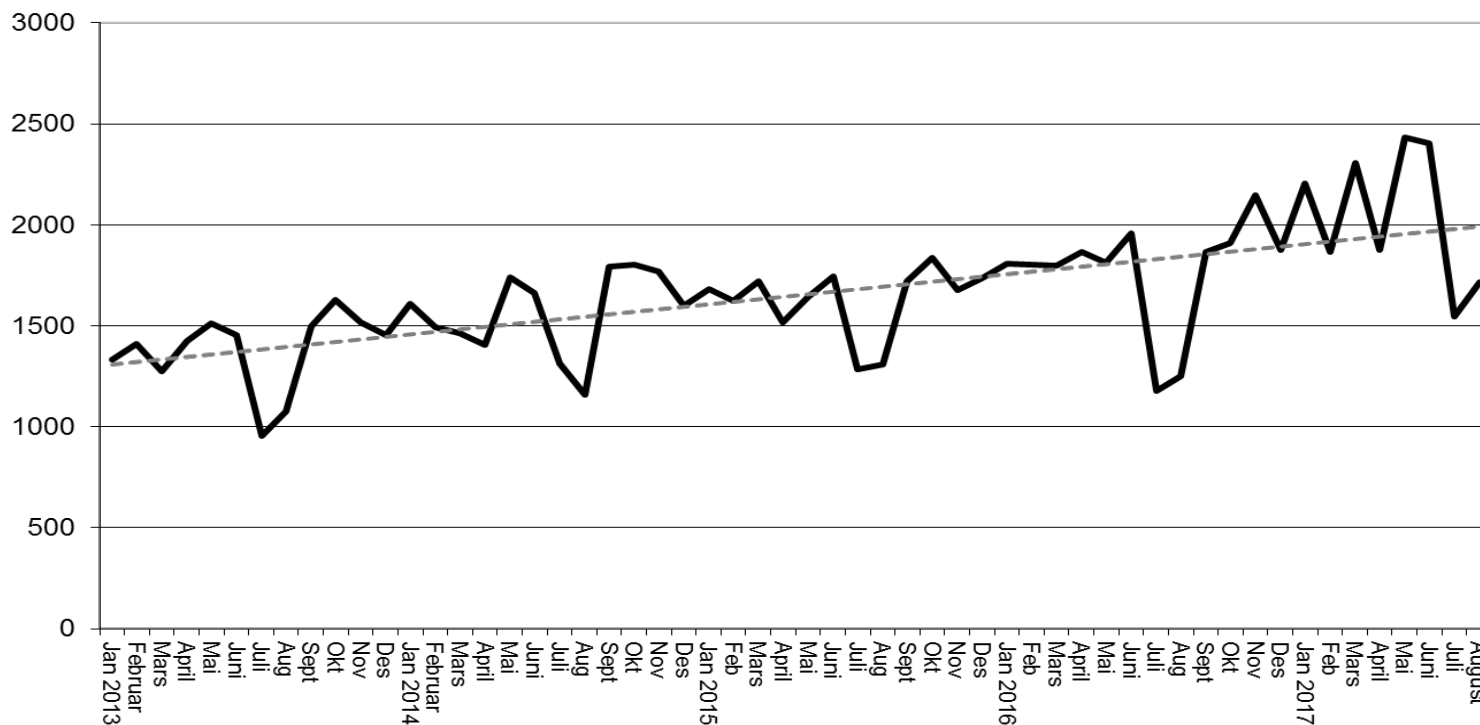
Fristbrudd avviklede: Frist var overskredet på tidspunkt for avvikling.

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

Sammenligningstall for 2016 er slik de inngikk i rapporteringen gjennom fjoråret.

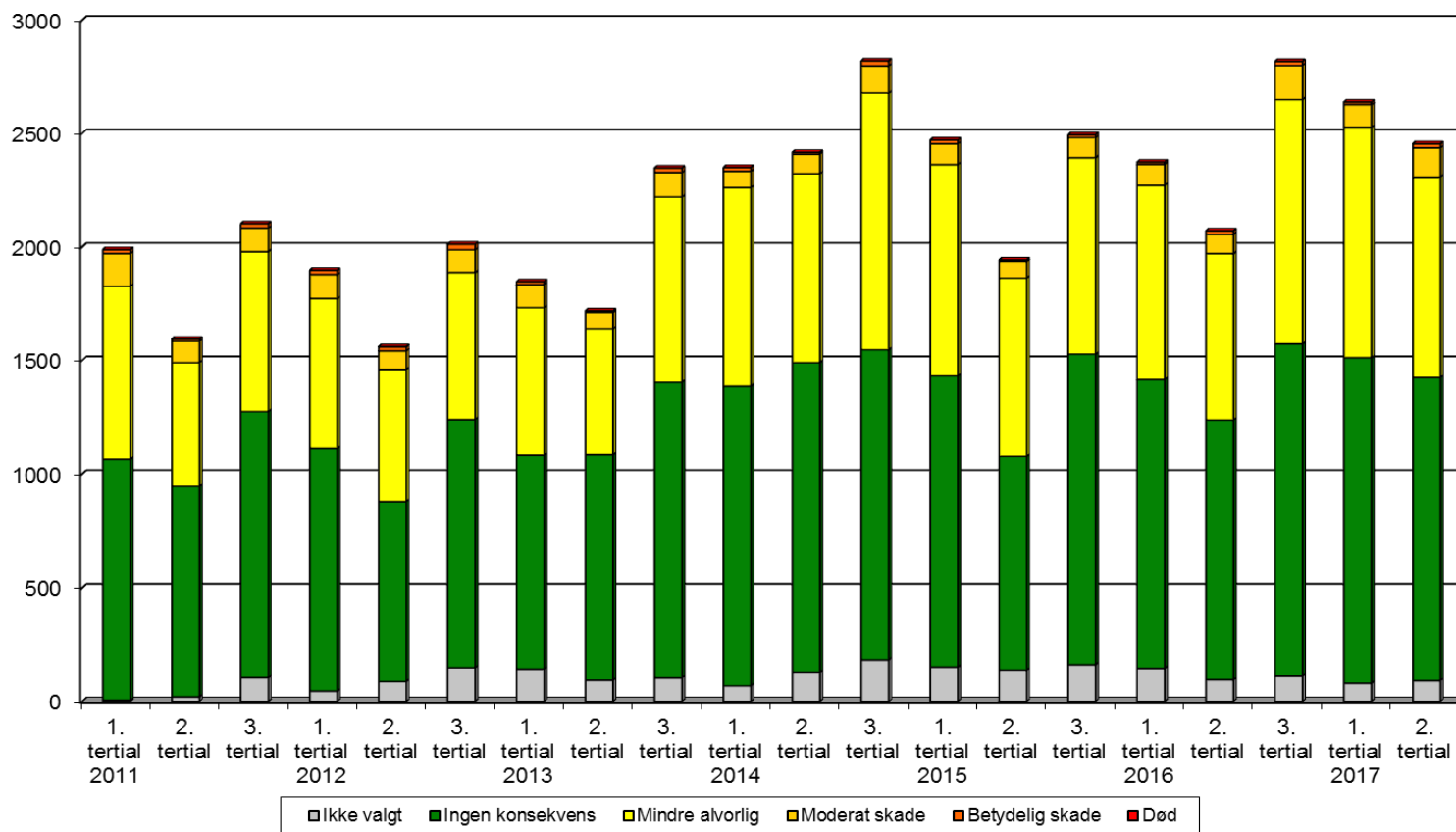
2.4 Hendelsesregistrering og avvikshåndtering

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



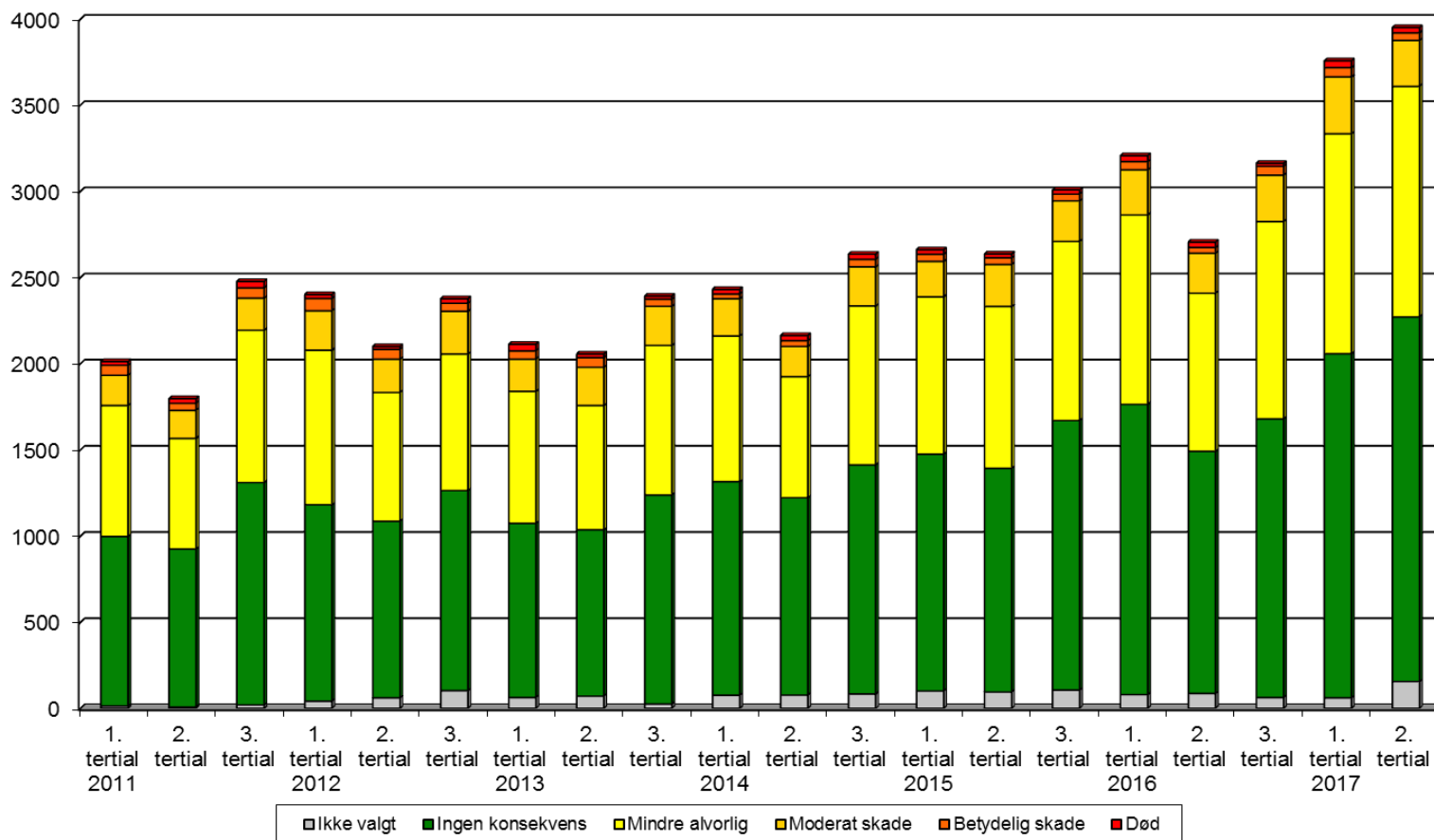
2.4 Hendelsesregistrering og avvikshåndtering

Andre avvik - faktisk konsekvens



2.4 Uønskede pasienthendelser

Pasienthendelser - faktisk konsekvens, antall



2.4 Fordeling av pasienthendelser i hovedkategorier

		Totalt	Ingen konsekvens	Mindre alvorlig	Moderat skade	Betydelig skade	Dødsfall	Ikke valgt
Pasienthendelse		3758	1997	1276	330	54	40	61
Behandling og pleie	24 %	904	445	303	115	14	21	6
Diagnostikk / utredning	11 %	408	194	148	34	15	7	10
Dokumentasjon / informasjon	10 %	367	225	117	19	1	0	5
Fall og uhell	6 %	243	123	79	31	5	4	1
Infeksjon	1 %	28	10	10	4	2	1	1
Legemidler og blodprodukter	18 %	675	420	223	23	3	2	4
Medisinsk utstyr	5 %	201	123	62	13	2	0	1
Pasientadferd	2 %	61	12	27	17	2	3	0
Pasientadministrasjon	17 %	641	343	240	41	7	1	9
Ikke kategorisert	6 %	230	102	67	33	3	1	24

2.4 Prosentvis fordeling av kategoriserte hendelser

	2. tertial 2015	3. tertial 2015	1. tertial 2016	2. tertial 2016	3. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017
Andel betydelig skade / død	2,4 %	2,1 %	2,6 %	2,4 %	2,2 %	2,5 %	1,9 %
Andel med ingen konsekvens / nesten-uhell	49 %	52 %	53 %	52 %	51 %	53 %	54 %

2.4 Antall varsler til Statens helsetilsyn med påfølgende oppfølging

	2.tertial 2015	3.tertial 2015	1.tertial 2016	2.tertial 2016	3.tertial 2016	1.tertial 2017	2.tertial 2017
Avsluttet etter innledende undersøkelser	16	4	15	12	12	15	15
Oppfølging - anmodning om redegjørelse	1	1	4	1	1	3	2
Tilsynsmessig oppfølging av fylkesmannen	1	5	13	7	11	18	14
Skriftlig tilsyn v/Statens helsetilsyn	1	1	0	0	1		0
Stedlig tilsyn v/Statens helsetilsyn	0	2	2	2	0	0	1
Ikke ferdigbehandlet	1	1	0	1	0	0	1
Totalt	22	14	34	23	25	36	33

2.4 Nye klager og klagerelaterte saker.

Tilsynssaker opprettet etter § 3-3a-varsler inngår her.

* Ny kategori i statistikken.

	T1 2015	T2	T3	T1 2016	T2	T3	T1 2017	T2
Fra Fylkesmannen	43	39	51	54	24	22	24	35
Fra Pasientombud	21	21	17	12	16	24	14	21
Tilsynssaker fra Fylkesmannen *	-	-	-	14	27	38	36	42

2.4 Fylkesmannens konklusjoner i tilsynssaker som er avsluttet i perioden:

	2. tertial 2016		3. tertial 2016		1. tertial 2017		2. tertial 2017	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Avsluttet uten anmerkning	7	37 %	12	7 %	10	40 %	11	52 %
Avsluttet med anmerking	3	16 %	2	11 %	3	12 %	7	33 %
Brudd på informasjonsplikt	0	0 %	3	0 %	2	8 %	0	0 %
Brudd på pasientrettigheter	0	0 %	0	11 %	0	0 %	0	0 %
Brudd på krav til journalføring	2	11 %	3	22 %	2	8 %	1	5 %
Brudd på forsvarlighet	6	32 %	6	0 %	8	32 %	2	10 %
Brudd på helsepersonelloven	0	0 %	0	4 %	0	0 %	0	0 %
Brudd på taushetsplikt	1	5 %	1	7 %	0	0 %	0	0 %
SUM	19	100 %	27	100 %	25	100 %	21	100 %

3.1 Økonomisk resultat

Tall i hele 1000 kr	Budsjett 2017	August				Hittil i 2017			
		Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %
Basisramme	11 585 683	965 005	962 962	2 043	0,2 %	7 631 354	7 615 108	16 246	0,2 %
Aktivitetsbaserte inntekter	8 155 273	632 447	615 857	16 590	2,7 %	5 365 897	5 354 449	11 449	0,2 %
Andre inntekter	2 435 669	235 903	208 130	27 773	13,3 %	1 745 848	1 581 174	164 674	10,4 %
Sum driftsinntekter	22 176 625	1 833 355	1 786 949	46 406	2,6 %	14 743 099	14 550 731	192 368	1,3 %
Lønn -og innleiekostnader	15 324 383	1 258 897	1 246 023	-12 874	-1,0 %	10 109 904	10 022 287	-87 618	-0,9 %
Kjøp av helsetjenester	471 052	39 211	38 990	-222	-0,6 %	339 438	313 382	-26 056	-8,3 %
Varekostnader mv	2 409 726	193 200	182 019	-11 181	-6,1 %	1 598 635	1 570 416	-28 218	-1,8 %
Andre driftskostnader	3 729 312	304 635	301 426	-3 209	-1,1 %	2 591 222	2 481 567	-109 656	-4,4 %
Sum driftskostnader	21 934 473	1 795 944	1 768 458	-27 486	-1,6 %	14 639 199	14 387 652	-251 548	-1,7 %
Driftsresultat	242 152	37 411	18 491	18 920	1,1 %	103 899	163 079	-59 180	-0,4 %
Netto finans	7 848	846	2 342	-1 497	-63,9 %	23 952	3 587	20 365	567,8 %
Resultat OUS	250 000	38 257	20 833	17 424	1,0 %	127 852	166 666	-38 814	-0,3 %

3.1 Kommentarer til resultat per ØBAK-linje

Art_ØBAK	Resultat	Budsjett	Avvik	Kommentarer til de største avvikene
Basisramme	7 579 770	7 563 524	16 246	Awiket gjelder økt basisramme for å finansiere økte pensjonskostnader. Totalt er det tildelt 24,5 mnok for hele 2017.
Kvalitetsbasert finansiering	51 584	51 584	0	
ISF egne pasienter	2 537 925	2 545 092	-7 167	Innen somatikken samlet er aktivitet og tilhørende ISF-inntekter om lag som budsjettert per august. Det er fortsatt negative aktivitetsavvik i enkelte klinikker, størst i Medisinsk klinikk og Kvinneklinikken. For pasientadministrerte legemidler er det et negativt avvik på om lag 4,5 mnok skyldes som i hovedsak skyldes lavere ISF-inntekt fra de nye legemidlene som ble overført fra folketrygden fra og med 2017 og for pasientadministrerte kreftlegemidler. Innen PHA er det et negativt avvik på om lag 3 mnok per august.
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	538 923	532 715	6 208	
ISF-refusjon fritt behandlingsvalg	0	0	0	
ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	34 358	37 095	-2 737	
ISF-refusjon pasientadministrerte lege	39 461	44 104	-4 643	
Utskrivningsklare pasienter	2 707	1 326	1 380	Antall utskrivningsklare pasienter er noe høyere enn forventet, derfor også noe høyere inntekt.
Gjestepasienter	422 765	412 816	9 949	Inntekter for pasienter fra andre regioner er 10 mnok høyere enn budsjettert og gjelder i hovedsak dag/døgn- og poliklinisk behandling innen somatikken. Kurddøgninntektene er noe lavere og PHA har et negativt avvik på 2 mnok.
Salg av konserninterne helse tjenester	1 339 267	1 338 497	770	Samlede konserninterne gjestepasientinntekter er om lag som budsjettert per august. Innenfor psykisk helse er inntektene om lag 5 mnok lavere enn budsjettert, mens innen somatikken er inntektene om lag som budsjettert. Det er positive avvik innen kurddøgn og lab-/røntgen-området.
Polikliniske inntekter	450 491	442 803	7 688	De polikliniske inntektene er om lag 8 mnok høyere enn budsjett. PHA har et negativt avvik på om lag 2 mnok, Klinikk for Laboratoriemedisin har et positivt avvik på om lag 6 mnok og somatikken har et positivt avvik på om lag 3 mnok.
Ørmerkede tilskudd raskere tilbake	35 232	39 978	-4 746	Det er inntektsført noe lavere inntekter enn budsjettert for Raskere tilbake. Aviket gjelder i all hovedsak Kreftklinikken.
Andre ørmerkede tilskudd	842 294	854 492	-12 197	Inntektene føres i takt med faktisk forbruk (kostnadene).
Andre driftsinntekter	868 321	686 704	181 617	Positivt avvik på 181 mnok gjelder bl.a. tilskudd fra private (som salderes under "andre ørmerkede tilskudd" og må ses i sammenheng med denne ØBAK-linjen), høyere salgs- og leieinntekter og refusjon av egenandeler fra HELFO (blant annet innenfor pasientreiser). Det er også flere andre små positive avvik som fordeler seg over flere poster som bidrar til det positive aviket.
Sum driftsinntekter	14 743 099	14 550 731	192 368	
Kjøp av off helse tjenester	48 904	29 221	-19 683	Awiket gjelder i hovedsak optrekkskostnader Cytostatika, samt kjøp av offentlige laboratorietjenester.
Kjøp av private helse tjenester	230 567	239 581	9 014	Kostnadene til kjøp av private helse tjenester er om lag 9 mnok lavere enn budsjettert og gjelder i stor grad lavere kostnader ved kjøp av behandling i utlandet enn budsjettert.
Varekostnader	1 598 635	1 570 416	-28 218	Varekostnadene er 28 mnok høyere enn budsjettert. Det er bl. a. høyere kostnader enn budsjettert ved kjøp av medikamenter og andre medisinske forbruksvarer. Avik for varekostnader må delvis ses i sammenheng med avvik for kjøp av offentlige helse tjenester, da blant annet kostnader til kjøp av mva-frie tjenester fra apoteket, som optrekk av cytotatika bokføres her (er budsjettert under varekostnader).
Innleid arbeidskraft	136 865	102 862	-34 003	Innleiekostnadene er høyere enn budsjettert og økt med om lag 13 mnok (10 %) fra samme tid i fjor.
Kjøp av konserninterne helse tjenester	59 967	44 580	-15 387	De totale kostnadene til kjøp av konserninterne helse tjenester er om lag 15 mnok høyere enn budsjett per august. Aviket gjelder i både innen PHA og somatikken (både kurddøgn og dag/døgn/poliklinikk).
Lønn til fast ansatte	6 973 033	7 000 457	27 424	De samlede lønnskostnadene er om lag 53 mnok høyere enn budsjettert. I resultatet inngår 25,5 mnok i høyere pensjonskostnader enn forutsatt i budsjettet (motpost økt basisramme). Deler av aviket kan relateres til aktivitet med ørmerket finansiering. Lønnsrefusjonene er høyere enn budsjettert, men må ses i sammenheng med høyere kostnader til overtid og ekstrahjelp.
Overtid og ekstrahjelp	829 588	702 965	-126 623	
Pensjon	1 483 174	1 457 610	-25 565	
Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft	-498 769	-448 523	50 246	
Annen lønn	1 186 013	1 206 915	20 902	
Avskrivninger	605 646	583 936	-21 711	Avskrivningene er om lag 22 mnok høyere enn budsjettert. Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for ibrukttagelse.
Nedskrivninger	0	0	0	
Andre driftskostnader	1 985 576	1 897 631	-87 945	Andre driftskostnader er 88 mnok høyere enn budsjettert. En stor del av aviket gjelder ørmerkede midler, som har tilsvarende høyere inntekter. Endret bokføring av kostnader til pasientreiser (fra netto til brutto) etter at budsjettet var ferdigstilt medfører et avvik på om lag 57 mnok (tilsvarende inntekt under andre driftsinntekter). Avik knyttet til ordinær drift består av flere mindre avvik på flere poster. Bl.a. høyere energiutgifter enn budsjettert (om lag 7 mnok). I aviket inngår også lavere IKT-kostnader enn budsjettert.
Sum driftskostnader	14 639 199	14 387 652	-251 548	
Finansinntekter	-58 672	-42 735	15 937	Positiv netto finans kommer i hovedsak som følge av positivt bidrag fra datterselskap (SMOS).
Finanskostnader	34 720	39 148	4 428	
Netto finans	-23 952	-3 587	20 365	

3.2 Økonomisk resultat – per klinikk

Økonomisk resultat	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Klinikk psykisk helse og avhengighet	-4 527	0	-4 527	-2,6 %	-34 954	0	-34 954	-2,5 %
Medisinsk klinikk	-1 004	0	-1 004	-0,8 %	-33 633	0	-33 633	-3,8 %
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	2 963	0	2 963	4,6 %	-738	0	-738	-0,1 %
Nevroklubben	-2 546	-32	-2 514	-3,0 %	-13 994	116	-14 110	-2,1 %
Ortopedisk klinikk	-2 337	0	-2 337	-4,1 %	-12 641	0	-12 641	-2,9 %
Barne- og ungdomsklubben	1 974	0	1 974	2,1 %	-25 824	0	-25 824	-3,6 %
Kvinnelklubben	1 241	0	1 241	2,2 %	-22 000	0	-22 000	-4,9 %
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	-9 808	0	-9 808	-10,1 %	-34 758	0	-34 758	-4,6 %
Kreftklubben	3 052	-65	3 116	2,1 %	1 788	225	1 563	0,1 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	176	0	176	0,2 %	10 926	0	10 926	1,4 %
Akuttklubben	1 182	0	1 182	0,8 %	-12 806	0	-12 806	-1,0 %
Prehospital klinikk	4 038	0	4 038	5,5 %	9 106	0	9 106	1,5 %
Klinikk for laboratoriemedisin	2 493	0	2 493	1,6 %	2 220	0	2 220	0,2 %
Klinikk for radiologi og nuklearmedisin	-2 387	0	-2 387	-3,2 %	-704	0	-704	-0,1 %
Oslo sykehusservice	1 686	0	1 686	1,0 %	-4 143	0	-4 143	-0,3 %
Direktørens stab	19 914	0	19 914	17,1 %	59 715	0	59 715	5,7 %
Fellesposter	21 576	17 310	4 265	12,7 %	211 936	158 262	53 673	8,1 %
Konsern	570	3 619	-3 049		28 359	8 063	20 296	
Sum OUS	38 257	20 833	17 424	1,0 %	127 852	166 666	-38 814	-0,3 %

3.2 Kommentarer til klinikkens resultater

Klinikk	Avvik i mill kr	Overordnet beskrivelse av avvik
Klinikk psykisk helse og avhengighet	-35	Klinikkens inntekter er 13 mnok lavere enn budsjettert, mens kostnadene er 22 mnok høyere. På inntektsiden er det størst avvik for gjestepasientinntekter, men også noe lavere ISF-refusjoner (poliklinisk aktivitet). På kostnadssiden er det størst negativt avvik vedr. innleie og overtid.
Medisinsk klinikk	-34	Om lag 19 mnok av klinikkens avvik skyldes lavere aktivitet enn budsjettert. Klinikken har høyere kostnader enn budsjettert for både lønn, innleie av helsepersonell og varekostnader.
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	-1	Klinikken har høyere aktivitet og tilhørende inntekter enn budsjettert, men også høyere varekostnader som følger av høyt aktivitetsnivå.
Nevroklinikken	-14	Klinikken har noe lavere aktivitet enn budsjettert hva gjelder dag/døgn, mens kurdøgn og poliklinisk aktivitet er høyere. Klinikken har et høyere utgiftsnivå innen lønn, blodprodukter og pasienthotell enn forutsatt.
Ortopedisk klinikk	-13	De aktivitetsbaserte inntektene er høyere enn budsjettert (gjelder både poliklinikk og dag/døgn). Kostnadssiden har et negativt budsjettaavvik som i all hovedsak fordeler seg på lønnskostnader (inkl. innleie) og varekostnader.
Barne- og ungdomsklinikken	-26	Klinikken et negativt resultat hittil i år på 26 mnok som i all hovedsak kan relateres til merforbruk av ekstern innleie og medikamenter, samt lavere aktivitet enn forutsatt i budsjettert.
Kvinneklinikken	-22	Klinikken har et negativt avvik på 22 mnok, hvor lavere aktivitet/ISF-inntekter utgjør om lag 19 mnok. I tillegg er det noe høyere kostnader enn budsjettert, bl.a. innleie og kjøp av behandling i utlandet..
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	-35	Klinikken har høyere aktivitet og tilhørende inntekter enn budsjettert. Samtidig er det merforbruk på varekostnader knyttet til medikamenter og implantater, samt høyere lønnskostnader enn budsjettert. Det er også svært høye kostnader til blodprodukter grunnet pasientsammensetning, samt at merforbruk knyttet til intern inneleie og tolketjenester også bidrar til det negative resultatet.
Kreftklinikken	2	Klinikken har så langt i år inntekter som er høyere enn budsjettert. Varekostnadene er også høyere enn budsjettert, om lag tilsvarende avviket på inntektsiden.
Hjerte-, lunge- og karklinikken	11	Klinikken har et positivt akkumulert avvik på inntektsiden pga høy aktivitet på om lag 29 mnok. Det er også lavere varekostnader enn forutsatt, men samtidig høyere lønns- og innleiekostnader. Samlet gir dette et positivt avvik på 11 mnok.
Akuttklinikken	-13	Klinikkens negative resultat kan i hovedsak forklares ved lav DRG-aktivitet ved Smerteklinikken, samt merforbruk på varekostnader og lønn.
Prehospital klinikk	9	Vesentlig høyere driftsinntekter enn budsjettert henger sammen med inntekter fra egenandeler fra HELFO, som føres med bruttobeløp mot tidligere netto. Lønns- og driftskostnader for øvrig er om lag som budsjettert.
Klinikk for laboratoriemedisin	2	Klinikken har per august 2 mnok i mindreforbruk totalt. I dette inngår positivt avvik relatert til poliklinikkinntekter og lønnskostnader (ubesatte stillinger), men samtidig er varekostnadene høyere enn budsjettert.
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	-1	KRN ligger bak plantall på inntektene. Avviket skyldes nedgang i PET-undersøkelser og inntekter knyttet til de. Dette motvirkes av høy aktivitet og dermed høye inntekter innen radiologi. Som følge av lavere aktivitet innen PET brukes også mindre radiofarmakon. Dette bidrar positivt på kostnadssiden. Klinikken er i balanse på lønnskostnadene.
Oslo sykehuservice	-4	Klinikken har høyere inntekter fra tolketjenester, mens høye energi- og varekostnader (behandlingshjelpemidler) bidrar negativt. Samlet har klinikken et negativt avvik på om lag 4 mnok.
Stab	60	Om lag 47 mnok av avviket kan relateres til lavere kostnader enn budsjettert innenfor IKT-området (forsinkelse i prosjekter mv.) og 13 mnok til øvrig stab (inntekter for utleie av personell mv.).
Fellesposter / konsern mv	74	Datterselskap bidrar positivt med 20 mnok (hovedsakelig SMOS). Fellesposter viser et positivt avvik på 54 mnok (høyere gjestepasientinntekter og oppløsning av avsetning for lønnsoppgjør 2016 bidrar positivt).
Samlet avvik	-39	

3.2 Gjennomføring av tiltak

KLINIKK (tall i 1000 kr)	Budsjett tiltak per aug	Effekt tiltak per aug	Gjennomførings- % tiltak pr aug	Årsbudsjett tiltak	Årsprognose tiltak	Gjennomførings- % tiltak årsprognose
PHA	8 833	-	0 %	15 900	15 900	100 %
MED	17 836	7 866	44 %	26 778	12 983	48 %
HHA	13 333	13 047	98 %	16 500	18 000	109 %
NVR	15 221	9 744	64 %	24 550	16 800	68 %
OPK	10 950	5 200	47 %	17 800	13 400	75 %
BAR	20 505	8 546	42 %	30 923	14 003	45 %
KVI	2 976	3 876	130 %	6 730	5 477	81 %
KIT	24 977	13 802	55 %	37 667	23 798	63 %
KRE	24 728	20 502	83 %	38 544	35 988	93 %
HLK	16 856	15 270	91 %	25 269	24 852	98 %
AKU	19 087	10 306	54 %	28 069	19 171	68 %
PRE	3 628	4 608	127 %	4 750	5 950	125 %
KLM	24 389	15 928	65 %	37 525	29 635	79 %
KRN	4 765	3 971	83 %	10 486	8 982	86 %
OSS	24 322	19 415	80 %	39 920	34 970	88 %
SUM	232 408	152 081	65 %	361 410	279 907	77 %

3.3 Resultat for datterselskap mv

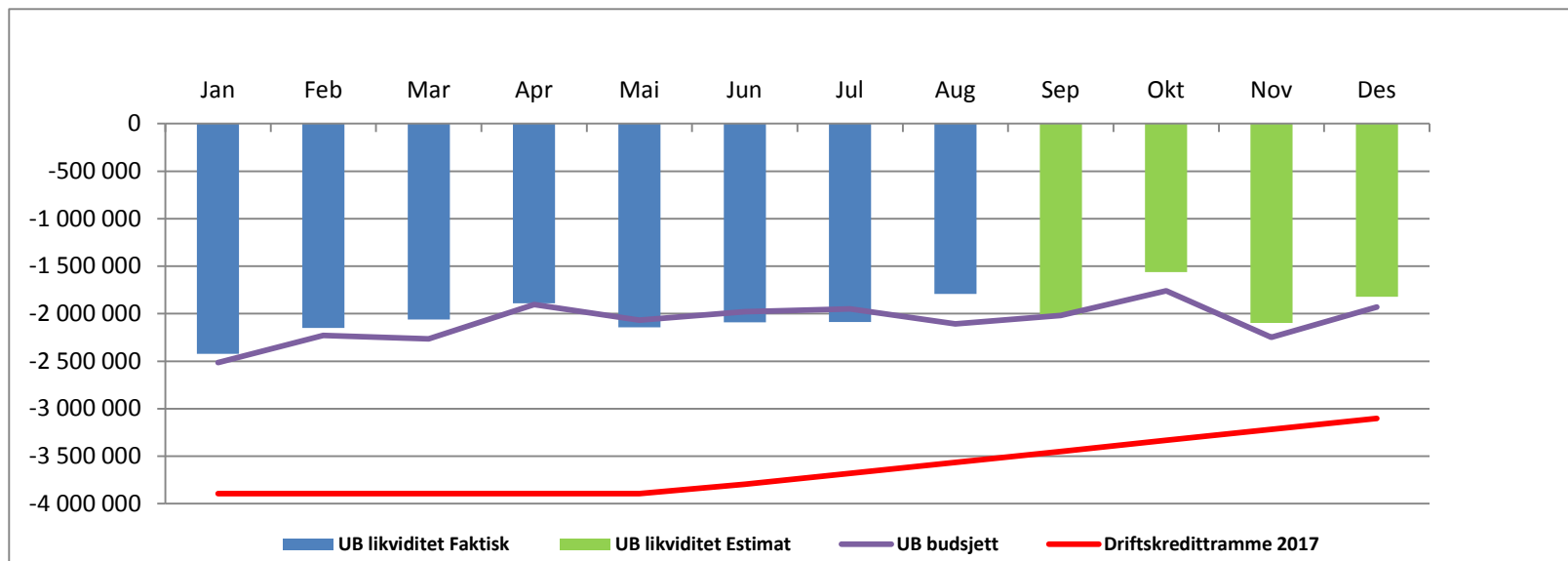
AS'ene i 1 000 kr	Årsbudsjett	Budsjett	Regnskap	Avvik HiÅ
		HiÅ	HiÅ	
Norsk Medisinsk Syklotronsenter AS	-5 500	-3 120	1 068	4 188
Radpark AS	3 088	2 058	3 496	1 438
Sophies Minde AS	20 678	8 537	22 610	14 073
Sykehotell AS	882	588	1 184	596
Totalt	19 148	8 063	28 359	20 296

3.3 Investeringer

Investeringer (Beløp i millioner kroner)		Budsjettert overheng hiå.	Regnskapsført overheng hiå.	Budsjett 2017 hiå.	Regnskapsført hiå. av budsjett 2017	Avvik fra budsjett hiå. (inkl. overheng)	Prognose investeringer 2017
TOTALT	MTU	128	79	190	120	-118	441
	Bygg	0	0	511	411	-100	797
	Annet	0	0	40	19	-20	37
	Byggelånsrenter			0	0	0	0
	Ufordelt	0	0	16	0	-16	27
	Virksomhetsoverdragelse (Rettsmedisin)						45
	<i>Investeringer som balanseføres</i>	128	79	757	550	-255	1 346
	Egenkapital pensjon	0	0	18	18	0	49
	IKT 1)	0	0	21	0	-21	38
	SUM	128	79	796	568	-276	1 433
Finansiert med	Ordinær likviditet	0	0	274	185	-90	364
	Driftsresultat	0	0	81	81	0	296
	Forskuttering neste års sammenbruddramme	0	0	0	10	10	10
	Fordring på HSØ RHF	0	0	0	0	0	0
	Lån	0	0	313	250	-63	464
	Øremerkede tilskudd	0	0	9	17	8	27
	Finansiell leie	128	79	119	25	-142	227
	Tingsinnskudd ved virksomhetsoverdragelse						45
	SUM	128	79	796	568	-276	1 433

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

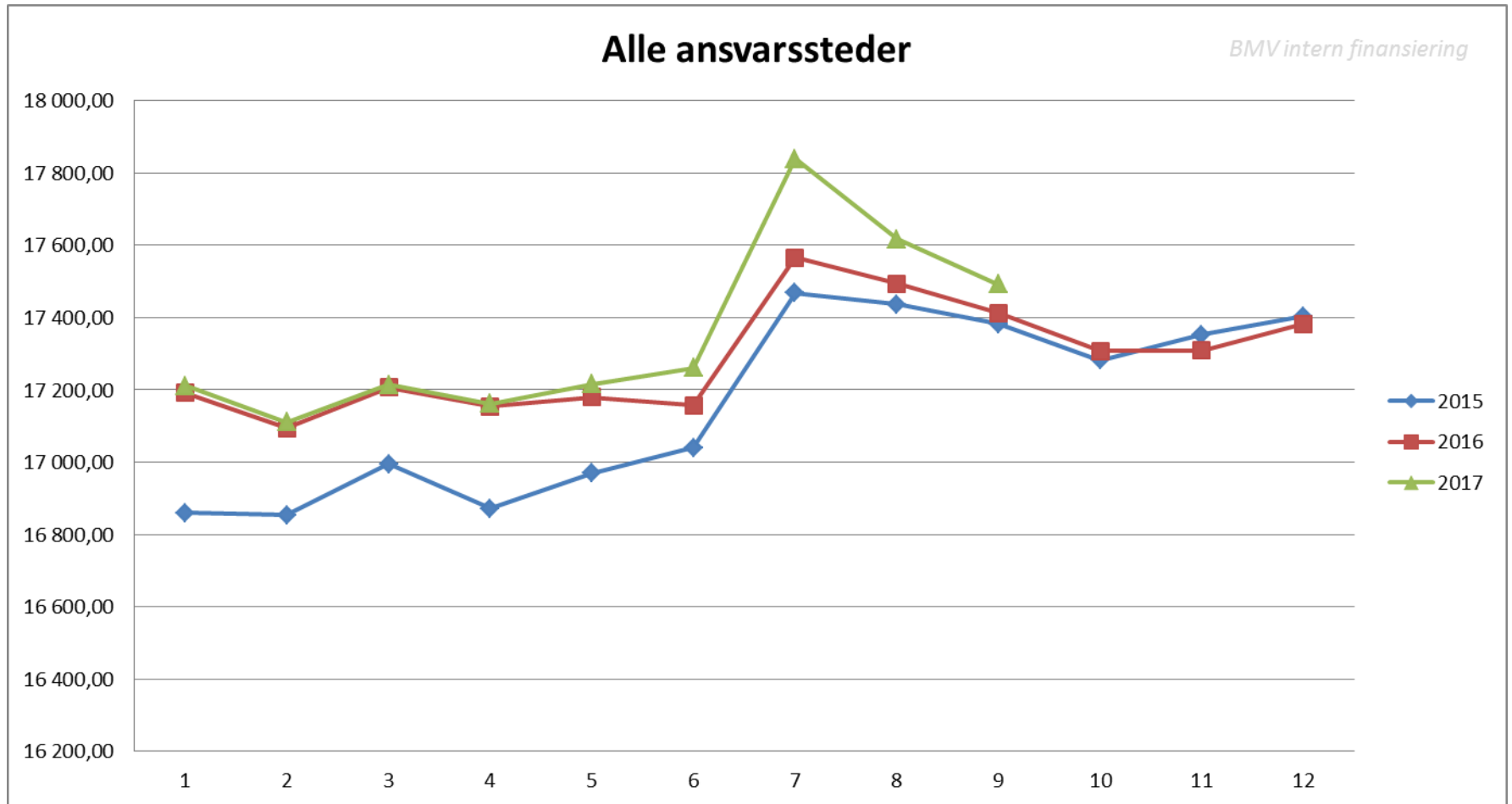
3.3 Likviditet



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

Driftskreditrammen reduseres gjennom andre halvår fordi pensjonspremie finansieres av premiefond innstående hos pensjonskassene.

4.1 Bemanningsutvikling (intern finansiering)



4.2 Bemanningsindikatorer - hovedtall

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF	Denne måned			Hittil i 2017				2017 mot 2016			
	SEPTEMBER 2017	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr SEPTEMBER	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ SEPTEMBER 2017 mot SEPTEMBER	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Brutto månedsverk, herav:	19 014	18 557	457	18 845	18 566	279	1,5 %	367	2,0 %	357	1,9 %
- internt finansierte	17 492	17 101	392	17 347	17 108	239	1,4 %	80	0,5 %	77	0,4 %
- eksternt finansierte	1 521	1 456	65	1 498	1 457	41	2,8 %	287	23,2 %	280	23,0 %
- månedslønnede	17 681			17 599				460	2,7 %	391	2,3 %
- variabelønnede	1 333			1 246				-93	-6,5 %	-33	-2,6 %
- fast ansatte	14 525			14 393				519	3,7 %	399	2,8 %
- midlertidig ansatte	4 489			4 451				-151	-3,3 %	-42	-0,9 %
Øvrige indikatorer											
Netto månedsverk nasj. ind. (201707)	11 156										
Sykefraværspersent (201707)	6,7										

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

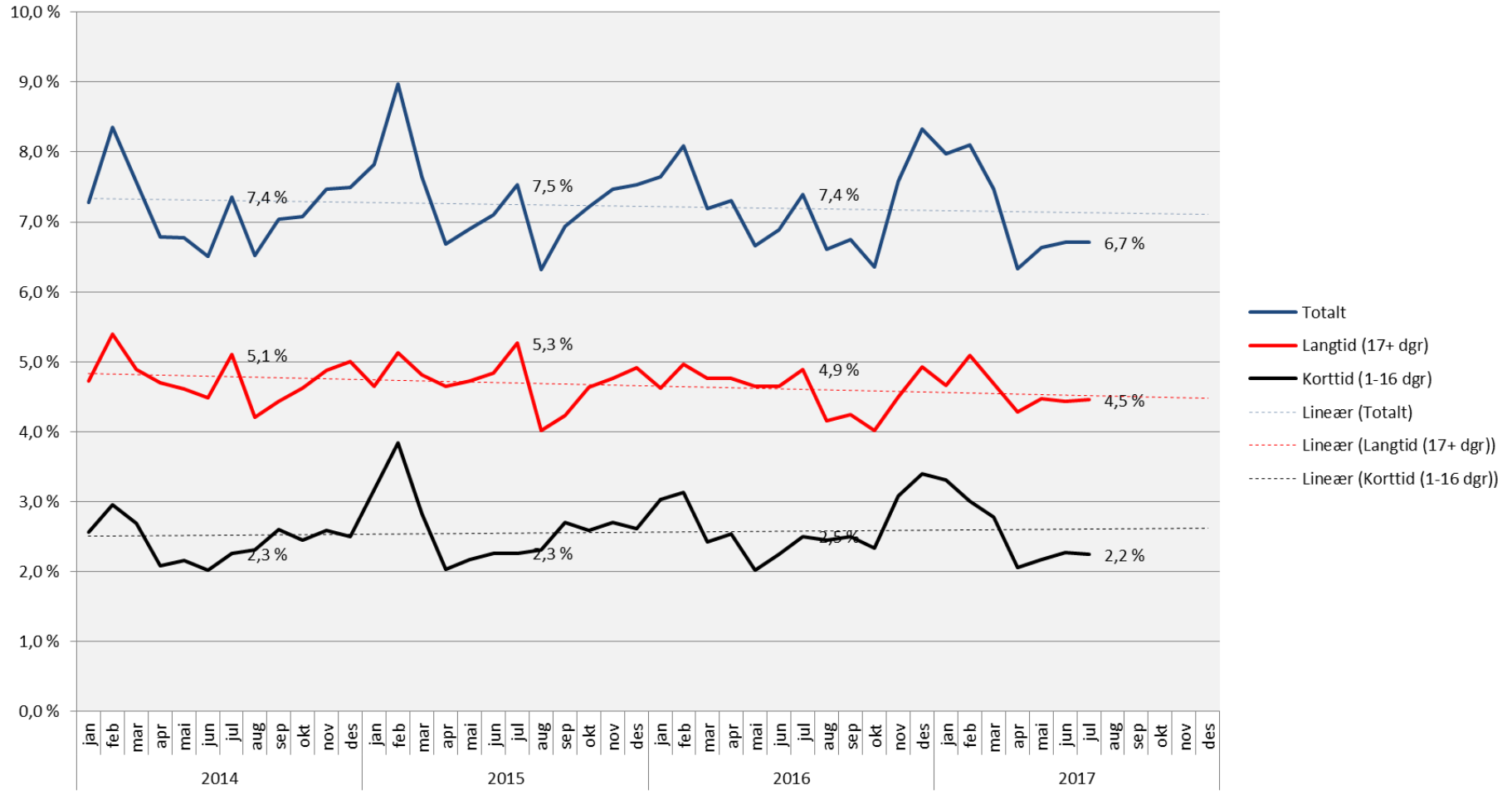
4.2 Detalj internt finansierte

INTERNT FINANSIERTE	Denne måned			Hittil i 2017				2017 mot 2016			
	SEPTEMBER 2017	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr SEPTEMBER	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ SEPTEMBER 2017 mot SEPTEMBER 2016	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Funksjonsområde											
Psykisk helse og rus	2 266	2 219	47	2 228	2 214	14	0,6 %	25	1,1 %	63	2,9 %
Somatiske kliniske klinikker	8 382	8 090	292	8 351	8 124	226	2,8 %	85	1,0 %	7	0,1 %
Medisinske støttefunksjoner	4 769	4 701	68	4 677	4 639	38	0,8 %	86	1,8 %	63	1,4 %
Stab og OSS	2 075	2 091	-16	2 091	2 131	-40	-1,9 %	-116	-5,3 %	-56	-2,6 %
OUS	17 492	17 101	392	17 347	17 108	239	0	80	0	77	0

INTERNT FINANSIERTE	Denne måned			Hittil i 2017				2017 mot 2016			
	SEPTEMBER 2017	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr SEPTEMBER	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ SEPTEMBER 2017 mot SEPTEMBER	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Klinikk											
AKU	1 798	1 770	28	1 787	1 748	39	2,2 %	48	2,7 %	50	2,9 %
PRE	830	806	25	778	775	3	0,4 %	32	4,0 %	6	0,7 %
PHA	2 266	2 219	47	2 228	2 214	14	0,6 %	25	1,1 %	63	2,9 %
MED	1 300	1 226	74	1 292	1 250	42	3,4 %	18	1,4 %	9	0,7 %
HLK	851	811	40	845	808	37	4,6 %	19	2,3 %	12	1,4 %
KIT	984	956	29	995	961	34	3,6 %	-12	-1,2 %	-9	-0,9 %
KLM	1 352	1 339	13	1 338	1 340	-2	-0,1 %	3	0,2 %	3	0,2 %
KRE	1 346	1 303	43	1 349	1 318	31	2,3 %	-1	-0,1 %	-15	-1,1 %
KRN	789	787	2	774	775	-2	-0,3 %	4	0,5 %	5	0,6 %
KVI	676	673	3	670	660	10	1,5 %	-4	-0,5 %	1	0,2 %
NVR	898	846	52	888	849	39	4,6 %	19	2,2 %	18	2,1 %
OPK	613	589	24	609	589	20	3,4 %	21	3,5 %	-6	-1,0 %
HHA	756	746	11	750	744	6	0,8 %	19	2,5 %	-1	-0,1 %
BAR	957	941	16	953	946	7	0,8 %	6	0,6 %	-2	-0,2 %
OSS	1 861	1 876	-15	1 883	1 916	-33	-1,7 %	-117	-5,9 %	-50	-2,6 %
DST	215	215	-0	208	215	-7	-3,2 %	1	0,7 %	-6	-2,7 %
OUS	17 492	17 101	392	17 347	17 108	239	1,4 %	80	0,5 %	77	0,4 %

4.3 Utvikling sykefravær

Utvikling sykefraværsprosent 2014-2017



4.4 Sykefravær per klinikk

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

Definisjoner årsverksindikatorer

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



Risikovurdering 2. tertial 2017

Risikovurdering 2. tertial 2017 - Oslo universitetssykehus

Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv

Gjelder all medisinsk og helsefaglig virksomhet: Diagnostikk, behandling, pleie og pasientoppfølging samt MTU, sambehandling, pasientadm. og annet pasientrelatert arbeid.

Sykehusnivå



12.09.17

Konskvens	Sannsynlighet				
	Meget liten (1)	Liten (2)	Moderat (3)	Stor (4)	Svært stor (5)
Svært alvorlig (5)					
Alvorlig (4)	Legionella Radiumhospitalet / Ullevål		Ambulanseskyring AMK		
			Tilgang til kritiske legemidler		
		Intern overflytning av kritisk syke pasienter		Sykehusinfeksjoner - økende resistensutvikl. isoleringsbehov	
			Operasjonskapasitet	Kapasitet og standard - medisinsk-teknisk utstyr	
Moderat (3)		Kliniske systemer, opplæring	Utsending av epikriser	Kapasitet radiologi og svartider patologi	
		Mottak av henvisninger	Kvittering av lab svar	Forleppstider og pakkeforløp kreft	
		Kap./driftprobl. AMIS spes vissterne hendelser PRE		Mangel på spesialsykepl. og annet personell	
				Ventelister / fristbrudd inkl. videre interne lister og beh.kapasitet	
Lav (2)				Intensiv- og intermedisjonsenger	
				Manglende konsolidering IKT - RIS/PACS-systemer	
				Utskrivning pasienter / legemid.avstemming	
				Svikt i oppfølging av pas. i overgang til primærh.tjenesten	
Ubetydelig (1)				Korridorpasienter/akuttinnlegg (MED/AKU)	
3	19				
11	40				

Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv

Risiko		Risikoreducerende tiltak
Fristbrudd og ventetider inkl . planleggingshorisont og behandlingsskapasitet	12	<p>Vi vurderer at risiko for at pasienten skal oppleve fristbrudd er lav. Vi har derimot en stor utfordring når det gjelder riktig registrering av rettighetsvurdering, ajourhold av venteliste og kvalitetssikring av interne og eksterne ventelistedata. Vi har iverksatt opplæringsprogram med kompetansetest for leger, Internsertifiseringsprogram for henvisningsperioden, seminarer, workshops og interne revisjoner for nå vårt mål om riktig bruk av pasientadministrativt system og som sikrer riktige styringsdata og rapportering.</p> <p>I arbeidet med å sikre pasientene forsvarlige forløp innen forventet ventetid har klinikkene ikke iverksatt tiltak som sikrer tilfredsstillende planleggingshorisont (innfri tentativ dato, gi raskt tid til pasienter som er falt ut av ventelisten og håndtere volumet av passert tentativ dato). Retningslinjen for tilgjengelighet og ressursstyring av poliklinisk virksomhet er ikke implementert (dok id 112897).</p> <p>Det er gjennomført et poliklinikkprosjekt som ser spesielt på behandlingsskapasiteten for polikliniske pasienter.</p>
Kapasitet og standard - medisinsk-teknisk utstyr	16	Det arbeides videre med årlige investeringer i tråd med Områdeplan for utskiftning av medisinsk teknisk utstyr.
Byggstandard	16	Egen vedlikeholdstiltaksplan videreføres
Legionella Radiumhospitalet/Ullevål	5	Legionellasituasjonen på Radiumhospitalet er under kontroll. Det tas fortsatt regelmessig kontrollprøver, og systemer for dette inkluderes i foretakets vannsikkerhetsplan.
Sykehusinfeksjoner - økende resistensutvikling - isoleringsbehov	16	OUS følger handlingsplan for smittevern 2014 – 2018. Antibiotikastyringsprogrammet er under implementering.
Ambulansestyling AMK	12	Etablere bedre og mer driftsikre teknologiske løsninger i AMK, inkludert AMIS, EPJ, elektronisk beslutningsstøtte og flåtestyring - midlertidig i OUS og varig iht nasjonale prosesser
Operasjonskapasitet	12	Gjennomgang av operasjonskapasitet inngår i prosjektet for behandlingsskapasitet de kommende 5-8 år.
Tilgang til kritiske legemidler	12	Den nasjonale beredskapsfunksjonen for legemidler holder oversikt over situasjonen og informerer ansatte ved OUS om: <ul style="list-style-type: none"> - hvilke legemidler hvor man har leveringssvikt - når/om de forventes tilbake - hvilke alternative legemidler som anbefales i den konkrete situasjonen
Intern overflytning av kritisk syke pasienter	8	Omfanget av interne overflyttinger særlig fra Aker er kartlagt og risikogrupper identifisert. Det er utarbeidet en retningslinje for hvordan dette skal håndteres. Ansatte, både leger og sykepleiere, læres opp i National Early Warning Score.
Kapasitet radiologi og svartider patologi	12	<p>Det er etablert en prioritet «pakkeforløp» i Doculive patologi.</p> <p>Ledermøtet vil følge svartid på histologisk undersøkelse av operasjonspreparater og gjøre en undersøkelse av passert ønsket dato for radiologiske undersøkelser.</p> <p>Brystdiagnostisk senter (BDS) samles i OCCI-bygget på Radiumhospitalet.</p> <p>Det er lagt en plan for oppstart av video-MDT-møter for hode-hals-kreft mellom Rikshospitalet og Radiumhospitalet for å unngå dobbeltarbeid for radiologene ved de to lokalisasjonene og for å forbedre forløpstiden i pakkeforløp hode-hals-kreft.</p>

		<p>Prioritere opplæring av nyansatt personale i radiologi med sikte på å øke kapasiteten</p> <p>Kjøp av bildediagnostikk hos private der dette gir et faglig tilfredsstillende tilbud og bidrar til en samlet kapasitetsøkning i Helse Sør-Øst.</p> <p>Harmonisere protokoller for radiologi i regionen.</p> <p>Omstrukturere og bedre logistikk og arbeidsflyt knyttet til patologiske undersøkelser og svar. Nye lokaler er tatt i bruk og avdelingen jobber med å samle og samordne den faglige virksomheten.</p> <p>Utarbeidet foranalyse om strekkodemerking og elektronisk overføring av pasient-ID på pasientprøver som kan monitorere arbeidsflyt og ressursbruk.</p> <p>Omdisponering og kompetansebygging innen histologi pågår</p>
Intensiv- og intermedisærseger	12	<p>Ferdigstillingen av sengesentralen på Rikshospitalet og overflytting av pasienter fra HLK ut av AKU har gitt en økt po-/intensivkapasitet i Akuttklinikken.</p> <p>Sykehuset har ikke lyktes med noen vesentlig økning i antall intensivsykepleiere. Det er utviklet et trainèe-program hvor sykepleiere uten videreutdanning i intensivsykepleie deltar i en intern opplæring i praksis og med teoretiske kurs på 6-8 mnd. Tiltaket videreføres og tas i bruk også i HLK. Teorikursene i programmet tilbys også til sykepleiere ved intermedisærsehetene i hele OUS.</p> <p>Kartlegging av intermedisærseger er avsluttet. Intermedisærsekapasiteten utvides gradvis gjennom videreføring av foreslåtte tiltak og vil på sikt kunne avlaste intensiv. Tiltaket videreføres.</p> <p>Det er gjennomført et prosjekt for å se på organisering og samarbeid mellom thoraxkirurgisk intensiv og øvrige intensiveneheter i akuttklinikken.</p>
Mangel på spesialsykepleiere og annet personell	12	<p>Et analysemiljø for strategisk kompetanseutvikling er etablert i HSØ for å oppnå oversikt over sårbare fagmiljø og tilby prognoser for ledere i OUS. I dette arbeidet inngår både god utnyttelse av IKT-verktøy og optimal bruk av disse.</p> <p>Samarbeidsgruppe med representanter fra HR-stab, stab FPS, stab FIU og OSS arbeider for at kompetanseutvikling i OUS samkjøres. Samarbeidsgruppen har utviklet flere tiltak med hensyn til utdanning, rekruttering og for å beholde spesialsykepleiere. Det ble gjort rede for mange av tiltakene som samarbeidsgruppen jobber med i risikobeskrivelsen 1. tertial.</p> <p>Det er igangsatt et arbeid med samlet strategisk handlingsplan for å imøtekomme spesialsykepleiermangelen.</p>
Mottak av henvisninger	6	<p>Henvisningsmottaket er nå innkjørt og fungerer i tråd med forventningene. Med elektroniske henvisninger mellom sykehus, vil effektivitet og kvalitet forbedres ytterligere.</p>
Forløpstider og pakkeforløp kreft	12	<p>En betydelig mengde henvisninger / tilsendt dokumentasjon har manglet sikker pasientidentifikasjon. Det er gjort tiltak for å bedre situasjonen ved å returnere dokumenter og sende tilbakemeldinger til henvisende instanser.</p> <p>Sykehuset har redusert måloppnåelse (under 70 %) i 2. tertial frem til kirurgisk behandling for brystkreft, prostatakreft, lungekreft, tykk- og endetarmskreft og de tre gynekologiske pakkeforløpene. Det har ikke vært tilstrekkelig utrednings- og operasjonskapasitet for disse forløpene i 2. tertial. Stråleforløpene har jevn lav måloppnåelse, spesielt regionpasienter til strålebehandling.</p>

		<p>Poliklinikkapasitet: Lang ventetid frem til første fremmøte i pakkeforløp for bl.a. prostatakraft og gyn kreft og forløpstiden innfris ikke.</p> <p>Operasjonskapasitet: Innfris ikke forløpstidene frem til operasjon i pakkeforløpene for bl.a. prostatakraft, brystkreft, lungekreft og de tre gynekologiske pakkeforløpene.</p> <p>Strålekapasitet: Stråleforløpene har lav måloppnåelse frem til behandling, bl.a. for hode-hals-kreft, lungekreft og tykk- og endetarmskreft. Fører til lange forløpstider, spesielt for regionpasienter.</p> <p>Radiologikapasitet: Kapasitetsutfordringer i BDS og innfris ikke forløpstiden fra første fremmøte til klinisk beslutning (utredningstiden) i pakkeforløpet brystkreft. Får ikke utført tilstrekkelig med CT-undersøkelser i tykk- og endetarmskreftforløpet på Ullevål og MR-undersøkelser i pakkeforløp (spesielt på Radiumhospitalet og Rikshospitalet).</p> <p>Patologikapasitet: Ok svartid på citoprøver i pakkeforløp, for lang svartid på operasjonspreparat som forsinker videre behandling av pasient.</p> <p>Forløpskoordinatorer: Det er etablert forløpskoordinatorer, men ikke tilstrekkelig antall. Sårbart ved sykefravær og ferie, fører til manglende koordinering av forløp og dårligere registreringsrutiner.</p> <p>Vurderingsansvarlige leger: Manglende opplæring i kriterier for pakkeforløp fører til lav inklusjon i pakkeforløp og redusert måloppnåelse «OA1 Andel inkludert i pakkeforløp» (krav 70%).</p> <p>Forløpsledelse: Det fokuseres fortsatt på tilstrekkelig utrednings- og behandlingsskapasitet, ledelse og samhandling i pakkeforløpene innad i OUS og mot andre helseforetak</p> <p>DIPS Arena pakkeforløpsmodul og NPR: Rettelser i målepunkter blir ikke oppdatert av NPR, feilregistreringer i 2017 er dermed ikke rettet i offisielle tall. Rapportering av fagenheter mangler i tilbakemeldingsrapport til OUS, vanskeliggjør oppfølgingsarbeidet i OUS.</p>
Kliniske systemer, opplæring	6	<p>Opplæring i bruk av DIPS pågår fortsatt og det er innført obligatorisk kurs (Internsertifisering Henvisningsperioden), målgruppe alt personell som har pasientadministrative oppgaver knyttet til registrering, vurdering og oppfølging av henvisninger og ventelister. Det er utarbeidet opplæringsmaterieell for leger og psykologspesialister som vurderer henvisninger, og det er utarbeidet retningslinje for opplæringsprosess for denne faggruppen.</p> <p>Kjernejournal og eResept er innført. Aktuelle avdelinger er tilbudt undervisning på legenes morgenmøte, og det er avholdt undervisning i akuttmottakene. Informasjon har blitt lagt ut kontinuerlig på egne intranettsider. Det er obligatorisk å gjennomføre eLæring for å få tildelt nødvendige tilganger.</p>
Utsending av epikriser	9	<p>Utsending av epikriser og laboratoriesvar følges opp av overvåkningsverktøyet Message Tracking Monitor (MTM) både ved OUS og ved Sykehuspartner. I tillegg arbeides det med å begrense muligheten til å benytte uriktige adresser for brukerne, og formidle korrekt bruk av tjenestebasert adressering. Målet for oppfølgingen er å kutte papir helt.</p> <p>Ferdigstille en avstemningsløsning for kontroll av patologisvar som sendes internt fra Doculive-Patologi til DIPS.</p>
Kvittering for laboratoriesvar og andre svar	9	Følges opp gjennom n data på uferdige arbeidsoppgaver i DIPS
Utskrivning av pasienter / legemiddelavstemming	12	<p>Opplæring i aktuelle nivå 1-prosedyrer.</p> <p>Oppdatering av prosedyre pågår med presisering i bruk av kjernejournal ved legemiddelsamstemming.</p>

Svikt i oppfølging av pas. i overgang til primærh.tjenesten	8	<p>Det arbeides med å sikre at epikriser og laboratoriesvar kommer frem til korrekt mottaker. Utsendelsene monitoreres via systemet MTM. Brukerfeilene er redusert i vesentlig grad, dette innebærer at OUS nå vurderer å stoppe utsendelser av papirepikriser parallelt med den elektroniske .</p>
		<p>Det jobbes fortsatt med etablering av koordinatorene i alle klinikker som driver pasient-behandling. I flere klinikker er funksjon tilsvarende koordinator på plass. Koordinatorene skal ivareta pasientforløpene fra hjem til hjem, ha fokus på overgangene i forløpene og arbeide aktivt ut mot primærhelse-tjenesten. Etablering av kontaktlegefunksjon vil ytterligere bidra til å sikre koordinerte tjenester internt i OUS og i overgangene ut mot fastleger og andre henvisere.</p>
		<p>PLO-meldinger er nå breddet til nesten alle landets kommuner. Elektroniske Dialogmeldinger mellom sykepleiere i OUS og sykepleiere i kommunen sikrer rask avklaring f.eks. i forbindelse med utskrivninger. OUS arbeider aktivt for at også elektroniske dialogmeldinger mellom leger kan realiseres så raskt som mulig.</p>
		<p>Det arbeides med å sikre at OUS ulike samhandlingsparter deltar i pasient-forløpsarbeidet fra "hjem til hjem". De inngåtte samarbeidsavtalene benyttes som strategiske virkemidler i arbeidet. Det samme gjelder for felles handlingsplaner. Nå skal OUS sammen med tre bydeler og sykehjemsetaten i Oslo kommune delta i et tre-årig nasjonalt program som nettopp skal sikre helhetlige og trygge pasientforløp for eldre og sårbare pasienter.</p>
Korridorpasienter/akuttmottak (MED/AKU)	8	<p>Gjennomgang av nivå 1- og nivå 2-prosedyrer for hvordan overbelegg skal håndteres ved stor tilstrømning av øyeblikkelig hjelp-pasienter er igangsatt. Det har vært studiebesøk på Ahus for å lære av deres erfaringer med innføring av slike rutiner.</p>
Kap./driftprobl. AMIS spes v/større hendelser PRE	6	<p>Etablere bedre og mer driftsikre teknologiske løsninger i AMK, inkludert AMIS, EPJ, elektronisk beslutningsstøtte og flåtestyring - midlertidig i OUS og varig iht nasjonale prosesser.</p>
Manglende konsolidering IKT - RIS/PACS-systemer	12	<p>Følges opp i tett dialog med RKL/HSØ samtidig som nødvendige interne oppgraderinger ivaretas.</p>

Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt

Stor arbeidsbelastning innen enkelte områder		16	Gjennomgå arbeidsplaner, benytte bemanningspool, vurdere omfordeling og prioritering av oppgaver. Eget prosjekt om bemanningsstyring er opprettet.
Manglende informasjon om smitte		15	Det er et økende problem at man i samhandling om pasienter ikke får god nok informasjon om smitte. Svikt i kommunikasjonen kan sette samarbeidende personell i fare for å bli smittet. Plan for tiltak må utvikles.
Vold og ulykker	12		Opplæring etter modell/best practice fra PHA. Det vurderes å utvide forsikringsordninger innenfor enkelte utvalgte enheter.
Byggstandard		15	Vedlikeholdsplan i samråd med Arbeidstilsynet. Løpende vurdering av eksisterende areal
Kjemikaliesikkerhet	9		Forum for Grønn Kjemi i HSØ er etablert og godt i gang. Klinikkrapporter om status vedrørende stoffkartoteket, lokale risikovurderinger og substitusjon har blitt sendt ut. Som følge av dette har flere klinikker respondert positivt og satt egne mål innen temaet. Kjemikaliesikkerhet er et tema og satsningsområde i HMS-årsrapport for OUS i 2016.
Stikkskader	8		Det er igangsatt et nettverk av «stikkskade ressurspersoner». Alle avdelinger/enheter med stikkskader som relevant tema inviteres til å delta. Arbeidsmiljøavdelingen koordinerer og står for opplæring. Det ble i 2016 avholdt en nettverkssamling, og det har hittil i 2017 blitt avholdt en til. Det vil bli flere samlinger i løpet av 2017. Målet er å øke antall stikkskaderressurspersoner i sykehuset.
Åpenhetskultur	10		Kull 2 av kulturkonsulentprogrammet er i gang. Mange kulturbyggingstiltak gjennomføres på forskjellige nivåer i regi av Arbeidsmiljøavdelingen, kulturkonsulenter, ledere og verneombud. Undervisning om kultur er en del av lederprogrammet og grunnkurs i HMS. Et koordineringsutvalg med arbeidsgiver- og arbeidstakerrepresentanter er opprettet med mandat knyttet til åpenhetskultur og oppfølging av Fafo-rapporten. AMU har sendt forespørsel til klinikkene om hvordan de følger opp Fafo-rapporten. En Prosjektforum/UiO-følgestudie gjennomføres av studenter om samme tema. Arbeidsmiljøuka i mai er under planlegging, der temaet er kultur og pasientsikkerhet, og internasjonal ekspertise (Michael West) innleder. En bredt sammensatt intern arbeidsgruppe jobber med den nye nasjonale medarbeiderunder-/pasientsikkerhetskulturundersøkelsen (ForBedring), inkludert OUS-spesifikke spørsmål og metoder for oppfølging.
Mangel på spesialsykepleiere	12		Det er redegjort for flere rekrutteringstiltak j.fr strategisk kompetanseplanlegging og - styring, videreføring av prosjekt om frigjøring av tid for operasjonssykepleiere for økt operasjonskapasitet etc. En egen handlingsplan for rekruttering og profilering er utarbeidet for 2017-2018. Inkludert tiltak for å styrke OUS omdømme som en attraktiv arbeidsplass, styrke rekrutteringskompetansen blant ledere og utarbeide et samarbeid med HIOA om frafall fra utdanning. Utdanningsstillinger videreføres og er besluttet fordelt etter behov i OUS men nå også mht rekrutteringsutfordringer målt i antall kvalifiserte søker per studie plass ved høyskolene, samt frafall gjennom studiet. Det er etablert et program for nyansatte og en tverrfaglig arbeidsgruppe som skal arbeide med en helhetlig plan for å håndtere mangel på spesialsykepleiere.

Arbeidstidsbrudd og oppfølging av disse	12	Fortsette den tette oppfølgingen av brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Dialog med den enkelte klinikk om tiltak for å redusere arbeidstidsbrudd herunder faste tertialvise møter med alle avdelingsledere vedr status og videre tiltak. Gjennomgang av arbeidstidsbrudd i LGG.
Bemanningsstyring	9	I Prosjekt forbedring av driften 2017-2018 er det etablert 3 HR prosjekt som skal bidra til forbedring av blant annet bemanningsstyring. I tillegg vil det fortsatt være tett oppfølging med kurs i lov og avtaleverk og optimalisering i bruk av GAT som planleggings- og styringsverktøy.
Trusler ovenfor ansatte	10	Læring etter modell/best practice fra PHA med formål å spre relevante tiltak til andre deler av sykehuset (er allerede i gang i enkelte klinikker). Helse Sør-Øst har ekstra oppmerksomhet på vold i somatiske avdelinger, så tiltak vil også koordineres i samarbeid med de andre sykehusene i HSØ

Risikovurdering 2. tertial 2017 - Oslo universitetssykehus

Fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon <small>Inkluderer også forskning, innovasjon, fagutvikling, kompetanseutvikling og utdanning</small>			Sykehusnivå		12.09.17			
			Oslo universitetssykehus					
Konsekvens	Svært alvorlig (5)							
	Alvorlig (4)			Spes. utdanning leger - veiledning og supervisjon				
	Moderat (3)		Lower og etikk i forskning - avvikssaker	Kliniske studier - kapasitet	Arealer til forskning Innovasjonsprosjekter - kapasitet Legger i spesialisering, legge til rette for gjennomstrømningstilinger i OUS Mangel på praksisplasser (innen kirurgi) og for spesialsykepleiere	Forskermøtt og databaseverktøy		
	Lav (2)							
					Implementering av ny spesialist-utdanning for leger del 1	Biobankinfrastruktur		
	Ubetryggelig (1)							
8	Meget liten (1)		Liten (2)	Moderat (3)	Stor (4)	Svært stor (5)	Sannsynlighet	

Fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon

IKT-problemer Forskernett samt databaseverktøy		15	Følge opp behov gjennom deltakelse i programstyret i Regional IKT for forskning (RIF) og internt med Stab IKT
Lover og etikk i forskning - avvikssaker	6		Oppnevning av Redelighetsutvalg for forskning og bred informasjon om dette. Mandat og saksbehandlingsregler er etablert. Iverksettelse av personvernombudets og UiOs felles nettbaserte opplæringsprogram om personvern- og informasjonssikkerhet i forskning (PIFF).
Biobankinfrastruktur	6		Utarbeide ledermøtesak om lagringsfasiliteter og følge opp lagringsfasilitet byggeprosjekt Rikshospitalet
Arealer til forskning	12		Bidra i arbeidet med konseptfaser og forprosjekter for nye bygg
Kliniske studier - kapasitet	9		Forskningsstøtte styrker sin kapasitet i Avdeling forskningsstøtte kliniske studier. Klinikken planlegger mer systematisk for gjennomføring av studier, som angitt i oppdragsdokument til klinikken, budsjettskriv nr 1 og handlingsplaner. Særskilt oppfølging i Ledelsens gjennomgang for 2. tertial. Møte med Inven2 om flaskehals for oppstart av studier hos begge parter (Inven2 og OUS).
Innovasjon - kapasitet	12		Utarbeide ny innovasjonsstrategi med god forankring i sykehusledelsen, klinikkene og stabene.
Leger i spesialisering - legge til rette for gjennomstrømningsstillinger ved OUS.	12		Oppfordre avdelingene til å legge til rette for skreddersydde løp.
Implementering av ny spesialistutdanning for leger del 1			Evaluere og evt forbedre og justere gjennomført prosjekt i de tre aktuelle klinikkene som mottar LIS 1. Opprette klinikkovergripende fagråd LIS 1 hvis ansvar er å forberede og gjennomføre en helhetlig LIS 1 utdanning.
Spesialistutdanning leger - veiledning og supervisjon	12		OUS/Regionalt Utdanningscenter for LIS gjennomfører flere nyetablerte veilederkurs. Oppfordre avdelingene til å tilrettelegge for tid til veiledning/supervisjon.
Mangel på praksisplasser for sykepleiere (innen kirurgi) og for spesialsykepleiere.	12		Fortsette å holde god dialog med praksiskoordinatorerne, høgskolene, klinikkene og øvrige helseforetak i regionen for å signalisere kapasitet samt jobbe for å etablere flere praksisplasser. Kartlegge antall senger på den enkelte enhet for å beregne om noen enheter kan ta i mot flere studenter.

Risikovurdering 2. tertial 2017 - Oslo universitetssykehus

God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør

Inkluderer samhandling, generell administrasjon, økonomi, innkjøp, IKT, bygginger, lokaler, transport, kjøkken, tekniske og andre interne tjenester samt ytre miljø

Sykehusnivå



12.09.17

	Meget liten (1)	Liten (2)	Moderat (3)	Stor (4)	Svært stor (5)
Svært alvorlig (5)					
Alvorlig (4)				Resultat ihht budsjett 2017	
Moderat (3)				Økonomisk bærekraft	
				Ineffektiv bygn. Stort vedlikeholdsetterslepp	
				IKT: Integrasjon, konsolidering, stabilitet Lab, Rad, Endo, Partus, Metavision.	
Lav (2)			Kontrollmiljø (økonomi, juridisk)	Gammelt medisinsk teknisk utstyr	
				Manglende realisering av IKT-områdeplan	
				Gjennomføring av regionale IKT-prosjekter	
Ubetydelig (1)				IKT-støtte til forskning	
4	5				
Sannsynlighet					

God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør

Økonomisk bærekraft	16	<p>Langsiktig plan for forbedring av økonomisk resultat er behandlet av styret 23. juni 2016. Det er etablert program for "Forbedring av drift 2017-2021". Beregnet behov for resultatforbedring er kommunisert til sykehusets klinikker og fremgår av årlige budsjetter. Klinikkerne lager lokale tiltak og tiltak basert på prosjekter fra "forbedring av driften".</p> <p>Ved igangsettelse av konseptfaser og forprosjekter for nye bygg innarbeides tydelige krav til resultatforbedring i driften når nye bygg tas i bruk.</p>
Ineffektiv bygn. Masse/stort vedlikeholdsetterslep	16	<p>Lån for oppgradering og lukking av avvik ble innvilget for årene 2016-2019 og OUS HF prioriterer de viktigste prosjektene innenfor denne lånerammen inn mot hvert års investeringsbudsjett. Idéfase OUS HF er behandlet av HSØ og byggeprosjekter går videre til konseptfaser.</p>
Resultat ihht budsjett 2017	16	<p>Det ble etablert tiltak som en del av budsjett 2017. I tillegg er det besluttet nye tiltak for å redusere resultatrisikoen.</p>
Manglende realisering av IKT-områdeplan	12	<p>Manglende leveranseevne hos Sykehuspartner HF gjør at realiseringen blir sterkt forsinket. Dette betyr at de effektene som denne planen skal oppnå i OUS ikke oppnås, noe som igjen gir manglende effektivisering og går ut over pasientbehandlingen.</p> <p>OUS arbeider med tiltak for å få økt leveranseevnen innen IKT.</p>
Gjennomføring av regionale IKT-prosjekter	12	<p>Regionale IKT prosjekter er sterkt forsinket, noe som igjen betyr at de effektene disse skulle realisert i OUS ikke blir oppnådd.</p> <p>OUS arbeider med tiltak og endringer i egen prosjektportefølje for å kunne kompensere for deler av dette.</p> <p>Bidra til å sikre realistiske planer og definere tydelige leveranser som kan forankres hos HSØ RHF og foretaksgruppen for øvrig.</p> <p>Gjennomføre realistiske konsekvensanalyser av hva prosjektgjennomføring/ ibruktagelse vil innebære for resten av foretaket. Vurdere og hensynta samtlige konsekvenser ifm. beslutning om gjennomføring</p>
Kontrollmiljø (økonomi, juridisk)	9	<p>Fortsette arbeidet med gjennomføring av helhetlig internkontroll innenfor økonomiområdet i hele virksomheten. Det er gjort en eksplisitt bestilling til klinikkene om å vurdere klinikkvise risikoområder for oppfølging i 2017. Denne må ses i sammenheng med risikovurderingene for 1. tertial.</p> <p>Det er etablert en ressursgruppe for implementering av det regionale antikorrupsjonsprogrammet.</p>
IKT støtte til forskning	9	<p>Manglende leveranseevne hos Sykehuspartner HF gjør at eksisterende IKT støtte til forskning er uhenksmessig.</p> <p>OUS følger opp Sykehuspartner HF tett på leveransesiden og bidrar tungt i det regionale programmet «IKT for forskning». Det vurderes også å iverksette egne lokale prosjekter for å avhjelpe en uholdbar situasjon for forskerne i OUS.</p>
Gammelt medisinsk teknisk utstyr	12	<p>Øke investeringsnivået i tråd med økonomisk langtidspan (avhenger av resultat og langsiktig økonomisk bærekraft).</p>
Manglende sikker og stabil IKT drift; IKT integrasjon, konsolidering, stabilitet, lab, Rad, Partus, Metavision	16	<p>Det er et økende antall hendelser med risiko for betydelige konsekvenser for sikker og stabil drift ved OUS. OUS følger Sykehuspartner HF tett opp på leveransesiden og Sykehuspartners evne til å opprettholde sikker og stabil drift. I tillegg til dette vil Oslo universitetssykehus forsterke sine bidrag på området.</p>

Målgruppe: Styret
Faglig ansvarlig: Ass. direktør Sølvi Andersen
Stab fag, pasientsikkerhet og samhandling
Dato: 29.09.2017

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 29. September 2017

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg:

**SAK 55/2017 STATUS FOR PROGRAMMET FORBEDRING AV
DRIFTEN I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS 2017-2020**

Forslag til vedtak

Styret tar redegjørelsen for programmet «Forbedring av driften i Oslo universitetssykehus 2017-2020» til orientering.

Oslo den 22. september 2017

Bjørn Erikstein

1. Innledning

Høsten 2016 etablerte administrerende direktør programmet Forbedring av driften i Oslo universitetssykehus 2017–2020. Programmet har som formål å etablere prosjekter som gjennomgå ulike driftsområder, kostnadsområder og inntektsområder med sikte på å finne virkemidler for driftsforbedringer i linjeorganisasjonen. På kort sikt er målsetningen med dette initiativet å begrense driftskostnadene for å kunne finansiere nødvendige investeringer i IKT, medisinskteknisk utstyr og vedlikeholde eksisterende bygg. På lengre sikt er målsetningen å kunne sikre drift av virksomheten med betydelig økte kapitalkostnader som følge av nybygg, jfr. styresak 53/2016 i Helse Sør-Øst.

Programmet Forbedring av driften i Oslo universitetssykehus 2017-2020 har i hovedsak konsentrert seg om å etablere prosjekter som kan gi generiske tiltak, dvs. tiltak som kan være virkemidler i de fleste klinikkene. Programeier er viseadministrerende direktør for økonomi, juridisk og IKT og viseadministrerende direktør for fag, pasientsikkerhet og samhandling. Programmet administreres av sentral økonomistab. Administrerende direktør leder en styringsgruppe bestående av representanter fra klinikker og avdelinger på sykehuset, tillitsvalgte, verneombud og brukerrepresentant.

2. Administrerende direktørs vurdering

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

Erfaringene fra omstillinger i driften så langt kombinert med omfanget av de økonomiske utfordringene framover tilsier at gjennomføringskraft i linjen må suppleres med tiltak på foretaksnivå. Dette forsterkes av at mange av de tiltakene som må gjennomføres i enhetene i linjen er generiske (i stor grad like på tvers av linjeorganisasjonen). Ved å gjennomgå og analysere utfordringsbildet og mulighetsområdet på tvers av klinikkene, vurdere aktuelle generiske driftsendringer og følge dem opp systematisk på foretaksnivå vil gjennomføringsmulighetene for linjeorganisasjonen kunne forsterkes.

I budsjettseminar med ledergruppen i september 2017 ble det foretatt en gjennomgang av prosjekter som omhandler styring og kontroll av bemanningsressurser. I budsjettprosessen for 2018 vil det også være fokus på prosjekter knyttet til poliklinikk, operasjon, medikamenter, areal og innkjøp. De økonomiske konsekvensene av forbedringstiltakene skal innarbeides i de årlige budsjettene og de klinikkvise tiltakslistene. Prosjekter som har levert sluttrapporter og er behandlet i ledermøtet vil bli fulgt opp videre i klinikkene for implementering.

3. Fakta

3.1 Overordnet oversikt over prosjektporteføljen

Diagrammet viser prosjektenes utvikling og fremgang. Det er etablert totalt 11 forbedringsprosjekter i løpet av høsten 2016 og våren 2017. To av prosjektene er i etableringsfasen, mens de resterende er enten i gjennomførings- eller gevinstrealiseringsfasen.

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



3.2 Mål og status for prosjektene i programmet

3.2.1 Tiltak for bedre gjennomføring av poliklinisk drift

Mål: Hensikten med prosjektet er å øke antall polikliniske konsultasjoner med dagens ressurser, samt å bidra til at de frister som er satt for styring av pasientforløpet blir innfridd. I tillegg skal prosjektet bidra til å skape bedret pasient/lege-relasjon.

Status: Prosjektet presenterte en ny prosedyre som skal sikre en bedre drift av poliklinikk på ledermøtet 9. mai. Prosedyren «Tilgjengelighet og ressursstyring av poliklinisk virksomhet» ble vedtatt, og prosjektet er dermed i implementering- og gevinstrealiseringsfase. Progresjonen måles og resultater vil legges frem for nivå 3 lederne på den årlige ledersamlingen i januar 2018.

3.2.2 Effektivisere operasjonsdriften

Mål: Overordnet mål for prosjektet er å øke antallet operasjoner med gitt ressursinnsats / kapasitet.

Status: Prosjektet har levert prosjektrapport som inkluderer konkrete forslag til forbedring av operasjonsplanlegging og forberedelse.

Prosjektet anbefaler følgende tiltak:

1. Alle kirurger fyller ut et konkret og fullstendig operasjonsmeldeskjema i DIPS
2. Alle pasienter fyller ut et standardisert egenmeldingsskjema på en side som implementeres i Min journal
3. Sjekkliste for forberedelse til operasjonsmøte (kl. 14 dagen før)
4. Sjekkliste for klargjøring av pasient fra sengepost til operasjonsteamet
5. Opprette lokale driftsteam og etablere møteprosedyrer:
 - *Ukeprogrammøte* som gjennomgår program for kommende uke med deltagere fra pasientkoordinator, operasjonssykepleiere, kirurg, evt. anestesilege møter
 - *Dagsprogrammøte* som skal kvalitetssikre neste dags operasjonsprogram (kl. 14). Her skal tiltaket sjekkliste for forberedelse til operasjonsmøte benyttes

Prosjektet avventer vedtak av prosjektrapport og tiltaksforslag i Oslo universitetssykehus sitt ledermøte.

3.2.3 Reduksjon i arealkostnader

Mål: Prosjektet skal sikre at Oslo universitetssykehus har oversikt over leieforhold, utnyttelse av egne arealer og et verktøy for analyse av nytte- og økonomisk verdi av å benytte eid vs. leid areal.

Status: Prosjektet har levert prosjektrapport som inneholder 11 konkrete tiltak. Tiltakene er vedtatt i ledermøtet og følges nå opp i linjen av OSS.

Konkretisering av tiltak og gevinstrealisering:

1. Reforhandle eller terminere leieavtaler for innleide brakker, på US, RAD og SSE.
2. Reforhandle eller terminere leieavtale Sogn Arena.
3. Vurdere kjøp av eiendommer:
 - a. Mortensrud
 - b. Forskningsveien
 - c. OCCI
4. Fullføre gjennomgang av arealer for Ambulansetjenesten – strategi, forvaltning og plassering
5. Reforhandle leieavtale Bygg 18 – Gaustad sykehus, Villa Derma
6. Gjennomgang av avtaleverk med UIO Domus Medica
7. Vurdere innplasseringen av virksomhet i Forskningsveien 1 og 3, Sintef-bygget

8. Reforhandle eller terminere leieavtale Sykehusetpersonalets interessekontor – US bygg 72
9. Reforhandle eller terminere leieavtale Fritjof Nansens vei 12
10. Vurdere arealkostnadsfordeling og internfakturering i Oslo universitetssykehus
11. Samling av all forvaltning av leieforhold i OSS

3.2.4 Begrense medikamentkostnadene

Mål: Hensikten med prosjektet er å utnytte Oslo universitetssykehus sine ressurser på best mulig måte slik at legemiddelkostnadene ikke øker mer enn nødvendig, samt sikre at sykehuset prioriterer de rette pasienter til rett behandling i samsvar med overordnede nasjonale føringer.

Status: Prosjektet har levert prosjektrapport og har identifisert 11 tiltak t på hvordan man kan sikre inntekter til Oslo universitetssykehus og hvordan man kan begrense utgifter. Prosjektet mener det er mye å spare på å ha god kontroll på disse feltene.

Sikre inntekter:

1. Når det gjelder å sikre inntekter har arbeidsgruppen hatt hovedfokus på riktig koding av H-resepter for å sikre inntekter til Oslo universitetssykehus via ISF for disse dyre preparatene. Det er et stort kodenettverk i Oslo universitetssykehus, og det har vært flere møter med kodeansvarlig i seksjon aktivitetsdata og analyse for å ivareta dette feltet og sikre god informasjon til aktuelt personell (klinikere og sekretærer) i sykehuset.
2. Prosjektgruppen er i gang med å lage et prosedyreverk på alle H-reseptområdene som det er overført finansieringsansvar til helseforetakene. Dette er overordnede prosedyrer (Nivå1-prosedyrer) som skal gi fyllestgjørende informasjon vedr forskrivning, koding og kontroll av H-reseptpreparater. Prosedyrene skal omtale alle forhold rundt dette komplekse feltet, slik at klinikere, sykepleiere og sekretærer har nødvendig kompetanse for å ivareta sykehusets interesser.

Begrense utgiftene:

1. Sikre at LIS-anbefalingene følges. Det skal skrives prosedyrer for å sikre riktig forskrivning ihht dette. Dette vil også bidra til å sikre at kun legemidler godkjent av Beslutningsforum (BF) brukes.
2. Sikre rask innføring av biotilsvarende legemidler når disse kommer på markedet – i dette ligger også at man via eResept trekker tilbake «gamle» resepter og legger inn «nye» resepter på det biotilsvarende legemidlet. På denne måten får man effektivt konvertert hele populasjonen på det nye legemidlet raskt og effektivt og tar således ut maksimalt av den økonomiske besparelsen – herunder også at sykehusapoteket gis anledning til å bytte legemidler til infusjon som benyttes i sykehuset.

3. Prosjektgruppen er i ferd med å bygge opp et nettverk i klinikkene med fagpersoner og økonomiansvarlige som gruppen kan spille på for å sikre implementering og gjennomføring av nødvendige tiltak for å begrense medikamentkostnadene.
4. Samsnakke med HF/avtalespesialister som forskriver på Oslo universitetssykehus' regning slik at man er enige om en korrekt praksis.
5. Seksjon for legemiddelkomité og sikkerhet, sammen med enkelte klinikere, kontrollerer HELFO-rapportene månedlig for å sikre at forskrivninger er gjort iht gjeldende retningslinjer, anbefalinger og LIS-avtaler. Påpeker avvik/gal praksis overfor enkeltforskrivere, både i Oslo universitetssykehus, i andre HF og blant avtalespesialister som forskriver på Oslo universitetssykehus' regning.
6. Sykehusapoteket Oslo (SAO) kan være behjelpelig med å si fra når det dukker opp spesielle importsaker der forholdene rundt import og bruk er uklare, samt bidra til å fange opp f.eks. «Compassionate use»-bruk (CUP) i Oslo universitetssykehus. SAO har nær kontakt med mange enheter i sykehuset via tilberedning, ASL (apotekstyrt legemiddellager) og klinisk farmasi. I tillegg mottar de bestillinger fra hele sykehuset og sitter således i en posisjon der de har gode forutsetninger for å fange opp ulike former for gal/mangelfull praksis på legemiddelområdet.
7. Være mest mulig i forkant ved legemiddelmangler slik at vi kan sikre billigste alternativ der det er mulig. Vi ser at legemiddelmangel ved bruk av dyre uregistrerte preparater ofte er en økonomisk belastning. Tidlig varsel og tiltak ved legemiddelmangler vil bidra til å sikre de billigste alternativene.
8. Gruppen vil foreslå å etablere et permanent underutvalg under legemiddelkomitéen (LMK). Det er viktig at dette store og komplekse feltet følges opp med kontinuerlig fokus av underutvalget. Utvalget kan ha ansvar for kontinuerlig fokus og sørge for at medikamentkostnadene er under best mulig kontroll og bidra til god informasjonsflyt til aktuelt personell i sykehuset. Underutvalget kan også overvåke, gi informasjon, arrangere møter, bidra med statistikk og gjennomgå HELFO-rapportene til beste for sykehusøkonomien i Oslo universitetssykehus.

4. Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk

Organisering: Prosjektet er del inn i tre delprosjekter:

- 3a) Forbedret bruk av GAT
- 3b) Bemanningsplanlegging
- 3c) Reduksjon av variabel lønn

Mål: Prosjektet skal sikre følgende målsetninger:

1. At all lønnsdannelse for alle yrkesgrupper, både fast og variabel, samt alt fravær skal registreres i GAT.
2. Bemanningsplaner som gjenspeiler behov som følger av kjent aktivitet, vedtatt budsjett og innenfor godkjente rammer
3. Utarbeide prosedyrer og felles rutiner som sikrer reduksjon av innleie av interne og eksterne vikarer

Status: Prosjektet har fortløpende lagt frem forslag til driftsendringer for ledermøtet, særlig knyttet til reduksjon av variabel lønn, hvor Oslo universitetssykehus har store utgifter.

Det er fattet ledermøtevedtak for følgende tiltak knyttet til variable lønnskostnader:

1. Implementering av driftsmøter / tavlemøter på tvers av seksjoner / sengeposter for å kunne utnytte og dele ressurser bedre istedenfor å leie inn ekstern kompetanse.
2. Begrenset adgang til ekstern innleie. Gjelder i første omgang forbud mot å leie inn sykepleiere på dagtid i ukedagene.
3. Opprettelse av en sentral personalformidling som håndterer både den interne bemanningsbasen og bestiller ekstern kompetanse fra vikarbyrå. Dette tiltaket tar sikte på å minimalisere brudd på HINAS- avtaler, gi Oslo universitetssykehus økt faktura kontroll, redusere AML-brudd og generere styringsrapporter på all ekstern innleie. Målet er at sentral personalformidling skal være etablert fra 1. januar 2018

Prosjektet jobber også fortløpende med klinikkvis opplæring og implementering av både bruk av GAT systemet og for å bedre bemanningsplanleggingen i alle klinikkene. Så langt har prosjektet bidratt til at alle legene i Oslo universitetssykehus nå er registrert i GAT. Et av målene er at lønnskjøringen skal baseres på GAT, dvs. uten at det benyttes parallelle verktøy med tilsvarende funksjonalitet.

Prosjektet har også som mål at sykehuset oppnår en felles forståelse og forankring av god bemanningsplanlegging som reflekterer klinikkens budsjett, planlagt bemanning og faktisk driftsbehov. Dette vil også kunne ha en positiv effekt på målet om å redusere ekstern innleie.

5. Kapasitet i Oslo universitetssykehus de neste 5-8 år

Mål: Prosjektet skal sørge for en tilstrekkelig behandlingsskapasitet de neste 5-8 år inkl. vurdering av videre aktivitet ved Aker sykehus i perioden. Utgangspunktet har vært hvordan Akers nåværende arealer kan benyttes mest hensiktsmessig i tiden fram til et nytt lokalsykehus på Aker er realisert.

Status: Prosjektets anbefalte modell ble vedtatt på ledermøtet den 28.03. Modellforslaget gjelder: «Elektivt kirurgisk senter på Aker med dagkirurgi og kirurgi med kort liggetid 5 dager i uken og med utnyttelse av samlet operasjonskapasitet på Aker». Prosjektet fortsetter å utrede denne modellen.

6. Traumekirurgisk sengepost Ullevål sykehus

Mål: Prosjektet skal legge til rette for å etablere en dedikert traumekirurgisk post med et tryggere og mer effektivt pasientforløp, samt redusere belegget av traumepasienter på PO og kortere liggetid på Intensiv.

Status: Prosjektet ble etablert 30. januar 2017, og er så langt over halvveis i prosjektperioden. Prosjektet forventes å levere en konklusjon ila høsten 2017.

7. Sagene retur

Mål: Prosjektet skal lage en plan for hvordan man tilbakefører lokalsykehusfunksjonen for indremedisin for pasienter fra Sagene bydel.

Status: Prosjektet har gjennomført analyser av pasientstrømmen fra Sagene bydel til Oslo universitetssykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS). Prosjektet finner at av 6740 døgnopphold fra Sagene bydel går 4066 (60 pst) av pasientene til Oslo universitetssykehus, 1706 (25 pst) til LDS, og de øvrige 968 (15 pst) pasientene er spredt på Diakonhjemmet og andre sykehus. Av de 1706 pasientene med hovedsakelig indremedisinske diagnoser som legges inn på LDS er ca. 745 (44 pst) av dem også innom Oslo universitetssykehus.

Oslo universitetssykehus har ressursutfordringer og vil ikke kunne driften den nye pasienttilstrømningen uten økte ressurser, både i form av personell og sengeareal.

Helse Sør-Øst har et pågående arbeid for å vurdere kapasitetsutfordringene i Oslo og Akershus sykehusområdet (ref. styresak i Helse Sør-Øst RHF 052/2016 «Kapasitetsutfordringer i Oslo og Akershus sykehusområdet»).

Inntil Helse Sør-Øst har fullført sin vurdering er derfor prosjektets konklusjon at LDS fortsetter å ta hånd om de indremedisinske pasientene fra Sagene bydel. I brev av 4. september 2017 har administrerende direktør informert Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune om sykehusets vurderinger av saken som er i samsvar med anbefalingene fra prosjektgruppen.

8. Bedre innkrevingsrutiner

Mål: Formålet med prosjektet er å sikre at sykehuset får korrekte inntekter. Prosjektet skal derfor etablere bedre innkrevingsrutiner for de viktigste områdene.

Status: Prosjektet ble vedtatt etablert av styringsgruppen i mai 2017. Prosjektet befinner seg i gjennomføringsfasen og har ikke gitt statusrapport til styringsgruppen etter etablering. Det forventes at prosjektet ferdigstilles i løpet av høsten 2017.

9. Hente ut gevinster fra store IKT satsinger

Mål: Prosjektet skal realisere mulige gevinster fra implementeringen av de store IKT-satsningene de siste årene, særlig DIPS. Prosjektet vil først gjennomføre et forprosjekt som skal kartlegge hvilke arbeidsprosesser som benyttes per i dag, identifiserer tidstyver¹ og vurdere hvorvidt Oslo universitetssykehus har en elektronisk arbeidsflyt gjennom hele pasientforløpet. Basert på forprosjektet skal prosjektet identifisere de største utfordringsområdene og hvilke problemstillinger det er mest hensiktsmessig å se nærmere på. Prosjektet skal også etablere hensiktsmessige indikatorer for kontinuerlige målinger av de ulike utfordringsområdene.

Status: Prosjektet skal presentere strukturen for forprosjektet på styringsgruppemøtet i oktober 2017. Det er foreløpig ikke satt en dato for når prosjektet skal ferdigstilles.

¹ Tidstyver i denne sammenhengen er ting man bruker for mye tid på i forhold til hva som er hensiktsmessig for å nå målene til Oslo universitetssykehus. Det kan være dobbeltarbeid, uhensiktsmessige rutiner, arbeidsflyt mellom yrkesgrupper, osv.

10. Redusere innkjøpsutgiftene

Mål: Prosjektet skal gjennomgå innkjøpsrutinene i Oslo universitetssykehus for å se om rutinene og regelverk tydelig nok og kjent nok for å sikre lavest mulig pris.

Prosjektet vil ta utgangspunkt i følgende spørsmål:

1. Er Oslo universitetssykehus sitt behov for avtaledekning dekket?
2. Brukes Oslo universitetssykehus sine eksisterende avtaler riktig? Rett leverandør i korrekt rekkefølge?

Gjennomføringen av prosjekt tar sikte på å redusere Oslo universitetssykehus sine innkjøpskostnader, risiko for erstatningskrav og risiko for omdømmetap.

Status: Prosjektmandatet skal presenteres for styringsgruppen i oktober 2017. Det tas sikte på at prosjektet vil ferdigstilles ila vinter/ vår 2017.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 29. september 2017

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Tilleggsdokument til Oppdrag og bestilling 2017 for Oslo universitetssykehus HF

SAK 56/2017 TILLEGSDOKUMENT TIL OPPDRAG OG BESTILLING 2017 FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF

Forslag til vedtak:

Styret tar tilleggsdokument til Oppdrag og bestilling 2017 for Oslo universitetssykehus HF til etterretning.

Oslo den 22. september 2017

Bjørn Erikstein

Tilleggsdokument til Oppdrag og bestilling 2017

Helse Sør-Østs oppdrag og bestilling til Oslo universitetssykehus HF for 2017 ble gjort gjeldende i foretaksmøtet 15. februar 2017. Etter Stortingets behandling av revidert nasjonalbudsjett i juni er det laget et tilleggsdokument til Oppdraget for 2017. Oslo universitetssykehus mottok tilleggsdokumentet fra Helse Sør-Øst RHF den 23. august 2017 og det legges her frem for styret.

I tilleggsdokumentet skriver Helse Sør-Øst RHF hvordan helseforetakene og sykehusene skal delta i arbeidet for å nå de overordnede målene. Tilleggsdokumentet er utarbeidet som et felles dokument til alle helseforetak og mottagerne skal gjøre seg kjent med innholdet og følge opp det som er relevant for dem. For noen av oppdragene forutsettes nærmere orientering fra Helse Sør-Øst RHF før aktuelle helseforetak iverksetter tiltak.

Tilleggsdokumentet er gitt samme status som oppdrag og bestilling, og det stilles de samme krav om å utføre pålagte oppgaver og gjennomføre styringskrav innenfor de rammer og ressurser som er stilt til rådighet for 2017.

Administrerende direktørs vurdering

Oppgavene i tilleggsdokumentet til Oppdrag og bestilling 2017 er forenelig med Oslo universitetssykehus' planer og budsjett for 2017.

Det foreslås at styret tar tilleggsdokumentet for 2017 fra Helse Sør-Øst RHF, til etterretning.

Nærmere om noe av innholdet i tilleggsdokumentet

Tilleggsdokumentet gir tre nye oppgaver som det skal rapporteres på i årlig melding:

1. Deltakelse i kliniske studier: Oslo universitetssykehus skal sørge for å ha en oppdatert og komplett informasjon om sine kliniske studier på helsenorge.no
2. Kostnader på pasientnivå: Oslo universitetssykehus skal etter henvendelse fra Helse Sør-Øst bidra i arbeidet med å etablere en nasjonal database for kostander på pasientnivå.
3. Kreftbehandling: Oslo universitetssykehus skal ha gode rutiner for å informere kvinner som har fått betydelig endret diagnose etter en regransking av tidligere celleprøver.

I tillegg er det oppgaver som ikke skal rapporteres i årlig melding som gjelder å bidra til riktig rapportering av pasientadministrative data til Norsk pasientregister og å delta i arbeid med å forvalte legemiddelområdet og kartlegging i forbindelse med rekvisisjoner av laboratorieanalyser. Videre skal helseforetakene følge opp Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i Dokument 3:5 (2016-2017).

Rapportering av oppdraget

Tilleggsoppdraget er fordelt ut på ansvarlige enheter i organisasjonen og følges opp i helseforetakets oppfølgings- og rapporteringsrutiner, herunder rapporteringen til styret og Helse Sør-Øst RHF.

TILLEGGSDOKUMENT TIL OPPDRAK OG BESTILLING 2017

August 2017

Om tilleggsdokument til oppdrag og bestilling

Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling er et likelydende dokument til alle helseforetak og private ideelle sykehus som har mottatt oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst RHF. Tilleggsdokumentet omfatter styringsbudskap som Helse Sør-Øst RHF har mottatt fra Helse- og omsorgsdepartementet og styringsbudskap som er forankret i vedtak i styret for Helse Sør-Øst RHF etter at oppdrag og bestilling til helseforetakene/sykehusene ble utarbeidet. Det vises i denne sammenheng til «Oppdragsdokument 2017 - tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 129 S (2016-2017)» Dette dokumentet legges for ordens skyld med som vedlegg til tilleggsdokumentet.

For alle de nye styringsbudskapene forutsettes at det enkelte helseforetak/sykehus gjør seg kjent med innholdet og følger opp det som er relevant gjennom innarbeidelse i virksomhetsplanlegging og rapportering på lik linje med styringsbudskapene som inngår i oppdrag og bestilling. Tilleggsdokumentet er inndelt i to hoveddeler:

- Styringsbudskap (andre oppgaver 2017) som er rapporteringspliktig i årlig melding 2017 til Helse Sør-Øst RHF
- Informasjon som ikke er rapporteringspliktig i årlig melding 2017 til Helse Sør-Øst RHF.

Under hver hoveddel er styringsbudskapene organisert etter egne temaoverskrifter. Disse er så lang det er mulig samsvarende med temaoverskriftene i oppdrag og bestilling 2017.

Styringsbudskap (andre oppgaver 2017) som er rapporteringspliktig i årlig melding 2017 til Helse Sør-Øst RHF

Forskning

- De regionale helseforetakene skal i samarbeid legge til rette for at pasienter i hele landet får økte muligheter for deltakelse i kliniske studier i Norge og i utlandet. Det innebærer at nettsiden for pasientrettet informasjon om alle pågående og planlagte kliniske studier på helsenorge.no er oppdatert og komplett, og at pasienter i hele landet gis en likeverdig mulighet for å bli vurdert for deltakelse i kliniske studier.

Helseforetak og private ideelle sykehus i Helse Sør-Øst skal ta del i dette arbeidet gjennom å påse at opplysninger om alle pågående og planlagte kliniske studier innenfor sine ansvarsområder til en hver tid er oppdatert og komplett på helsenorge.no.

KPP - kostnader på pasientnivå

- Helsedirektoratet fikk i 2016 i oppdrag å utrede og planlegge en løsning for nasjonale KPP-data (kostnader på pasientnivå) i NPR med sikte på etablering av en nasjonal KPP-database fra 1.1.2018. De regionale helseforetakene skal sørge for at alle helseforetak leverer data inn til den nasjonale databasen.

Det forutsettes at det legges til rette for at KPP anvendes i det lokale forbedrings- og planarbeidet i helseforetak og private ideelle sykehus.

- De regionale helseforetakene skal innen 1. november 2017 redegjøre for departementet for status for bruk av KPP i lokalt forbedrings- og planarbeid i helseforetakene.

Helseforetak og sykehus i Helse Sør-Øst skal gi nødvendige opplysninger om dette etter nærmere henvendelse fra Helse Sør-Øst RHF.

Kreftbehandling

- Siden 2015 har sykehusene regravsket celleprøver til kvinner som har fått livmorhalskreft, og som har hatt normale celleprøver mindre enn fem år tidligere. Sykehusene har ansvar for å sikre at kvinner med livmorhalskreft får informasjon om tidligere celleprøver som har vært feiltolket.

Helseforetak og private ideelle sykehus i Helse Sør-Øst som har ansvar for denne pasientgruppen må påse at det er etablert gode rutiner for hvordan man informerer kvinner som har fått en betydelig endret diagnose etter en regravsking av tidligere prøver.

Informasjon som ikke er rapporteringspliktig i årlig melding 2017 til Helse Sør-Øst RHF:

Pasientadministrative systemer

- Det vises til Helsedirektoratets rapporter *Kvalitet i ventelistedata (2014)* og *Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten (2017)* hvor det framgår at registreringstekniske forhold knyttet til pasientadministrative systemer kan ha ført til at andelen pasienter som registreres med frist til utredning er for høy og at andelen henvisninger som registreres som avvist av spesialisthelsetjenesten er for høy.

De regionale helseforetakene skal sørge for at riktige opplysninger registreres i de pasientadministrative systemene og rapporteres til Norsk pasientregister, herunder sørge for at det gjennomføres endringer i de pasientadministrative systemene i henhold til det som framkommer i rapportene.

Helseforetak og sykehus i Helse Sør-Øst skal delta i dette arbeidet og følge opp de registreringstekniske forhold knyttet til pasientadministrative systemer som er beskrevet i Helsedirektoratets rapporter.

Trombolysebehandling

- Helseforetak og private ideelle sykehus i Helse Sør-Øst er tidligere informert om at det i oppdragsdokument 2017 inngår en indikator om trombolysebehandling. Ved en inkurie ble det satt feil mål i oppdragsdokumentet. Riktig mål er minst 50 pst. Dette er i tråd med det som er satt som høy måloppnåelse for den nasjonale kvalitetsindikatoren. Det vises til helsenorge.no for en beskrivelse av indikatoren. Indikatoren lyder: Andel pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet, og får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse.

Legemidler

- Som følge av beslutninger i Nye metoder og gjennom overføring av flere legemidler fra folketrygden, utgjør finansiering og forvaltning av legemidler en stadig større

oppgave for de regionale helseforetakene. Dette setter økte krav til regionale helseforetaks kapasitet til å forvalte legemiddelområdet, og fordrer evne til å realisere gevinster både gjennom anbudskonkurranser og overgang til faglig likeverdige, men rimeligere legemidler.

I 2018 tas det sikte på å overføre flere legemiddelgrupper fra folketrygden til de regionale helseforetakene. Som varslet i Prop. 129 S (2016–2017) legges det opp til å overføre finansieringsansvaret for gjenværende legemidler i noen legemiddelgrupper/terapiområder der finansieringsansvaret allerede er overført, samt for terapiområder der det forventes nye legemidler som kan føre til konkurranse. Dette vil blant annet omfatte legemidler til behandling av hiv, hepatitt B, alvorlig astma og mastocytose.

For at de regionale helseforetakene skal få tid til å forberede seg til overføringen, herunder bestille metodevurderinger, ble dette varslet allerede i Prop. 129 S (2016–2017). De regionale helseforetakene skal:

- Etablere tilstrekkelig kapasitet for å gjennomføre anbudskonkurranser knyttet til legemidler finansiert av regionale helseforetak, herunder legemiddelgrupper som overføres fra folketrygden til de regionale helseforetakene i 2018. Kapasiteten skal dimensjoneres med sikte på å realisere gevinstpotensialet knyttet til anbud.
- Sørge for at det er tilgjengelig strukturert legemiddelinformasjon i spesialisthelsetjenesten for å understøtte bruk og forskrivning av legemidler i sykehus.
- Sørge for tilstrekkelig kapasitet til å gjennomføre metodevurderinger. Departementet viser i denne sammenheng til at det i statsbudsjettet for 2016 ble understreket at dersom behovet for metodevurderinger overstiger det antall metodevurderinger som da ble lagt til grunn for SLVs og FHIs bevilgninger og rammer, kan disse finansieres over regionale helseforetaks egne rammer.

Helseforetak og sykehus i Helse Sør-Øst skal ta del i dette arbeidet etter nærmere henvendelse fra Helse Sør-Øst RHF.

Kartlegging av laboratorieundersøkelser

- Utgiftene til laborativ virksomhet ved sykehusene (kap. 732, post 77) har vist en langvarig og sterk vekst. Veksttakten i 2017 har økt. Departementet vil vurdere alternative tiltak i forslag til statsbudsjett 2018.

Laboratorieanalyser kan rekvireres av både primær- og spesialisthelsetjenesten. Departementet ber de regionale helseforetakene kartlegge om rekvisisjonene inkluderer den nødvendige (kliniske) informasjon som er nødvendig både for å vurdere om prøvene faktisk skal analyseres og for å tolke analysene.

De regionale helseforetakene skal også foreslå tiltak som kan iverksettes dersom kartleggingen skulle konkludere med at informasjonsgrunnlaget ikke er tilstrekkelig. Departementet ber om at resultatet av kartleggingen samt forslag til tiltak sendes til departementet innen 1. mai 2018. Helseforetak og sykehus i Helse Sør-Øst som utfører laboratorieanalyser skal ta del i dette arbeidet etter nærmere henvendelse fra Helse Sør-Øst RHF.

Medisinsk kodepraksis

- Helseforetakene og de private ideelle sykehusene i Helse Sør-Øst skal gjøre seg kjent med og følge opp Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene, herunder sette i gang et arbeid for å følge opp de aktuelle områder som Riksrevisjonen har påpekt innenfor sine ansvarsområder. Det vises til Dokument 3:5 (2016-2017) Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene, og Stortingets behandling av denne, jf. Innst. 297 S (2016-2017).

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 29. september 2017

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Ingen

SAK 57/2017 EIERSKAP I SELSKAPER

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 22. september 2017

Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

Nedenfor gis en oversikt over Oslo universitetssykehus HF sitt eierskap i selskaper og en kort beskrivelse av selskapene. Orienteringen baserer seg på selskapenes årsrapporter for 2016.

Oslo universitetssykehus HF har tre heleide selskaper og er deleier i to. Selskapene er av ulik størrelse og driver innen ortopediske hjelpemidler, fremstilling av radiofarmaka, forskning, næringsutvikling, parkering og eiendom. Det er ingen endring i Oslo universitetssykehus sitt eierskap i 2015.

Selskapene hadde i 2016 en samlet omsetning på 396 millioner kroner med et samlet årsresultat på 28,1 millioner kroner. Økonomisk resultat i datterselskapene inngår i den månedlige rapporteringen i helseforetaket og videre til Helse Sør-Øst RHF og departementet. Selskapene hadde samlet 143,4 årsverk, hvorav 96,4 er ansatt i Sophies Minde Ortopedi AS.

2. Administrerende direktørs vurdering

Helseforetak eier virksomhet organisert i selskaper under forutsetning av at eierskapet er egnet til å fremme foretakets formål. Alle selskapene Oslo universitetssykehus HF har eierandeler i, driver og har formål knyttet opp mot helseforetakets virksomhet. Skulle eierskap i et selskap i fremtiden ikke lenger ha en slik sammenheng med formålet og virksomheten i helseforetaket, vil saken bli tatt opp i styret for behandling av om Oslo universitetssykehus HF skal avslutte sitt eierskap.

Oslo universitetssykehus HF forholder seg formelt til selskapene og er bevisst på at samhandling mellom helseforetak og selskap ikke skal innebære uønsket krysssubsidiering eller gi suboptimale løsninger for helseforetaket.

Oslo universitetssykehus HF velger både eksterne og ansatte til å sitte i selskapenes styre. Helseforetaket har retningslinjer og en restriktiv holdning til størrelsen på styregodtgjørelse. Hovedregelen er at ansatte i Oslo universitetssykehus HF ikke skal ha særskilt godtgjørelse for styreverv i selskaper i foretaksgruppen.

3. Beskrivelse av datterselskapene

Sophies Minde Ortopedi AS

Sophies Minde ortopeditekniske verksted har sitt utspring i en privat yrkesskole fra 1892 og ble senere overtatt av en stiftelse for så å bli en integrert del av den statlige sykehusvirksomheten ved Statens Senter for Ortopedi. Virksomheten ved dette sykehuset ble slått sammen med Rikshospitalet i 1995. Selskapet ble stiftet 29. september 2003. Oslo universitetssykehus HF eier alle aksjene i selskapet.

Selskapet fremstiller, tilpasser og omsetter ortopediske hjelpemidler som er refusjonsberettiget i henhold til Folketrygdloven. Ortopediske hjelpemidler selskapet er alene om å fremstille og/eller tilpasse skal tilbys Oslo universitetssykehus HF i den utstrekning virksomheten har behov for dem.

Selskapet holder til i lokaler på Aker sykehus. I 2019 flytter selskapet til lokaler på Helsfyr. Selskapet har i tillegg avdelinger i Drammen, på Rikshospitalet, på Ullevål sykehus og en produksjonsavdeling for ortopedisk fottøy på Hamar.

Selskapet har i 2016 hatt flere studenter utplassert i praksis fra Høgskolen i Oslo og Akershus, samt egne lærlinger.

Styret har seks medlemmer. Styreleder Hans Erik Lie, nestleder Lena Gjevert, Tone Soltvedt, Thomas Glott, Nanna Ritchie og Torsten Appenzeller. Tre kvinner og tre menn. Lena Gjevert og Tone Soltvedt er ansatt i helseforetaket.

Selskapet har en solid og likvid økonomi og hadde i 2016 en omsetning på 141 millioner kroner, en økning på 9 % fra 2015. Årsresultatet var 11,3 millioner kroner. Selskapet hadde i gjennomsnitt 96,4 årsverk. Samlet sykefravær var 8,1 % fordelt med 2,3 % kortidsfravær og 5,8 % langtidsfravær.

Selskapet har skattefritak og det er ikke anledning til å ta utbytte. I selskapets vedtekter § 7 heter det at selskapets eventuelle overskudd skal benyttes til ortopedisk forskning og utvikling. Selskapets finansiering av ortopedisk forskning og andre prosjekter skjer etter innhenting av faglig baserte forslag og råd fra et eksternt fagpanel. Selskapet satte av fem millioner kroner av 2016 resultatet til slike formål.

Sykehotell AS

Selskapet ble stiftet 1. desember 2004. Oslo universitetssykehus HF eier alle aksjene i selskapet.

Selskapets formål er å drive virksomhet i forbindelse med utvidelse, utvikling og drift av sykehotellet på Rikshospitalet og annen virksomhet i tilknytning til dette.

Selskapet har oppført et tilbygg til sykehotellet på Rikshospitalet. Tilbygget inneholder 35 rom, hovedsakelig dobbeltrom og ble tatt i bruk 1. juli 2008. Totalt antall rom i hotellet er etter dette 125. Selskapet har fra 2016 en utleieavtale med driftsoperatør Eurest AS som varer til 2022.

Styret har tre medlemmer. Styreleder Morten Bråthen, Tone Elisabeth Mydske Olsen og Thomas Magnusson. En kvinne og to menn. Alle ansatt i helseforetaket. Selskapet hadde i 2016 en omsetning på 10 millioner kroner og et årsresultat på 1,1 millioner kroner. Selskapet har en ansatt på deltid.

Radiumhospitalets Parkeringsselskap AS

Selskapet (RadPark AS) ble stiftet 24. mars 2004. Oslo universitetssykehus HF eier alle aksjene i selskapet.

Selskapets formål er på kommersielt grunnlag å drive et parkeringsanlegg for ansatte og besøkende til Radiumhospitalet i Oslo, og annen virksomhet i naturlig sammenheng med dette.

Parkeringsanlegget er de tre nederste etasjene i forskningsbygget ved Radiumhospitalet. Selskapet finansierte parkeringsanleggsdelen av bygget og

forskningsbygget er organisert ved at selskapet og Oslo universitetssykehus HF har et sameie i eiendommen hvor RadPark AS eier 12,88 % - "Sameiet Vestenghaugen".

Oslo universitetssykehus HF leier 392 parkeringsplasser til ansatte i parkeringsanlegget ute og inne. Ansatte kan få parkeringstillatelse i bygget mot et månedlig gebyr. De øvrige parkeringsplassene er for sykehusets brukere.

Selskapet har fra 2009 kjøpt vedlikeholds- og driftstjenester fra Oslo sykehusservice i Oslo universitetssykehus. Herunder håndheving av parkering.

Styret har tre medlemmer. Styreleder Tone Elisabeth Mydske Olsen, Thomas Magnusson og Morten Bråthen. Alle ansatt i helseforetaket.

Selskapet hadde i 2016 en omsetning på 17,9 millioner kroner og et overskudd på 3,5 millioner kroner. Selskapet har en ansatt på deltid.

Norsk medisinsk syklotronsenter AS

Selskapet ble stiftet 1. desember 2003. Oslo universitetssykehus HF eier 70 prosent av aksjene. De øvrige eierne er Universitetet i Oslo med 20 prosent og Akershus universitetssykehus HF med 10 prosent.

Formålet er produksjon og utvikling knyttet til radiofarmaka til klinisk og forskningsrettet bruk og/eller tilrådighetsstillelse av PET-skannere, samt annen virksomhet i tilknytning til dette. Selskapet er lokalisert i OCCI-bygget ved Radiumhospitalet.

Virksomheten baserer seg på at selskapet eier og driver en syklotron. Isotopene fra syklotronen selges eller utvikles videre til bruk i medisin og forskning. GE-Healthcare AS kjøper størstedelen av isotopene til produksjon av radiofarmaka til bruk i pasientundersøkelser.

Oslo universitetssykehus har kjøpt tilgang til PET/CT-skanner fasiliteter fra selskapet. I løpet av 2017 vil helseforetaket installere egne skannere og avslutte avtalen om kjøp av tilgang til skannerfasiliteter fra selskapet.

Selskapet har tilvirkningstillatelse for radiofarmaka og har mål om å kunne tilby PET-klinikkene i Norge tracere som kan benyttes diagnostisk innenfor de kliniske spesialitetene av onkologi, nevrologi og kardiologi.

Selskapet har vært involvert i flere forskningsprosjekter og i 2016 var kostnader til forskning 8,4 millioner kroner mot 7,9 i 2015. Selskapet finansierte 2,5 senior forskningsstillinger.

Selskapet skal ikke gi utbytte til eierne, men drives ellers etter økonomiske prinsipper med målsetning om å bygge opp en egenkapital som sikrer videre drift, oppgradering av utstyr, samt nødvendige nyinvesteringer etc. Selskapet får ikke tilskudd fra eierne.

Året 2016 hadde selskapet inntekter på 47,4 millioner kroner som ga et årsresultat på 1,6 millioner kroner. Selskapet hadde i gjennomsnitt 14 årsverk en økning fra 13 årsverk i 2015.

Styret har syv medlemmer. Styreleder Ingar Pettersen, nestleder Kjell Magne Tveit, Jo Døhl, Einar M. Iversen, Mona Elisabeth Revheim, Per Oscar Bremer og Janne Pedersen. Kjell Magne Tveit og Mona Elisabeth Revheim er ansatt i Oslo universitetssykehus.

Inven2 AS

Innovasjonsselskapet Inven2 AS ble stiftet 24. april 2010, og eies 50 % av Oslo universitetssykehus HF og 50 % av Universitetet i Oslo¹.

Selskapet har som oppgave å gjøre forskning til samfunnsnyttige og lønnsomme produkter og tjenester. Selskapet følger opp forskningsmiljøene ved Universitetet i Oslo og foretakene i Helse Sør-Øst for å identifisere resultater og oppdagelser/nyvinninger med næringsmessig potensial. I 2016 gjennomførte selskapet 53 kommersialiseringer med signering av 46(25)* lisensavtaler og opsjonsavtaler med inntekt og etablering av 7(3)* oppstartsselskaper.

I tillegg til innovasjonsbistand og næringsutvikling, håndterer selskapet kontrakter om kliniske studier med industriell oppdragsgiver som utføres ved blant annet Oslo universitetssykehus HF. Selskapet forvalter også forskningsfond.

Selskapet hadde i 2016 en omsetning på 182,2 millioner kroner, hvorav 10 millioner var gevinst ved salg av aksjer. Årsresultatet var 10,4 millioner kroner. Inven2 hadde i gjennomsnitt 32,64 årsverk i 2016. Sykefraværet var 1,4 %.

Selskapet driver uten tilskudd fra Oslo universitetssykehus HF.

Selskapets styre består av leder Åse Auli Michelet, Magnus Gulbrandsen, Kjetil Storvik, Henning Øglænd, Per Morten Sandset, Inger Sandlie, Erlend Bremertun Smeland og Ragnhild Lothe. De to siste har hovedstilling i Oslo universitetssykehus.

¹ Oslo universitetssykehus HF har ikke bestemmende flertall i Inven2 AS, selskapet er derfor i regnskapet ikke et datterselskap til Oslo universitetssykehus HF, men et tilknyttet selskap.

* Tall i parrantes er for Oslo universitetssykehus HF.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 29. september 2017

Saksbehandler: Leder Internrevisjon

Vedlegg: Konsernrevisjon - Rapport 6/2017: Revisjon av
forvaltning av programvarelisenser.

SAK 58/2017 REVISJONRAPPORT 6/2017 – FORVALTNING AV PROGRAMVARELISENSSER

Forslag til vedtak:

*Styret tar til etterretning konsernrevisjonens rapport 6/2017: Revisjon av
forvaltning av programvarelisenser.*

Oslo, den 22. september 2017

Bjørn Erikstein

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF har i perioden mars til juni 2017 gjennomført en revisjon med mål om å vurdere om de planlagte tiltakene i Sykehuspartner HF sammen med eksisterende prosesser i helseforetakene vil gi et helhetlig system for forvaltning av lisenser som vil sikre forutsigbarhet i lisensvolum og -kostnader, og som bidrar til optimalisert lisensbruk innenfor hele foretaksgruppen. Revisjonen er utført med bruk av intervjuer og dokumentundersøkelser.

Revisjonen har følgende problemstillinger:

- 1. Vil de oppgraderte prosessene i Sykehuspartner HF gi et system for lisenshåndtering som integrert med øvrige drifts- og virksomhetsprosesser, sikrer en hensiktsmessig styring med lisensvolum og -kostnader?*
- 2. Har helseforetakene et system for å ha kontroll over innbytte og sanering av utstyr og programvare som ikke er i bruk?*
- 3. Har helseforetakene et system for å ha kontroll over lisenser som ikke forvaltes av Sykehuspartner HF?*

Problemstilling 1 er undersøkt i Sykehuspartner HF. Problemstilling 2 og 3 er undersøkt i Oslo universitetssykehus HF og Sykehuset Telemark HF. Sykehuspartner HF har fått et helhetlig ansvar for lisensområdet på vegne av foretaksgruppen, og utgjør den mest omfattende delen av revisjonen. For Oslo universitetssykehus HF og Sykehuset Telemark HF konkluderer konsernrevisjonen på den rollen helseforetakene har i den helhetlige modellen i foretaksgruppen.

Konsernrevisjonens konklusjon for Oslo universitetssykehus HF


Revisjonen viser at omfanget av lokal forvaltning av programvarelisenser i Oslo universitetssykehus er svært begrenset. Forvaltningen av programvarelisenser er i all hovedsak overført til Sykehuspartner HF og inngår i Oslo universitetssykehus sin standard leveranseavtale med Sykehuspartner HF. Det er konsernrevisjonens overordnede vurdering at Oslo universitetssykehus HF ivaretar sin del av den samlede internkontrollen på lisensområdet gjennom et system som er etablert og samordnet med Sykehuspartner HF. Oslo universitetssykehus HF bidrar med dette til optimalisert lisensbruk innenfor hele foretaksgruppen.

Konsernrevisjonen har ikke gitt noen anbefalinger.

Rapport 6/2017

Revisjon av forvaltning av programvarelisenser

Sykehuspartner HF
Oslo universitetssykehus HF
Sykehuset Telemark HF



Konsernrevisjonen
Helse Sør-Øst
4. juli 2017

Rapport nr.	6/2017
Revisjonsperiode	Februar – juni 2017
Virksomheter	Sykehuspartner HF, Oslo universitetssykehus HF og Sykehuset Telemark HF
Rapportmottaker	Styret i Sykehuspartner HF v/styreleder Styret i Oslo universitetssykehus HF v/styreleder Styret i Sykehuset Telemark HF v/styreleder Administrerende direktør Sykehuspartner HF Administrerende direktør Oslo universitetssykehus HF Administrerende direktør Sykehuset Telemark HF
Kopi	Administrerende direktør HSØ RHF Revisjonsutvalget HSØ RHF
Rapportavsender	Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
Oppdragsgiver	Styret i Helse Sør-Øst RHF
Revisor	Espen Anderssen (oppdragseier), Anders Blix (oppdragsleder) og Tove Kolbeinsen

Innholdsfortegnelse

1. Konklusjon	3
1.1 Mål og problemstillinger	3
1.2 Konklusjoner fra revisjonen	3
2. Innledning	5
2.1 Kontekst	5
2.2 Revisjonsgrunnlag og metode	5
2.3 Omfang og avgrensning	6
2.4 Informasjon om forvaltning av lisenser	8
3. Resultater fra revisjonen	11
3.1 Sykehuspartner HF	11
3.2 Oslo universitetssykehus HF	17
3.3 Sykehuset Telemark HF	19
Vedlegg 1 - Informasjonsgrunnlag, gjennomførte samtaler, saksgang og rapportbehandling	21

1. Konklusjon

1.1 Mål og problemstillinger

Denne rapporten presenterer resultatene av konsernrevisjonens revisjon «Forvaltning av programvarelisenser». Revisjonen er gjennomført i Sykehuspartner HF, Oslo universitetssykehus HF og Sykehuset Telemark HF. Revisjonens mål er å vurdere om de planlagte tiltakene i Sykehuspartner HF sammen med eksisterende prosesser i helseforetakene vil gi et helhetlig system for forvaltning av lisenser som vil sikre forutsigbarhet i lisensvolum og -kostnader, og som bidrar til optimalisert lisensbruk innenfor hele foretaksgruppen.

Revisjonen har følgende problemstillinger:

1. *Vil de oppgraderte prosessene i Sykehuspartner HF gi et system for lisenshåndtering som integrert med øvrige drifts- og virksomhetsprosesser, sikrer en hensiktsmessig styring med lisensvolum og -kostnader?*
2. *Har helseforetakene et system for å ha kontroll over innbytte og sanering av utstyr og programvare som ikke er i bruk?*
3. *Har helseforetakene et system for å ha kontroll over lisenser som ikke forvaltes av Sykehuspartner HF?*

Problemstilling 1 er undersøkt i Sykehuspartner HF. Problemstilling 2 og 3 er undersøkt i Oslo universitetssykehus HF og Sykehuset Telemark HF.

Sykehuspartner HF har fått et helhetlig ansvar for lisensområdet på vegne av foretaksgruppen, og utgjør den mest omfattende delen av revisjonen. Konsernrevisjonen har derfor valgt å konkludere på målet for revisjonen for Sykehuspartner HF. For Oslo universitetssykehus HF og Sykehuset Telemark HF konkluderer vi på den rollen helseforetakene har i den helhetlige modellen i foretaksgruppen.

Revisjonen er utført med bruk av intervjuer og dokumentundersøkelser i perioden mars - juni 2017.

1.2 Konklusjoner fra revisjonen

Det er lagt grunn en modell for lisensforvaltning i foretaksgruppen der Sykehuspartner HF er den sentrale aktøren. Konsernrevisjonen har ikke avdekket forhold som tyder på at de tre reviderte helseforetakene ikke lever opp til og bidrar til at modellen skal fungere på et overordnet nivå. At helseforetakene opptrer i tråd med det modellen legger opp til, er en viktig premisse for en optimalisert lisensforvaltning med hensyn til lisensvolum og -kostnader i foretaksgruppen.

Det er videre i dette kapitlet beskrevet en egen overordnet konklusjon for hvert av de respektive helseforetakene.

Sykehuspartner HF

Konsernrevisjonens overordnede vurdering er at Sykehuspartner HF samlet sett har et målbilde med definerte tiltak for å få etablert et helhetlig system for forvaltning av lisenser. Revisjonen har imidlertid vist at arbeidet med å få planlagt og etablert tiltakene ikke er kommet så langt som opprinnelig planlagt. Effektivisering og påfølgende optimalisering av lisenskostnader er avhengig av at tiltakene gjennomføres.

Konsekvensen av at det ikke foreligger et design for de fremtidige prosessene, er at konsernrevisjonen på nåværende tidspunkt ikke kan vurdere om tiltakene vil gi et helhetlig system for lisensforvaltning i foretaksgruppen. Det ble derfor besluttet, i samråd med Sykehuspartner HF, at konsernrevisjonen rapporterer status per primo juni, og at revisjonen videreføres i januar 2018.

De vesentligste utestående tiltakene er knyttet til styring og oppfølging, prosessdesign og verktøystøtte.

Styring og oppfølging

Utviklingsplanen for lisensforvaltning er ikke tilstrekkelig detaljert med aktiviteter, milepæler og frister for effektiv styring og oppfølging eller som grunnlag for å vurdere realisering av målbildet. Resurser til linjeorganisasjonen med ansvar for og kompetanse på lisensforvaltning er nå rekruttert og vil være operative i august. Endelig tidsplan med realistiske frister må sees i sammenheng med tilgjengelig kapasitet. Videre må kpi-er defineres og rutiner for oppfølging av resultat- og effektmål etableres.

Prosessdesign

Det foreligger et design for SAM¹-prosessene med noen utestående punkter som er overlevert fra prosjekt lisensforvaltning til linjeorganisasjonen. Integrering av lisenshåndtering i øvrige prosesser er ikke endelig avstemt og klart til operasjonalisering. Dette er en forutsetning for at Sykehuspartner HF innenfor et akseptabelt tidsrom får realisert overgangen til en proaktiv lisensforvaltning.

Verktøystøtte

Det skal kjøres en pilot for støtteverktøy for lisensregnskap. Det er ikke konkludert på om funksjonaliteten dekker behovet, og eventuell integrasjon mot økonomisystemene er uavklart. Integrerte støtteverktøy med nødvendig funksjonalitet er en forutsetning for at prosessene gjennom hele verdikjeden skal bli effektive.

Arbeidet med tiltakene på de ovennevnte områdene vil fortsette utover i 2017.

Det er gitt anbefalinger knyttet til alle de tre tiltaksområdene.

Det henvises til kapittel 3.1 for mer informasjon om resultatene fra revisjonen.

Oslo universitetssykehus HF

Revisjonen viser at omfanget av lokal forvaltning av programvarelisenser er svært begrenset. Forvaltningen av programvarelisenser er i all hovedsak overført til Sykehuspartner HF og inngår i SLA-en med Sykehuspartner HF.

Det er konsernrevisjonens overordnede vurdering at Oslo universitetssykehus HF ivaretar sin del av den samlede internkontrollen på lisensområdet gjennom et system som er etablert og samordnet med Sykehuspartner HF. Oslo universitetssykehus HF bidrar med dette til optimalisert lisensbruk innenfor hele foretaksgruppen.

Det er ikke gitt noen anbefalinger.

Det henvises til kapittel 3.2 for mer informasjon om resultatene fra revisjonen.

¹ SAM – Software Asset Management

Sykehuset Telemark HF

Revisjonen viser at omfanget av lokal forvaltning av programvarelisenser er svært begrenset. Forvaltningen av programvarelisenser er i all hovedsak overført til Sykehuspartner HF og inngår i SLA-en med Sykehuspartner HF.

Det er konsernrevisjonens overordnede vurdering at Sykehuset Telemark HF ivaretar sin del av den samlede internkontrollen på lisensområdet gjennom et system som er etablert og samordnet med Sykehuspartner HF. Sykehuset Telemark HF bidrar med dette til optimalisert lisensbruk innenfor hele foretaksgruppen.

Det er gitt anbefalinger knyttet til formalisering av etablert avstemmingsrutine.

Det henvises til kapittel 3.3 for mer informasjon om resultatene fra revisjonen.

2. Innledning

2.1 Kontekst

Foretaksgruppen har store kostnader knyttet til lisensiert programvare. Lisensiert programvare brukes i infrastrukturen, på arbeidsstasjoner og i kliniske og administrative fagsystemer. På vegne av foretaksgruppen har Sykehuspartner HF en sentral forvaltning av lisenser. I tillegg er det i et begrenset omfang en lokal forvaltning av lisenser på helseforetakene. Risiko på lisensområdet er primært knyttet til økonomiske og juridiske forhold. Det er en premisse at bruk av lisensiert programvare i foretaksgruppen skal være i henhold til lov og avtaler med leverandørene, og på det økonomiske området kan store beløp spares ved å unngå over- og/eller underlisensiering.

Det har over tid blitt klart at internkontrollen på lisensområdet ikke har vært tilfredsstillende, noe som blant annet er manifestert i Oppdrag og bestilling 2017 for Sykehuspartner HF: "Sykehuspartner HF skal sikre lavest mulig lisenskost og sikre optimalisert lisensbruk. Sykehuspartner HF skal innen 1.5.2017 etablere plan for å sikre kontroll på og nedtak av de samlede lisenskostnadene".

Revisjonsoppdraget ble planlagt i februar 2017 med utgangspunkt i at det frem mot juni 2017 skulle skje store endringer i eksisterende prosesser på lisensområdet i Sykehuspartner HF, med et målbilde som strekker seg frem mot 2021. På denne bakgrunn valgte konsernrevisjonen å kartlegge og vurdere internkontrollen i prosessene slik de var ment å fungere fra juni 2017. Fremdriften i utviklingen av prosesser på lisensområdet ble forsinket, i stor grad forårsaket av iMod-programmet. Konsekvensen var at prosessdesignet i juni 2017 ikke var på et stadium som gjorde det mulig for konsernrevisjonen å vurdere internkontrollen som forutsatt. Det ble derfor besluttet, i samråd med Sykehuspartner HF, at konsernrevisjonen skulle rapportere status per primo juni på lisensområdet i Sykehuspartner HF på det grunnlaget som forelå da, og at revisjonen videreføres i januar 2018.

2.2 Revisjonsgrunnlag og metode

Revisjonsgrunnlaget som er lagt til grunn for utviklingen av revisjonene er hentet fra

- Lov og forskriftskrav
 - Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250).
- Rammeverk for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll Helse Sør-Øst, desember 2010.

- Sykehuspartner HF, Oslo universitetssykehus HF og Sykehuset Telemark HF's egne styrende dokumenter og prosedyrer.

Revisjonen er utført ved bruk av metodene dokumentundersøkelse og intervju.

Revisjonen forvaltning av programvarelisenser er gjennomført i henhold til revisjonsplan 2017 for konsernrevisjonen. Revisjonsplanen er godkjent av styret i Helse Sør-Øst RHF.

2.3 Omfang og avgrensning

Revisjonen omfatter Sykehuspartner HF, Oslo universitetssykehus HF og Sykehuset Telemark HF.

I Oslo universitetssykehus HF og Sykehuset Telemark HF omfatter revisjonen rutinene som er etablert internt i helseforetaket og i grensesnittet mot Sykehuspartner HF når det gjelder bestilling av lisenser, opphør av og endringer i arbeidsforhold til ansatte og kontroll av inngående lisensfakturaer.

I sykehuset Telemark HF har avdeling Teknologi og ehelse en koordineringsrolle mot Sykehuspartner HF på vegne av andre avdelinger i helseforetaket. I tillegg har eiendomsavdelingen og ansvarlig for mtu-området vært involvert i revisjonen med henblikk på lokale ikt-systemer.

I Oslo Universitetssykehus HF koordinerer IKT stab aktiviteter mot Sykehuspartner HF. I tillegg til IKT stab har eiendomsavdelingen og ansvarlige for mtu-området vært involvert i revisjonen med henblikk på lokale ikt-systemer. Lisenser i forskningsmiljøet som er eksternt finansiert er ikke en del av revisjonen.

I Sykehuspartner HF omfatter revisjonen de aktivitetene som er etablert for å få en effektiv og optimal kostnadskontroll med lisensforvaltning, ytterligere beskrevet i kapittel 2.4.

Revisjonen omfatter lisensforvaltning med hensyn til infrastrukturen og klienter. Kliniske og administrative fagapplikasjoner er foreløpig ikke en del av Sykehuspartner HF's system for lisensregnskap. Som en konsekvens av at Sykehuspartner HF ikke har tatt beslutninger om fremtidig ansvar og design for lisenser på slike systemer, ble de ikke medtatt i denne revisjonen.

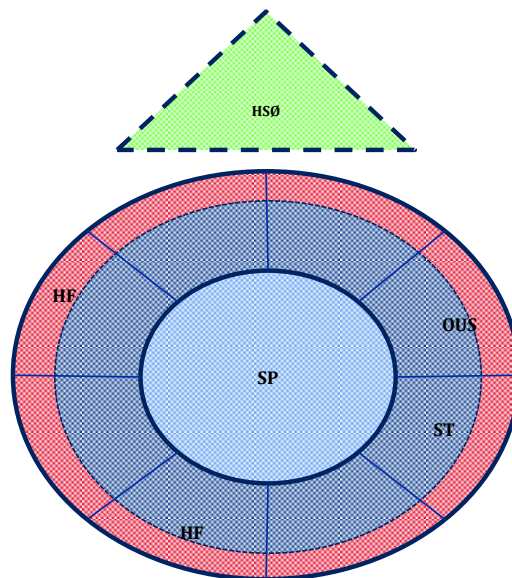
I Sykehuspartner HF omfatter revisjonen ikke:

- Prosesser for strategisk styring av avtaler og prognose- og budsjettprosesser
- Prosesser for å vurdere sluttbrukers eller et helseforetaks behov for programvare
- Hvordan prosessene som ikke er implementert på revisjonstidspunktet i Sykehuspartner HF vil fungere i praksis
- Viderefakturering av lisenskostnader til helseforetakene gjennom tjenestepricing
- Kvalitetssikring av gjennomføringsprosessene for prosjektene "Lisensrevisjon" og "Prosess og verktøy".
- Lisenser til kliniske og administrative fagsystemer, se under i avsnittet om Lisenser – begreper.

Regional modell

Sykehuspartner HF har et regionalt ansvar for forvaltning av lisenser. Dette ansvaret omfatter blant annet forvaltning av programvareavtaler, løpende oversikt over lisenskrevende installasjoner og tilgjengelige lisenser, samt innberetning til leverandører i forbindelse med avtalerevisjoner ("True-up" eller tilsvarende). Selv om ikt-utstyret er fysisk plassert i helseforetakene, har Sykehuspartner HF ansvaret for forvaltning av lisensieringen, jmfør Figur 1.

Selv om Sykehuspartner HF har et regionalt ansvar vil det være tilfeller hvor det er mest hensiktsmessig at helseforetakene selv har ansvar for forvaltningen. Dette gjelder programvare som brukes i et helseforetak alene eller et fåtall helseforetak samt programvare integrert i medisin-teknisk utstyr (mtu) og byggtekniske installasjoner. Det fremgår i tjenesteavtalen med de respektive helseforetakene hvilke lisensavtaler og lisenser Sykehuspartner HF har forvaltningsansvaret for.



Figur 1: Lisensforvaltning i HSØ forgår sentralt i Sykehuspartner HF (blått) og desentralt i helseforetakene (rødt).

Lisensforvaltning i helseforetakene

De to helseforetakene som er omfattet av revisjonen har egne organisatoriske enheter for den generelle ikt-forvaltningen. Lisenshåndtering innenfor dette området er i all hovedsak overført til Sykehuspartner HF.

Det er egne organisatoriske enheter som forvalter medisin-teknisk utstyr i helseforetakene. Det normale innenfor mtu-området er at lisensene er knyttet til bruk av selve utstyret og ikke til programvaren som sådan. Lisenser er en del av anskaffelseskostnaden og er en engangskostnad uten påfølgende periodiske kostnader. Mtu-området har dermed ikke de samme forvaltningsmessige problemstillingene som på ikt-området for øvrig, og en sentralisert lisensforvaltning har så langt ikke vært aktuelt. Tilsvarende gjelder eiendomsforvaltningen ved helseforetakene.

Det henvises til kapittel 2.4 for ytterligere informasjon.

2.4 Informasjon om forvaltning av lisenser

I dette avsnittet redegjør vi for begreper og ulike forhold i forbindelse med lisensforvaltning, som et grunnlag for å sette innholdet i kapittel 3 i en sammenheng.

Lisenser – begreper

Det finnes ulike måter å gruppere og benevne grupper av programvare. I denne revisjonen har vi sett det hensiktsmessig å benytte følgende betegnelser i lisensiering av programvare:

- a) Infrastruktur og klienter (arbeidsstasjoner)
Omfatter basissystemer og programvare infrastrukturen: Operativsystemer, databasestyringssystemer, sql-systemer etc. Betegnelser omfatter i denne sammenheng også arbeidsstasjoner.
- b) Kliniske og administrative fagsystemer
Omfatter for eksempel Dips og RIS/PACS.

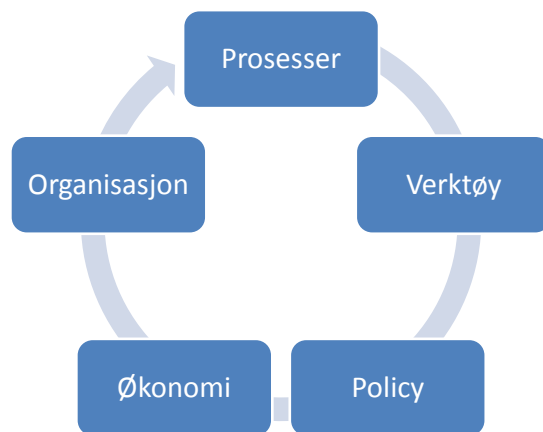
Lisensiering av arbeidsstasjoner (Microsoft)

På arbeidsstasjonene kreves det lisens for arbeidsflaten (Windows og MS Office). Arbeidsstasjoner som har vært aktiv på nett de siste tre månedene før årlig telling inngår i et lisensregnskap. Uavhengig av arbeidsstasjon kreves det i tillegg lisens knyttet til antall individuelle brukere omregnet til heltidsstillinger. Brukere beregnes med utgangspunkt i data fra Personalportalen. Det påløper dermed ikke lisenskostnader over tid forbundet med at inaktive arbeidsstasjoner ikke returneres til Sykehuspartner HF for gjenbruk eller kassasjon.

Sykehuspartner HFs prioriterte områder for tiltak

Sykehuspartner HF har over tid forvaltet lisenser for blant annet databaser, mellomvare, operativsystemer og driftsverktøy. Området har vært lite prioritert, men tidlig i 2015 ble en "baseline" for servere etablert. Resultatet viste vesentlige utfordringer med hensyn til lisenskrevende installasjoner, og blant annet ble underrapportering til Microsoft avdekket. Store investeringer i programvarelisenser var derfor nødvendig i 2015 og 2016, og det også etablert en rutine for løpende oppfølging av disse Microsoft-lisensene.

Figur 2 viser områdene der Sykehuspartner HF setter inn ytterligere tiltak for å etablere en hensiktsmessig kontroll på hele lisensområdet.



Figur 2: Områder for realisering av målbilde

For å etablere et helhetlig system for kontroll med lisensvolum og -kostnader, har Sykehuspartner HF planlagt tiltak i form av

- policy for programvareforvaltning i foretaksgruppen
- nye og oppgraderte prosesser for lisensområdet
- reorganisering av ansvaret for lisensforvaltning
- implementering av verktøystøtte
- endringer i grensesnittet mellom lisens- og økonomiområdene.

Med forbedrede prosesser for lisensforvaltning og med en tettere knytning til avtaleforvaltningen vil Sykehuspartner HF blant annet få større transparens i kostnadene og potensielt unngå unødige kostnader ved over- og underlisensiering.

De mest sentrale prosessene implementeres i 2017, mens utvikling av øvrige prosesser ligger i et mer langsiktig målbilde. Etablering av organisasjonen og nyutviklet verktøystøtte skal være på plass i løpet av november 2017, med eventuell videreutvikling senere. Målbildet for området strekker seg helt frem mot 2021 hvor faser for videre utvikling er skissert, men uten at konkrete planer for realisering er utarbeidet. Tiltaksarbeidet er organisert dels i prosjekter og dels i linjeorganisasjonen.

Software Asset Management (SAM)

Et sentralt tiltak for å etablere en tilfredsstillende internkontroll på lisensområdet i Sykehuspartner HF er en omstrukturering og oppgradering av prosessene innenfor området "Software Asset Management". SAM skal styrke internkontrollen ved å etablere nye og endre eksisterende prosesser. Blant annet skal disse prosessene gi styring på hva slags programvare som skal installeres, oversikt over lisenskrevende installasjoner og oversikt over forbrukte og tilgjengelige lisenser i et lisensregnskap. SAM vil produsere data som kan brukes i forhandlinger med programvareleverandørene for å få best

mulige avtalevilkår og som kan brukes for å forbedre forutsigbarheten på økonomiområdet. Samlet vil dette gi et grunnlag som kan brukes til å optimalisere lisensbruken og kostnader over hele foretaksgruppen.

Sykehuspartner HF – Grunnlag for etablering av ny lisensforvaltning

Som et grunnlag for etablering av lisensforvaltning ble det gjennomført et forprosjekt i samarbeid med den eksterne leverandøren Crayon som ble dokumentert i et løsningsforslag. Løsningsforslaget inneholdt blant annet en beskrivelse som grunnlag for definering av fem nøkkelprosesser for lisenshåndtering, videre betegnet som SAM-prosessene. Disse ble tatt inn i og videreutviklet i prosjekt Lisenskontroll som skulle foreslå tiltak for et helhetlig regime for lisensforvaltning.

Prosjektet Lisensforvaltning har hatt store avhengighetene inn mot iMod-programmet og den fremtidige leveransemodellen med den eksterne samarbeidspartneren som det da ble planlagt for. Før prosjekt Lisenskontroll er ferdigstilt har det skjedd omfattende endringer iMod. Endelig oversikt over konsekvensene for prosjekt Lisenskontroll var på revisjonstidspunktet ikke avklart.

3. Resultater fra revisjonen

Det er tre problemstillinger i rapporten. Den første problemstillingen omhandler Sykehuspartner HF, mens den andre og den tredje problemstillingen omhandler Sykehuset Telemark HF og Oslo universitetssykehus HF og deres rolle i totalbildet.

3.1 Sykehuspartner HF

3.1.1 Problemstilling 1

Vil de oppgraderte prosessene i Sykehuspartner HF gi et system for lisenshåndtering som integrert med øvrige drifts- og virksomhetsprosesser, sikrer en hensiktsmessig styring med lisensvolum og -kostnader?

Konsernrevisjonens overordnede konklusjon

Konsernrevisjonen overordnede vurdering er at Sykehuspartner HF samlet sett har en hensiktsmessig innretning på arbeidet for at helseforetaket skal klare å realisere målsetningen om tilfredsstillende kontroll på lisensområdet. Sykehuspartner HF har et målbilde med definerte områder for tiltak, og på alle områdene pågår aktiviteter for realisering. Innenfor områdene er realiseringen i ulike faser, men den totale fremdriften er forsinket i henhold til plan.

Til tross for dette er konsernrevisjonen av den oppfatningen at for å nå målsetningen er det behov for:

- Forsterket styring og oppfølging
- Avklare prosessdesign med påfølgende operasjonalisering
- Avklare design og integrasjoner av støtteverktøy.

Forsterket styring og oppfølging

"Plan for SAM-funksjonen 2021" må detaljeres ytterligere med aktiviteter, milepæler og realistiske frister for å kunne benyttes til effektiv styring og oppfølging, og som et grunnlag for realisering av målbildet. Det må sikres at ansvar og myndighet til involverte er definert og tilpasset arbeidsoppgavene.

For å kunne evaluere måloppnåelse og utviklingen på området er det i tillegg viktig å utarbeide kpi-er egnet for å følge opp både kvalitet og status på optimalisering av lisenskostnader. Rutiner og format på oppfølging av resultat- og effektmål må etableres.

Avklare prosessdesign med påfølgende operasjonalisering

Det foreligger et design for SAM-prosessene med noen utestående punkter. Det er i tiden fremover viktig å prioritere ferdigstilling og forankret prosessdesignet både for SAM-prosessene og øvrige prosesser slik at Sykehuspartner HF innenfor et akseptabelt tidsrom får realisert overgangen til en proaktiv lisensforvaltning.

Avklare design og integrasjoner av støtteverktøy

Piloten for verifisering av funksjonaliteten i HPE Asset Manager vil foregå utover høsten. Det er i tillegg viktig å få avklart integrasjon mot økonomisystemene, slik at prosessene gjennom hele verdikjeden blir effektive og understøttes av nødvendig funksjonalitet.

Under er beskrevet grunnlaget for ovennevnte konklusjon.

Revisjonskriterium 1: Styring og rapportering på lisensområdet er satt i system og det er definert mål og kpi-er tilpasset de ulike nivåer i Sykehuspartner HF. Dette vil danne grunnlag for måling av forventet optimalisering i foretaksgruppen som helhet.

Revisjonsgrunnlag

I henhold til revisjonsgrunnlaget er det en forutsetning at det er definert mål og kpi-er som er dekkende og egnet for styring på kvalitet og status på optimaliseringen av lisenser og kostnader. I tillegg forutsettes at planer med nødvendige aktiviteter og milepæler for å få etablert en optimalisert lisensforvaltning er utarbeidet og følges opp. Rapportering på mål og kpi-er må gjennomføres regelmessig som grunnlag for informasjon til ledelsen på ulike nivåer.

Observasjoner

Kravene i Oppdrag og bestilling er videreført i lederavtaler til leder for virksomhetsområdet Plan og styring og videre til avdelingsleder Kontraktstyring som har fått ansvaret for lisensområdet. Som svar på kravet i Oppdrag og bestilling er "Plan for SAM-funksjonen 2021" utarbeidet med foreslåtte aktiviteter og tidsfrister som grunnlag for videre arbeid og oppfølging. Tidsfrister som er satt i de ulike planer og måldokumenter er ikke alltid konsistente.

Økonomiske kpi-er for rapportering på Oppdrag og bestilling og andre relevante kpi-er for rapportering på lederavtalene og milepæler er hittil ikke utarbeidet. Imidlertid er det startet opp en månedlig rapportering til ledergruppa i Plan og styring fra infrastrukturen som viser utviklingen i antallet lisenskrevende installasjoner.

Arbeidet med å sikre kontroll på lisensområdet har blitt organisert i prosjektet Lisenskontroll og status er rapportert til den operative styringsgruppa og i ukentlige statusmøter med direktør for Plan og styring og avdelingsleder for Kontraktstyring. På revisjonstidspunktet har linjeorganisasjonen delvis kommet på plass, og mesteparten av prosjektet er overlevert til linjen ved SAM manager. Styring og oppfølging av lisensområdet som en fast linjeaktivitet er ikke foreløpig etablert.

Avdelingsleder Kontraktstyring har primært fulgt opp lisenshåndteringen gjennom særskilte møter og i tillegg vært deltager i operativ styringsgruppe i prosjekt Lisenskontroll. Det planlegges nå for at området skal følges opp i avdelingsmøter hver 14. dag som en linjeaktivitet.

Konsernrevisjonens vurdering

"Plan for SAM-funksjonen 2021" er et grunnlag for videre arbeid, men den må detaljeres ytterligere med aktiviteter, milepæler og realistiske frister for å kunne benyttes til styring og oppfølging. Det fremkommer ulike tidsfrister for enkelte mål og aktiviteter i ulike dokumenter, noe som kan medføre usikkerhet knyttet til når en aktivitet skal gjennomføres og lite effektiv oppfølging av arbeidet.

For å kunne evaluere måloppnåelse og utviklingen på området er det i tillegg viktig å utarbeide kpi-er egnet for å følge opp kvalitet og status på optimaliseringen. Som grunnlag for måling må en egnet «baseline» defineres. Når ovennevnte er definert og etablert kan rutiner og format på oppfølging av lisensområdet både i linjen og i månedlig rapportering til ledelsen etableres.

Ved overlevering fra prosjektet vil konsernrevisjonen påpeke viktigheten av at avdekkede risikoer og tilhørende tiltak følges opp videre som en linjeaktivitet og inngår i de løpende risikovurderingene.

På bakgrunn av vurderingene anbefales det følgende:

- Arbeidet med mål og kpi-er ferdigstilles som en del av rapport og oppfølging
- Planen som foreligger detaljeres med milepæler, ansvarlige for aktiviteter og realistiske tidsfrister.

Revisjonskriterium 2: Ansvar, myndighet og kompetansekrav for involverte i forvaltning av lisenser er definert og gjort kjent.

Revisjonsgrunnlag

I henhold til revisjonsgrunnlaget er det en forutsetning at det er etablert en organisasjon for forvaltning av lisenser. Ansvar til den enkelte ressurs og område som helhet må være definert og kjent både av den enkelte medarbeider og øvrige aktører i Sykehuspartner HF de skal samhandle med. Ressursene må ha tilstrekkelig myndighet til å ivareta sine roller, oppgaver og tildelt ansvar. Videre forutsettes at kompetansekrav til involverte i lisensforvaltningen er definert og tilpasses oppgaver og ansvar.

Observasjoner

I Sykehuspartner HF er ansvaret for rammeverket for lisensforvaltning lagt til virksomhetsområdet Plan og styring, avdeling Kontraktstyring. I avdelingen er det etablert et SAM-team for lisensforvaltning bestående av fire personer som ledes av en SAM manager. Dette teamet forvalter i første omgang lisenser på infrastrukturen og arbeidsstasjonene. SAM manager eier forvaltningsdefinisjonen og skal lede videreutvikling av prosessene, samt at han skal delta i de planlagte beslutningsforaene ("boards") der beslutninger som berører lisenser skal fattes. SAM managers ansvar og oppgaver kan delvis utledes av ulike dokumenter, men er ikke tydeliggjort i Sykehuspartner HF's rollekatalog.

Avdeling Kontraktstyring har også ansvar for forvaltningen av avtalene for lisenser. I tillegg har avdelingen rekruttert en avtalecontroller – en funksjon som er overført fra regnskapsavdelingen – som tiltrer i august 2017 som blant annet skal ha en sentral rolle med videre bruk av avtalebasen.

Lisenser til kliniske og administrative fagapplikasjoner forvaltes av de respektive fagavdelingene inn-til videre. På et senere tidspunkt vil Sykehuspartner HF ta stilling til hvilket ansvar SAM-teamet skal ha i forbindelse med fagapplikasjonene, jamfør dokument "Programvareforvaltning med fokus på lisensforvaltning".

Rammeverkets overordnede styrende dokumenter består av en policy for bruk av programvare og en forvaltningsdefinisjon for lisenser. Policyen gir blant annet prinsipper for ansvarsdelingen mellom Sykehuspartner HF og de øvrige helseforetakene, og hva ansvaret består av. I forvaltningsdefinisjonen legges mange premisser for lisenshåndteringen. Forvaltningsdefinisjonen er retningsgivende for hva slags lisenser som faller inn under avdeling Kontraktstyring forvaltningsansvar, hvilke lisenser skal forvaltes sentralt og hvilke skal forvaltes desentralt i fagavdelingene og ikke minst hvilke lisenser som faller utenfor forvaltningsdefinisjonen.

Operasjonaliseringen av policyen og forvaltningsdefinisjonen er planlagt å starte opp i helseforetakene august 2017.

De ansvarlige for området i Sykehuspartner HF har definert kompetansebehovet og har gjennomført en prosess for rekruttering av SAM-teamet og avtalecontroller. SAM manager og to lisensforvaltere har tiltrådt, mens de siste to ressursene tiltrer i august. To ressurser er overført internt og tre ressurser er rekruttert eksternt, alle med lang erfaring i store virksomheter innenfor fagfeltene.

Vurdering

Ansvar for lisensforvaltning – som tidligere har vært fordelt på ulike fagområder – er samlet og organisert inn under ett virksomhetsområde sammen med avtaleforvaltning for øvrig, og samtidig plassert på et høyere nivå i organisasjonen enn tidligere. Dette vurderes som hensiktsmessig for å gi området organisatorisk og faglig tyngde.

De styrende dokumentene definerer premissene for lisenshåndteringen i foretaksgruppen. Særlig forvaltningsdefinisjonen har noen mangler, blant annet definisjoner av sentrale begreper.

Prosessen for rekruttering har hatt en god ledelsesforankring med en helhetlig vurdering av kompetansebehovet.

Det fremstår for konsernrevisjonen som om SAM manager har bred erfaring og god kjennskap til lisensområdet. Hva som faktisk inngår i ansvarsområdet til og hvilken myndighet som er gitt til denne nye rollen og ressursene i resten av SAM-teamet, er i ulik grad definert og gjort kjent for den øvrige organisasjonen de skal samhandle med. Uklarhet om SAM managers og de øvrige teamressursenes ansvar og roller, kan etter konsernrevisjonens vurdering medføre risiko for forsinkelser i beslutninger og planlagt tiltaksarbeid.

På bakgrunn av vurderingene anbefales det følgende:

- Ansvar og myndighet for SAM manager og øvrige ressurser i SAM-teamet tydeliggjøres
- For å øke nytteverdien av forvaltningsdefinisjonen bør den kompletteres med definisjoner av termer.

Revisjonskriterium 3: Lisenshåndtering vil inngå i alle prosesser som må etableres for at lisensregnskapet skal bli fullstendig og løpende oppdatert. Det er systemstøtte for effektive og automatiserte arbeidsprosesser, og kontroll på lisenskostnader gjennom hele verdikjeden.

Revisjonsgrunnlag

I henhold til revisjonsgrunnlaget er det en forutsetning at det foreligger en oversikt over alle prosesser som lisenshåndtering inngår i. Det foreligger eller er planlagt et omforent design og når øvrige prosesser skal være avklart og operasjonalisert i Sykehuspartner HF og eventuelt i helseforetakene. Som ledd i automatiseringen må det avklares hvilke og hvordan verktøy skal benyttes gjennom hele verdikjeden for nødvendige oversikt over lisenser som grunnlag for optimalisering av kostnadene i foretaksgruppen som helhet.

Observasjoner

I forprosjektet til prosjekt Lisenskontroll er det utarbeidet et løsningsforslag (jamfør avsnitt 2.4) med oversikt over alle prosesser hvor lisenser inngår. I henhold til forprosjektets anbefaling er det definert fem nøkkelprosesser – kalt SAM-prosessene – som skal inngå i et rammeverk for lisenshåndtering. Prosjektet Lisenskontroll har beskrevet SAM-prosessene på aktivitetsnivå. Prosessbeskrivelsen² er overlevert linjen ved SAM manager med noen utestående punkter, i hovedsak der SAM-prosessene skal integreres med andre prosesser. Endelig helhetlig prosessdesign er forsinket i henhold til opprinnelig plan og foreligger ikke på revisjonstidspunktet. SAM manager skal lede arbeidet med å

² Prosjekt Lisenskontroll: Prosjektbeskrivelse.

avklare design og operasjonalisere SAM-prosessene, samt få integrert lisenshåndtering med øvrige berørte prosesser, for eksempel i prosjektmetodikken.

I første omgang innføres leverandørene Microsoft og Oracle i SAM-prosessene, og senere blir øvrige leverandører gradvis innført. Hvordan lisenser for kliniske og administrative applikasjoner skal forvaltes vil bli avklart på et senere stadium.

Sykehuspartner HF har en frittstående avtalebase med oversikt over alle avtaler. Formålet med basen er å gi kontroll på inngående fakturaer knyttet til blant annet lisensavtaler og som et hjelpesystem til den påfølgende viderefaktureringen fra Sykehuspartner HF til helseforetakene i henhold til SLA-ene. Databasen har ikke automatiserte grensesnitt mot økonomisystemet for øvrig.

Inngående fakturaer for lisenser kontrolleres mot avtale i basen. Fakturaflyt i tilknytning til hver avtale som grunnlag for behandlingen av inngående faktura og for viderefakturering til helseforetakene er definert i økonomisystemet³.

Det er planlagt at SAM-prosessene skal understøttes av et verktøy for lisenshåndtering. På bakgrunn av en vurdering av fordeler, ulemper og alternativer er det besluttet at funksjonalitet i Sykehuspartner HF's egen installasjon av HPE Asset Manager skal kjøres i pilot i regi av prosjekt Lisenskontroll frem til høst 2017 for å verifisere om verktøyet dekker behovet. Piloten er forsinket i henhold til opprinnelig plan.

I forbindelse med de fremtidige SAM-prosessene foreligger det ikke konkrete planer eller overordnet design for integrasjon av HPE Asset Management mot økonomisystemene og avtalebasen, eller hvilke grensesnitt som må etableres mellom systemene.

Konsernrevisjonens vurdering

Sykehuspartner HF har utredet et godt og fullstendig grunnlag for prosessutvikling på lisensområdet. Det er en hensiktsmessig tilnærming å prioritere utviklingen av de viktigste SAM-prosessene. Fordi prosessbeskrivelsen som er overlevert linjen har en del utestående punkter, samt at andre prosesser hittil ikke er tilpasset SAM, kan konsernrevisjonen ikke vurdere om fremtidige prosessene gir et godt nok grunnlag for optimalisering av lisensiering. Konsernrevisjonen forutsetter at utvikling og operasjonalisering av prosessene videreføres som linjeaktivitet i 2017.

Den gradvise innfasingen der de to største leverandørene, Microsoft og Oracle (ca. 50 % av totale lisenskostnader), prioriteres, fører til en tidlig dekning av en stor del av lisensvolumet og -kostnadene.

Piloten for verifisering av funksjonaliteten i HPE Asset Manager vil foregå utover høsten, og det er for tidlig å vurdere hensiktsmessigheten av denne. Det er uavklart om, eventuelt hvordan HPE Asset Manager skal integreres mot økonomisystemene, noe som inntil videre gir en risiko for at prosessene blir ineffektive og at nødvendig funksjonalitet for optimalisering av kostnader ikke blir tilgjengelig.

³ Oracle Applications og Basware

På bakgrunn av vurderingene anbefales det følgende:

- Behov og krav til innhold og integrasjon i og mellom økonomisystemet, avtalebase og HPE Asset Manager utredes og besluttes.

3.2 Oslo universitetssykehus HF

Konsernrevisjonens overordnede konklusjon

Forvaltningen av programvarelisenser er i all hovedsak overført til Sykehuspartner HF. Det er konsernrevisjonens overordnede vurdering at Oslo universitetssykehus HF ivaretar sin del av den samlede internkontrollen på lisensområdet gjennom et system som er etablert og samordnet med Sykehuspartner HF.

Under er beskrevet grunnlaget for ovennevnte konklusjon.

3.2.1 Problemstilling 2:

Har helseforetaket et system for å ha kontroll over lisenser som ikke forvaltes av Sykehuspartner HF?

I henhold til revisjonsgrunnlaget er det en forutsetning at ansvar og myndighet internt på Oslo universitetssykehus HF for egenforvaltning av programvarelisenser er definert og avklart. Rutiner i Oslo universitetssykehus HF og i grensesnittet mot Sykehuspartner HF med hensyn til lisensforvaltning er etablert og avklart. Videre forutsettes det at helseforetaket har etablert rutiner for bestilling av programvarelisenser, og for attestasjon og kontering av lisenskostnader.

Observasjoner

Revisjonen viser at omfanget av lokal forvaltning av programvarelisenser er svært begrenset. Det meste av lisensforvaltning er overført til og inngår i SLA-en med Sykehuspartner HF.

Det er ingen sentralisert funksjon for det begrensede behovet for lokal lisensforvaltning, men hver klinikk og/eller avdeling håndterer selv behovet for og oppfølging av programvarelisenser. Avdeling IKT stab har ingen lokal forvaltning av lisenser og internt på sykehuset har avdelingen ansvar for oppgaver knyttet til koordinering både av bestillinger til og leveranser fra Sykehuspartner HF. På mtu-området og innenfor det byggtekniske området er lisensiering en integrert del av utstyrsleveransene som er knyttet til bruk av selve utstyret (antall brukere og/eller valg av funksjoner), og ikke som bruksrettigheter til programvare isolert sett.

Oslo universitetssykehus HF har utarbeidet "Instruks fullmaktsstruktur". Instruksen beskriver blant annet fullmakter for bestillinger, attestasjon og anvisning og hvilke beløpsgrenser som gjelder for den enkelte leder. Instruksen er innarbeidet i ikt-systemene ved sykehuset.

Bestillinger fra Oslo universitetssykehus HF som betinger lisensiering, kanaliseres gjennom predefinerte bestillingsprosesser felles for hele foretaksgruppen i portalene iProcurement og Min Sykehuspartner.

Revisjonen viser at programvarelisenskostnader i all hovedsak er knyttet til SLA-en med Sykehuspartner HF. Sykehuspartner HF fakturerer lisenser månedlig i henhold til bilag 7, enten integrert i tjenestepriene eller som en separat priset leveranse. Avdeling IKT stab kontrollerer de inngående fakturaene fra Sykehuspartner HF mot bestillinger og budsjett. Fakturaene fra Sykehuspartner HF konteres til 6751 "Driftstjenester IKT". Revisjonen viser for øvrig at en stor del av posteringene på hovedbokskonto 7600 "Programvarelisenser" ikke er i samsvar med kontoplanen, og at kontoen således ikke gir et representativt bilde av lisenskostnadene på Oslo universitetssykehus HF.

Konsernrevisjonens vurdering

Fordi forvaltningen av mesteparten av programvarelisenser er overført til Sykehuspartner HF er behovet for en lokal forvaltning svært begrenset. Oslo universitetssykehus HF benytter seg av de systemene og rutinene som Sykehuspartner HF har tilrettelagt for helseforetakene, og på den bakgrunn virker organiseringen og omfanget av lokale rutiner og funksjoner med henblikk på programvarelisenser, herunder oppfølging av Sykehuspartner HF, hensiktsmessig.

3.2.2 Problemstilling 3:

Har helseforetaket et system for å ha kontroll over innbytte og sanering av utstyr og programvare som ikke er i bruk?

I henhold til revisjonsgrunnlaget er det en forutsetning at det er etablert lokale rutiner for opphør av og endring i arbeidsforhold slik at lisenser til systemer, klienter, funksjonalitet med videre kan avsluttes eller fristilles.

Observasjoner

Opphør av arbeidsforhold ved Oslo universitetssykehus HF registreres av HR-funksjonen i Personalportalen. På bakgrunn av informasjon i Personalportalen oppdateres systemene i Sykehuspartner HF og programvarelisenser knyttet til individuelle brukere fristilles.

Det er en dokumentert rutine for innlevering av personlig arbeidsstasjon til nærmeste leder. Dersom utstyret ikke skal benyttes videre på avdelingen, overleveres utstyret til Sykehuspartner HF.

Det påløper ikke programvarelisenskostnader over tid forbundet med at inaktive arbeidsstasjoner ikke returneres til Sykehuspartner for gjenbruk eller kassasjon, jf. lisensiering av arbeidsstasjoner, avsnitt 2.4.

Selv om Sykehuspartner HF ikke har programvarelisenskostnader, kan det påløpe andre kostnader for drift, forvaltning og leie for ubrukte arbeidsstasjoner som faktureres Oslo universitetssykehus HF. Oslo universitetssykehus HF legger til grunn at Sykehuspartner HF har prosesser for å ha tilstrekkelig oversikt over arbeidsstasjoner på Oslo universitetssykehus HF. Sykehuset har ikke selv en rutine for å verifisere Sykehuspartner HF's oversikt over arbeidsflater selv om både Oslo universitetssykehus HF og Sykehuspartner HF erkjenner at oversikten kan være ufullstendig.

Konsernrevisjonens vurdering

Oslo universitetssykehus HF's bruk av Personalportalen sammen med de lokale rutinene for innbytte og sanering av utstyr gir samlet sett et hensiktsmessig system slik at helseforetaket unngår lisens-kostnader for utstyr og programvare som ikke er i bruk. Andre kostnader forbundet med ubrukte arbeidsstasjoner vurderes å være begrenset. Det er pågående aktiviteter i Sykehuspartner HF for å etablere et integrert system som skal gi oversikt over arbeidsstasjoner og kostnader som grunnlag for fakturering til helseforetakene. Videre skal helseforetakenes behov for økonomisk og teknisk informasjon i forbindelse med driftsleveransene inngå i en planlagt dialog mellom Sykehuspartner HF og helseforetakene. Eventuelle behov for eget oppfølgingssystem i Oslo universitetssykehus HF bør avvente dette arbeidet.

Konsernrevisjonen har ingen anbefalinger.

3.3 Sykehuset Telemark HF

Konsernrevisjonens overordnede konklusjon

Forvaltningen av programvarelisenser er i all hovedsak overført til Sykehuspartner HF. Det er konsernrevisjonens overordnede vurdering at Sykehuset Telemark HF ivaretar sin del av den samlede internkontrollen på lisensområdet gjennom et system som er etablert og samordnet med Sykehuspartner HF.

Under er beskrevet grunnlaget for ovennevnte konklusjon.

3.1.1 Problemstilling 2:

Har helseforetaket et system for å ha kontroll over lisenser som ikke forvaltes av Sykehuspartner HF?

I henhold til revisjonsgrunnlaget er det en forutsetning at ansvar og myndighet internt på Sykehuset Telemark HF for egenforvaltning av programvarelisenser er definert og avklart. Rutiner i Sykehuset Telemark HF og i grensesnittet mot Sykehuspartner HF med hensyn til lisensforvaltning er etablert og avklart. Videre forutsettes det at helseforetaket har etablert rutiner for bestilling av programvarelisenser, og for attestasjon og kontering av lisenskostnader.

Observasjoner

Revisjonen viser at omfanget av lokal forvaltning av programvarelisenser er svært begrenset. Det meste av lisensforvaltning er overført til og inngår i SLA-en med Sykehuspartner HF.

Det er ingen sentralisert funksjon for det begrensede behovet for lokal lisensforvaltning, men hver klinikk og/eller avdeling håndterer selv behovet for lisenser. Avdeling Teknologi og ehelse har ingen lokal forvaltning av programvarelisenser. Internt på sykehuset har avdelingen ansvar for oppgaver knyttet til koordinering både av bestillinger til og leveranser fra Sykehuspartner HF. På mtu-området og innenfor det byggetekniske området er lisensiering en integrert del av utstyrsleveransene som er knyttet til bruk av selve utstyret (antall brukere og/eller valg av funksjoner), og ikke som bruksretigheter til programvare isolert sett.

Det er utarbeidet en "Fullmaktsmatrise STHF". Matrisen beskriver blant annet fullmakter for bestillinger, attestasjon og anvisning og hvilke beløpsgrenser som gjelder for den enkelte leder. Matrisen er innarbeidet i ikt-systemene ved sykehuset.

Bestillinger fra Sykehuset Telemark HF som betinger lisensiering, kanaliseres gjennom predefinerte bestillingsprosesser felles for hele foretaksgruppen i portalene iProcurement og Min Sykehuspartner.

Revisjonen viser at lisenskostnader i all hovedsak er knyttet til SLA-en med Sykehuspartner HF. Sykehuspartner HF fakturerer lisenser månedlig i henhold til bilag 7, enten integrert i tjenestepriisene eller som en separat pris leveranse. Avdeling Teknologi og ehelse kontrollerer de inngående fakturaene fra Sykehuspartner HF mot bestillinger og budsjett. Fakturaene fra Sykehuspartner HF konteres til hovedbokskonto 6751 "Driftstjenester IKT". Uavhengig av Sykehuspartner HF's fakturaer viser revisjonen at mange fakturaer feilkonteres til hovedbokskonto 7600 "Programvarelisenser", og at kontoen således ikke gir et representativt bilde av lisenskostnadene på Sykehuset Telemark HF.

Konsernrevisjonens vurdering

Fordi forvaltningen av mesteparten av programvarelisenser er overført til Sykehuspartner HF er behovet for en lokal forvaltning svært begrenset. Sykehuset Telemark HF benytter seg av de systemene og rutinene som Sykehuspartner HF har tilrettelagt for helseforetakene, og på den bakgrunn virker organiseringen og omfanget av lokale rutiner og funksjoner med henblikk på programvarelisenser, herunder oppfølging av Sykehuspartner HF, hensiktsmessig.

3.1.2 Problemstilling 3:

Har helseforetaket et system for å ha kontroll over innbytte og sanering av utstyr og programvare som ikke er i bruk?

I henhold til revisjonsgrunnlaget er det en forutsetning at det er etablert lokale rutiner for opphør av og endring i arbeidsforhold slik at lisenser til systemer, klienter, funksjonalitet med videre kan avsluttes eller fristilles.

Observasjoner

Opphør av arbeidsforhold ved Sykehuset Telemark HF registreres av HR-funksjonen i Personalportalen. På bakgrunn av informasjon i Personalportalen oppdateres systemene i Sykehuspartner HF og programvarelisenser knyttet til individuelle brukere fristilles.

Det er en dokumentert rutine for innlevering av personlig arbeidsstasjon til nærmeste leder. Dersom utstyret ikke skal benyttes videre på avdelingen, overleveres utstyret til Sykehuspartner HF's lokale ikt-ressurser. Disse ressursene følger også opp utstyr som Sykehuspartner HF har driftsansvaret for, og fjerner utstyr som eventuelt ikke er i bruk.

Avdeling Teknologi og ehelse har etablert en avstemmingsrutine for registrerte arbeidsstasjoner mot arbeidsstasjoner i faktisk bruk. Ledere kontrollerer om registrerte arbeidsstasjoner stemmer overens med enhetens ansatte, og gir melding til avdeling Teknologi og ehelse ved eventuelle avvik. I tillegg får Sykehuset Telemark HF en oversikt over alle arbeidsstasjoner ved sykehuset som ikke har vært i bruk de siste tre månedene. Avdeling Teknologi og ehelse sjekker mot aktuelle avdelinger om oversikten stemmer.

Svakheter/mangler

Avstemmingsrutinen for registrerte arbeidsstasjoner mot arbeidsstasjoner i faktisk bruk, jamfør foregående avsnitt, er ikke dokumentert og etterprøvbart.

Konsernrevisjonens vurdering

Sykehuset Telemark HF's bruk av Personalportalen sammen med de lokale rutinene for innbytte og sanering av utstyr gir samlet sett et hensiktsmessig system slik at sykehuset unngår lisenskostnader for utstyr og programvare som ikke er i bruk. Robustheten i avstemmingsrutinen vil styrkes ved at den formaliseres og dokumenteres. De pågående aktivitetene i Sykehuspartner HF for å etablere et integrert system skal gi oversikt over arbeidsstasjoner og kostnader som grunnlag for fakturering til helseforetakene. Videre skal helseforetakenes behov for økonomisk og teknisk informasjon i forbindelse med driftsleveransene inngå i en planlagt dialog mellom Sykehuspartner HF og helseforetakene.

På bakgrunn av vurderingene anbefales det følgende:

- Sykehuset Telemark HF vurderer om den etablerte avstemmingsrutinen for registrerte arbeidsstasjoner mot arbeidsstasjoner i faktisk bruk skal formaliseres.

Vedlegg 1 - Informasjonsgrunnlag, gjennomførte samtaler, saksgang og rapportbehandling

Sykehuspartner HF

Dokumentasjon
Lederavtaler Terje T. Johnsen og Mette Pedersen
Løsningsforslag og Prosessbeskrivelser fra Crayon
Forvaltningsdefinisjon
Policy bruk av programvare
Prosjekt lisenskontroll – diverse presentasjoner, statusrapporter OPS og risikovurderinger
Prosessdokumentasjon valg av verktøy HP AM
Stillingsannonser – Sam manager, lisensforvalter og avtalekontroller
Eksempler på fakturaer fakturering av lisenser til OUS og ST HF
Avtaledatabasen, kopi og eksempler på innhold, grunnlag faktura og avstemming
Rutiner for avtaleforvaltning og avstemming
Masterplan (OBD 1.5) og presentasjon / referat møte med RHFet
Board meeting manual

Gjennomførte samtaler

Rolle
Leder virksomhetsområder Plan og styring, Sykehuspartner HF
Leder avdeling Kontraksstyring, Sykehuspartner HF
SAM manager, Sykehuspartner HF
Prosjektleder Lisenskontroll, Sykehuspartner HF
Systemeier HPE Asset Management
Regnskapssjef, Sykehuspartner HF

Saksgang og rapportbehandling

Dato	Aktivitet
26.06.2017	Oversende rapportutkast til verifikasjon
30.06.2017	Gjennomgåelse av rapportutkast Sykehuspartner HF
03.07.2017	Frist tilbakemelding rapportutkast
04.07.2017	Oversendelse endelig rapport
Ikke avklart	Fremleggelse av endelig rapport og administrerende direktørs oppfølging av tiltaksarbeidet for styret

Oslo universitetssykehus HF

Dokumentasjon
Fullmaktsstruktur OUS
Ulike interne prosedyrer, bl.a bestilling av varer
Sikkerhetsinstruks OUS
SLA avtale for 2017 mellom OUS og Sykehuspartner, avtalte bilag
Diverse regnskapsspesifikasjoner for utvalgte hovedbokskonti fra Oracle Application
Eksempler på mnd økonomirapportering og oppfølging av lisenser og SLA fra Sykehuspartner HF
Presentasjon av MTU området i OUS
Dokumenter knyttet til opplæring og veiledning i risikostyring
Referater fra programstyre- og styringsgruppemøter
Statusrapporter fra programmer, prosjekter og delprosjekter

Gjennomførte samtaler

Rolle
Leder IKT stab, Oslo universitetssykehus HF
Leder IKT Sykehuspartner og prosjektområder, Oslo universitetssykehus HF
IKT stab, controller, Oslo universitetssykehus HF
Leder Serviceavdelingen MTU-IKT, Oslo universitetssykehus HF
Leder Eiendom, OSS, Oslo universitetssykehus HF

Saksgang og rapportbehandling

Dato	Aktivitet
31.05.2017	Oversendt faktadel i rapportutkast til verifikasjon
26.06.2017	Oversendt rapportutkast til verifisering
03.07.2017	Frist tilbakemelding rapportutkast
04.07.2017	Oversendelse endelig rapport
Ikke avklart	Fremleggelse av endelig rapport og administrerende direktørs oppfølging av tiltaksarbeidet for styret

Sykehuset Telemark HF

Dokumentasjon
Oversikt over ansvarsfordeling mellom ST HF og Sykehuspartner HF
Prosedyrer for bl.a bestilling av varer, innlevering av utstyrhåndtering av inng. faktura mm
SLA avtale for 2017 mellom Sykehuset Telemark HF og Sykehuspartner, avtalte bilag
Diverse regnskapsspesifikasjoner for utvalgte hovedbokskonti fra Oracle Application
Eksempler på budsjett og avstemming av av inngående faktura fra Sykehuspartner HF
Organisasjonskart
Oversikt MTU utstyr
Mail beskrivelse av kontroller som utføres periodevis

Gjennomførte samtaler

Rolle
Leder Teknologi og ehelse, Sykehuset Telemark HF
Leder Medisinsk teknologi, Sykehuset Telemark HF
Leder Eiendomsforvaltning, Sykehuset Telemark HF
Informasjonssikkerhetsleder, Sykehuset Telemark HF
Controller, Sykehuset Telemark HF
Sykehuspartners lokalavdeling ved Sykehuset Telemark HF

Saksgang og rapportbehandling

Dato	Aktivitet
31.05.2017	Oversendt faktadel i rapportutkast til verifikasjon
02.06.2017	Gjennomgåelse av faktadel Sykehuset Telemark HF
03.07.2017	Frist tilbakemelding rapportutkast
04.07.2017	Oversendelse endelig rapport
Ikke avklart	Fremleggelse av endelig rapport og administrerende direktørs oppfølging av tiltaksarbeidet for styret

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 29. september 2017
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Oversikt over status for tidligere styresaker

SAK 59/2017 STATUS OG OPPFØLGING AV STYRESAKER

Hvert halvår legges det fram en oversikt over status og oppfølging av styrets vedtak. Vedlagt følger en oppdatert oversikt over status og oppfølging av styresaker per første halvår 2017. Orienteringssaker er ikke tatt med i oversikten.

Forslag til vedtak:

Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak fram til og med august 2017 til orientering.

Oslo, den 22. september 2017

Bjørn Erikstein

Vedlegg til sak 59/2017
Status oppfølging av styrets vedtak

Nedenfor følger oversikt med status og oppfølging av styrets vedtak til og med første halvår 2017. Tidligere utkvitterte saker, vedtak uten krav til oppfølging som orienteringssaker, herunder administrerende direktørs driftsorienteringer, tas ikke med i oversikten.

Saksnr	Saksnavn	Vedtak	Oppfølging
47/2017	Tidspunkter for styremøter i 2018	Vedtatt	OK
46/2017	Valg av brukerutvalg ved Oslo universitetssykehus HF	Vedtatt	Nytt utvalg har trådt i funksjon
45/2017	Valg av ny leder i Kreftregisteret	Styret i Oslo universitetssykehus HF velger Lisbeth Sommervoll som leder i styret for Kreftregisteret, med funksjonstid fra 22. juni 2017 til 31. desember 2017.	OK
44/2017	Økonomisk langtidsplan 2018-2021 (37) og budsjett 2018	Styret tar redegjørelsen om økonomisk langtidsplan for Helse Sør-Øst RHF til orientering. Styret ber om få en oppdatert oversikt over arbeidet med budsjett 2018 på styremøtet 29. september	Sak 54/2017
43/2017	Rapport per mai 2017 og ledelsens gjennomgang per 1. tertial	Styret tar rapporteringen av resultater per mai inkludert ledelsens gjennomgang for 1. tertial 2017 til etterretning. Styret konstaterer at de økonomiske resultatene etter fem måneder, særlig i klinikkene, er dårligere enn budsjettet og setter opp et styremøte den 28. august 2017 for å behandle drifts- og budsjettsituasjonen.	Sak 51/2017 i august
39/2017	Oppstart av konseptutredning for Aker og Gaustad	Styret anbefaler Helse Sør-Øst RHF å starte opp konseptfaseutredning for Aker og Gaustad.	Vedtak 72/2017 i HSØ RHF styret.
38/2017	Konseptfase for Radiumhospitalet	Styret anbefaler Helse Sør-Øst RHF å vedta videreføring av prosjekt nytt klinikkbygg Radiumhospitalet. Styret anbefaler at alternativ 2 legges til grunn for etablering av nytt klinikkbygg Radiumhospitalet.	Vedtak 71/2017 i HSØ RHF styret.

37/2017	Konseptfase for Regional sikkerhetsavdeling	<p>Styret mener det er svært viktig å realisere ny Regional sikkerhetsavdeling på Ila så raskt som mulig.</p> <p>Styret vurderer alternativ 1A – samtidig etablering av Regional sikkerhetsavdeling, Lokal sikkerhetspsykiatri, Regional seksjon psykiatri og utviklingshemming/autisme og Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri som det beste alternativet både økonomisk og faglig.</p> <p>Styret ser at det er knyttet gjennomføringsrisiko til prosjektet, og at det skal inn i en total prioritering i Helse Sør-Øst, men ber om at forprosjekt startes opp så raskt som mulig innen de rammer som er mulig å realisere.</p>	Vedtak 70/2017 i HSØ RHF styret.
36/2017	Økonomisk langtidsplan 2018-2021	<p>Styret gir sin tilslutning til forslaget til økonomisk langtidsplan.</p> <p>Styret konstaterer at kravet til resultatforbedring de nærmeste årene er svært krevende, men nødvendig for å sikre tilstrekkelig finansiering av investeringer i bygg og medisinskteknisk utstyr.</p> <p>Styret ber om å bli orientert om prosjektene innenfor «forbedring av drift» i styremøtet 29. september 2017.</p> <p>Styret vedtar foreløpig styringsmål for 2018 med 300 millioner kroner i overskudd. Styret understreker at styringsmålet er betinget av reelt uendret finansieringsregime fra 2017 til 2018. Styret ber administrerende direktør følge opp tildelingen av basisinntekter og endringene i aktivitetsbaserte inntekter overfor Helse Sør-Øst RHF.</p>	Under oppfølging
30/2017	Rapport 5/2017 fra konsernrevisjon: Legemidler ved Oslo universitetssykehus	Styret tar revisjonsrapporten til etterretning.	Anbefalingene er fulgt opp.
29/2017	Plan for internrevisjon 2017-2018	Styret tar revisjonsplan 2017-2018 for Oslo universitetssykehus HF til etterretning.	Under oppfølging
19/2017	Salg av eiendom til gang- og sykkelvei i Kirkeveien	<p>Styret vedtar salg av en del av eiendommen gnr. 47 bnr. 342, Kirkeveien 166 i Oslo kommune.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre salget.</p>	Kjøpskontrakt er signert og returnert Oslo kommune

18/2017	Virksomhetsoverdragelse til Sykehusinnkjøp HF	<p>Styret slutter seg til avtale om virksomhetsoverdragelse av ansatte i Anskaffelsesavdelingen fra Oslo universitetssykehus HF til Sykehusinnkjøp HF.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å slutføre og signere avtalen om virksomhetsoverdragelse.</p>	Avtale signert og overdragelse gjennomført
16/2017	Oppdrag og bestilling 2017	Styret tar protokoll fra foretaksmøtet 15. februar 2017 i Oslo universitetssykehus HF til etterretning.	Under oppfølging
15/2017	Rapport per februar 2017	<p>Styret tar rapporteringen av resultater per februar 2017 til orientering.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler om investeringer i medisinskteknisk utstyr for 150 millioner kroner av investeringsrammen for 2018.</p>	Under oppfølging
14/2017	Årsoppgjør 2016	<p>Styret underskriver årsberetning og årsregnskap for 2016.</p> <p>Årsberetning og årsregnskap for 2016 legges frem for godkjenning i foretaksmøte.</p>	Godkjent i foretaksmøte 15.6.2017
9/2017	Storbylegevakt på Aker sykehus	<p>Styret gir sin tilslutning til samarbeidsavtale om gjennomføring av forprosjekt for ny storbylegevakt og gir administrerende direktør fullmakt til å signere avtalen.</p> <p>I forbindelse med nytt bygg til storbylegevakt anbefaler styret salg til Oslo kommune av den angitte eiendommen på Trondheimsveien 235, gnr 85 bnr265 i Oslo kommune. Salget skal skje til markedspris.</p> <p>Styret ber administrerende direktør formidle salgsanbefalingen til Helse Sør-Øst RHF for vedtak i foretaksmøtet.</p>	<p>Avtale er signert</p> <p>Under oppfølging</p>
8/2017	Videre leie av Forskningsveien 2	<p>Styret slutter seg til at Oslo universitetssykehus forlenger leieavtalene for Forskningsveien 2 fra 31. desember 2021 til 31. desember 2031 ved utøvelse av opsjon i leieavtalene og ber administrerende direktør om å fremme saken til Helse Sør-Øst RHF.</p> <p>I forbindelse med en forlengelse ber styret om at leiekontrakten reforhandles for å etablere rabatterte betingelser.</p> <p>Administrerende direktør gis fullmakt til å forlenge leieavtalene for Forskningsveien 2 fra 31. desember 2021 til 31. desember 2031, forutsatt godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF.</p>	Er fulgt opp og leieavtalene er forlenget ved utøvelse av opsjoner.

7/2017	Konsernrevisjonsrapport «Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen»	Styret tar revisjonsrapporten til etterretning. Styret ber om å bli orientert om oppfølgingen av fremlagte handlingsplan.	Under oppfølging.
6/2017	Budsjett 2017 og gjennomføring av virksomheten	Styret mener saksfremlegget viser at det er jobbet godt i klinikkene med å finne ytterligere tiltak for å sikre gjennomføring av budsjett 2017. Styret understreker viktigheten av at de aktuelle tiltakene gjennomføres hensyntatt styringsmålene og ber administrerende direktør gi oppfølging av dette høy prioritet. Styret mener imidlertid at risikoen for negative avvik fra styringsmålet fortsatt er betydelig. Styret ber derfor administrerende direktør løpende vurdere ytterligere virkemidler for å redusere den økonomiske risikoen. Styret understreker at dette er viktig for å kunne gjennomføre de planlagte investeringene i medisinsk teknisk utstyr. Styret ber administrerende direktør gi oppdatert oversikt over tiltak og gjennomføring av disse på styremøtene i 2017. Administrerende direktør gis fullmakt til å gjennomføre seks anskaffelser med anskaffelseskostnad over 20 millioner kroner i samsvar med omtalen i styresak 6/2017. Fullmakten forutsetter at administrerende direktør også har fått godkjent disse investeringene fra Helse Sør-Øst RHF.	Under oppfølging Sak 51/2017 i august Søknad sendt HSØ
5/2017	Årlig melding 2016	Styret slutter seg til utkast til Årlig melding for 2016 med de innspill som er gitt i møtet. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å justere Årlig melding ut fra de endelige driftsresultater for 2016 og de innspill som er fremkommet i møtet.	Tatt til etterretning i foretaksmøte 15.6.2017
3/2017	Ledelsens gjennomgang	Styret tar ledelsens gjennomgang fra 3. tertial 2016 til etterretning med de kommentarer som fremkom i møtet.	Risikogjennomgang sendt HSØ
75/2016	Budsjett 2017	Styret vedtar budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2017 slik det fremgår av tabellene 1, 2 og 3 i styresak 75/2016. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å disponere budsjettet i samsvar med beslutninger i foretaksmøte for Oslo universitetssykehus HF, vedtak i styret i Oslo universitetssykehus HF og gitte fullmakter. Styret ber administrerende direktør legge de vedlagte investeringsplanene til grunn for investeringene i 2017. Styret konstaterer at budsjettet for 2017 er krevende og ber administrerende direktør komme tilbake i neste møte med en tydeligere konkretisering av tiltak for å gjennomføre virksomheten i overensstemmelse med budsjettet.	Under oppfølging Sak 6/2017

		<p>Administrerende direktør gis fullmakt til å ta opp langsiktige lån fra Helse Sør-Øst RHF og inngå nødvendige leieavtaler for å finansiere investeringer i samsvar med tabell 3.</p> <p>Administrerende direktør gis fullmakt til å avtale lånebetingelser innenfor alternativene som tilbys av Helse Sør-Øst RHF.</p> <p>Administrerende direktør gis fullmakt til å replassere pensjonsmidler i Statens pensjonskasse.</p>	Fulgt opp (Lånet er fase II og leieavtaler inngås fortløpende etter godkjenning i HSØ)
66/2016	Kjøp av vaskeritjenester	Styret tar saken til etterretning, og ber om at det gjøres en reell vurdering av nytt vaskeri i egen regi inn mot videre utviklingsplaner for Oslo universitetssykehus.	Beskrives i konseptfase for Gaustad
54/2016	Fullmakt til 2017-anskaffelser	Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler om investeringer i bygg for 100 millioner kroner og investeringer i medisinsk-teknisk utstyr for 150 millioner kroner av investeringsrammen for 2017.	Gjøres fortløpende
29/2016	Internrevisjonsplan 2016-2017 Oslo universitetssykehus	Styret tar forslag til revisjonsplan for 2016-2017 for Oslo universitetssykehus til etterretning.	Under oppfølging
72/2015	PWC-rapport gjennomgang av eiendomsområdet	Styret tar redegjørelsen til etterretning, og ber om å bli holdt orientert om oppfølging av funnene i gjennomgangen.	Under oppfølging
69/2015	Leie av Storgata 40	<p>Styret slutter seg til utkastet til 10-årige framleieavtale i Storgata 40 med Oslo kommune ved Helseetaten.</p> <p>Styret ber administrerende direktør fremme leieavtalen til Helse Sør-Øst RHF for godkjenning.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å slutføre og inngå en 10-årig leieavtale i Storgata 40, forutsatt godkjenning i Helse Sør-Øst RHF og i bystyret i Oslo kommune.</p>	Under oppfølging. Det pågår sluttforhandlinger

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 29. september 2017

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Årsplan

SAK 60/2017 PLAN FOR STYRET I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 22. september 2017

Bjørn Erikstein

Årsplan for styret i Oslo universitetssykehus HF

Møte	Vedtaksaker	Orienteringssaker
26. oktober 2017 kl 10-16	Ledelsens gjennomgang 2. tertial Budsjett 2018 Virksomhetsoverdragelse NAKMI IKT i Oslo universitetssykehus HF	Rapportering per september Plan for styret Møte med Brukerutvalget
26. oktober 2017 kl 16-20	Styreseminar	
15. desember 2017 kl 10-16	Budsjett 2018 Valg av styret i Krefregisteret	Rapportering per november Plan for styret
16. februar 2018 kl 10-16	Årlig melding 2017	Rapportering per januar Oppfølging styresaker Plan for styret
22. mars 2018 kl 10-16	Oppdrag og bestilling 2018 Årsoppgjør 2017	Rapportering per februar Plan for styret Økonomisk langtidsplan
25. april 2018 kl 10-16	Økonomisk langtidsplan 2019-2022 Plan for internrevisjon 2018-2019	Rapportering per mars Plan for styret Årsrapport HMS 2017
21. juni 2018 kl 10-16	Styremøter i 2019 Ledelsens gjennomgang	Tertialrapportering 1. tertial med ledelsens gjennomgang Budsjett 2019
27. september 2018 kl 10-16		Tertialrapportering 2. tertial Plan for styret Eierskap i selskaper Oppfølging styresaker Budsjett 2019 Møte med Brukerutvalget
25. oktober 2018 kl 10-16	Ledelsens gjennomgang	Rapportering per september Plan for styret Budsjett 2019
25. oktober 2018 kl 16-20	Styreseminar	Styreevaluering
14. desember 2018 kl 10-16	Budsjett 2019 Oppnevne valgstyre	Rapportering per november Plan for styret

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 29. september 2017

Saksbehandler: Leder Direktørens kontor

Vedlegg:

SAK 61/2017 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER

Følgende legges frem til orientering:

1. Styreportalen Admincontrol
2. Oppnevning av nytt brukerutvalg 2017 – 2019
3. Juridiske forhold – rettsvister
4. Medieomtale 1. desember 2016 – 31. januar 2017
5. Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2017 for helseforetak og private ideelle sykehus i Helse Sør-Øst
6. Referat og øvrige vedlegg

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, 22. september 2017

Bjørn Erikstein

1. STYREPORTALEN ADMINCONTROL

Det er i styret kommet opp spørsmål om styredokumentene kan distribueres og administreres via en digital løsning. Oslo universitetssykehus kan benytte seg av rammeavtale på portalen til Admincontrol. Admincontrol er et norsk selskap etablert i 2006. Deres styreportal er utviklet for å være brukervennlig og sikker. Portalen benyttes av flere børsnoterte selskaper og av foretak i Helse Sør-Øst, i Helse Vest og i Helse Nord. Praktisk kommer portalen i form av en applikasjon som styremedlemmene kan operere fra mobiltelefon, nettbrett eller PC. Gjennom systemet vil styremedlemmene ha tilgang til alle dokumenter fra styremøtene og vil kunne arbeide med dem ved å skrive inn merknader, utheve, overstryke osv. Systemet har brukerstøtte som alltid er åpen. Oslo universitetssykehus vil også kunne bruke applikasjonen til å administrere saker til andre møter i foretaket.

Etter rammeavtalen er prisen for å benytte portalen en årlig pris på kr 59 000 eksklusiv mva. Det inkluderer opplæring, brukerstøtte og portalen kan benyttes til flere møter i foretaket.

Dersom styret ønsker å benytte portalen vil vi kunne invitere Admincontrol til å ha en kort opplæring i neste styremøte.

2. OPPNEVNING AV NYTT BRUKERUTVALG VED OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF 2017-2019

22. juni 2017 oppnevnte styret 11 representanter til Brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus HF for perioden juni 2017 - juni 2019. Den 1. september oppnevnte administrerende direktør ytterligere tre representanter til Brukerutvalget etter fullmakt fra styret:

Mari Ourum (f.1987)	Rådgivning om spiseforstyrrelser/FFO
Anne Ingeborg Giertsen (1965)	Foreldre for hjertesyke barn/FFO
Brita Rønbech Bølgen (f.1988)	Mental Helse ungdom

Det er avholdt opplæringskurs for brukerutvalg, ungdomsråd og klinikkvise brukerråd den 18. september og Brukerutvalget har hatt oppstartsmøte den 25. september. Brukerutvalgets møter følger styrets møtekalender, med møter mandagen i samme uke som styrets møter.

3. JURIDISKE FORHOLD - RETTSTVISTER

Arbeidsrettssakene – individuelle saker:

- *Avtalebrudd - erstatningskrav*
Sykehuset er stevnet for tingretten av en tidligere lis-lege med påstand om avtalebrudd og usaklig saksbehandling i arbeidsforholdet. Det er krav om å gjennomføre spesialisering og erstatning for økonomisk tap. Dom ble avsagt 25 mai 2016 og resultatet ble frifinnelse for sykehuset. Saken er anket av saksøker til lagmannsretten og ankeforhandlingene foregår 7-9 november 2017.
- *Varsling - gjengjeldelse*
En stipendiat stevnet sykehuset med krav om oppreisning og erstatning med grunnlag i påstand om varsling av kritikkverdige forhold i virksomheten og gjengjeldelse for dette. Oslo tingrett avsa dom 6. mars med resultat frifinnelse for sykehuset samt tilkjennelse av sakskostnader. Saken er anket av saksøker til lagmannsretten og ankeforhandlingene starter 5. mars 2018.

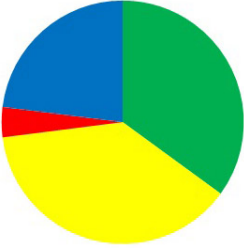
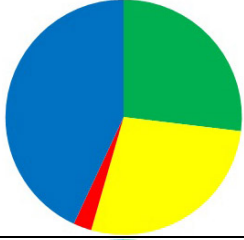
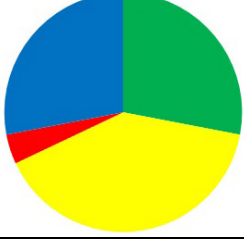
- *Oppsigelse av ansatt*
Sykehuset er stevnet av en ansatt som mener sykehusets oppsigelse er usaklig og ugyldig. Det kreves erstatning for økonomisk og ikke-økonomisk skade. Saken skal til rettsmekling 26. oktober. Hvis enighet ikke oppnås er saken berammet 4-6 desember.
- *Oppsigelse av ansatt*
Sykehuset er stevnet av en ansatt som mener sykehusets oppsigelse er usaklig og ugyldig. Det kreves erstatning. Saken skal til rettsmekling 25. september.
- *Diskriminering i forbindelse med stillings innhold etter foreldrepermisjon*
Sykehuset er stevnet av en ansatt med krav om erstatning for diskriminering i arbeidsforhold. Det kreves erstatning for økonomisk tap og oppreisning. Saken fikk sin løsning i rettsmekling.

Kontraktsforhold

- Sykehuset er stevnet av en entreprenør med krav om betaling for utført entreprisoppdrag. Kravet er knyttet til prosjekt ny MR i D7. Det er uenighet om arbeidets utførelse i henhold til kontrakt. Saken har blitt løst i rettsmekling.

4. MEDIEOMTALER 1. JUNI – 31 AUGUST 2017

I perioden juni til august ble det registrert 3288 mediesaker om sykehuset, mot 3780 samlet i mars, april og mai. |

Periode	Antall saker	Vekting/etterlatt inntrykk	Vekting prosent	Kommentar
August 2017	1011		Positiv: 35 Nøytral: 38 Negativ: 4 Ikke vektet: 23*	Medieomtale av investeringslån til nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet bidrar til en økning i den positive andelen.
Juli 2017	1003		Positiv: 27 Nøytral: 28 Negativ: 2 Ikke vektet: 43*	Antall skader og omtale av disse øker i sommermånedene
Juni 2017	1274		Positiv: 28 Nøytral: 40 Negativ: 4 Ikke vektet: 28*	Flere forskjellige positive saker fra sykehuset gjør den positive andelen stor.

*Blått er andelen meldinger om personskade, disse vektet ikke.

POSITIVE SAKER

Organdonasjon

Kommunikasjonsstaben ved sykehuset har det siste året jobbet mye sammen med klinikkene for å synliggjøre mangel på donorer i Norge. Donasjonstallene for første

halvår viser at rekordmange sier ja til organdonasjon. Det har vært flere fine saker i løpet av måneden, blant annet to store artikler i Dagbladet som fremmer donasjonssaken positivt.

Radiumhospitalet

I slutten av august kunngjorde regjeringen at de ønsker å bevilge 2,7 milliarder kroner i investeringslån til nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet, ihht vedtatte planer.

Kreftbehandling og -medisiner

Kreftbehandling og kreftmedisiner har vært mye omtalt en periode. Et «todelt helsevesen», for lang beslutningstid for nye medisiner, samt mangel på kliniske studier har vært hovedvinklingen. Flere av sykehusets fagpersoner har stått frem på en god måte, og vært aktive i samfunnsdebatten, herunder klinikkleder Sigbjørn Smeland som deltok under Arendalsuka, og overlege Fredrik Schjesvold som fikk oppmerksomhet på medisiner mot benmargskreft.

Kjøring i påvirket tilstand

Avdeling for rettsmedisin utarbeidet sammen med Statens vegvesen en rapport som bla viser at 25 prosent av dødsulykkene på veien skyldes rus, og at langt flere er ruset på reseptbelagte medisiner under kjøring. Rapporten fikk stor oppmerksomhet i media. En av sykehusets eksperter, forsker Hallvard Gjerde kommenterte rapporten eksternt. Rettsmedisinske fag fikk bred dekning gjennom flere blogger skrevet av sykehusets fagpersoner på sykehusets kanal «Eksperpsykehuset» i juli.

Aldersvurdering av unge asylsøkere

Avdeling for rettsmedisinske fag overrakte i juni et nytt verktøy (metode) for aldersvurdering av unge asylsøkere til UDI. Rapporten ble presentert på et medieseminar i regi av OUS og UDI og fikk mye positiv oppmerksomhet eksternt.

NEGATIVE SAKER

Det har vært få negative saker i den siste perioden, disse har i hovedsak vært enkeltsaker herunder sak om operasjon etter gentesting og uro ved psykosomatisk avdeling, som begge er omtalt i forrige styrerapport.

Avviser hodeskadde

NRK kunne tidlig i juli melde at tre av fire med alvorlige hodeskader ikke får forsvarlig rehabilitering ved Ullevål på grunn av oppussing. Det var ansatte som varslet om saken. Klinikkleder Eva Bjørstad svarer på kritikken.

Sykehuset i sosiale medier:

Sykehuset har en egen kanalstrategi for sosiale medier og har flere kanaler for formidling av faglig stoff fra hele sykehuset. Med en spredning i kanaler ønsker vi å få frem bredden i sykehusets ekspertise til mange målgrupper gjennom å presentere ulike stemmer og vise indre avhengighet og samarbeid fra ulike vinkler.

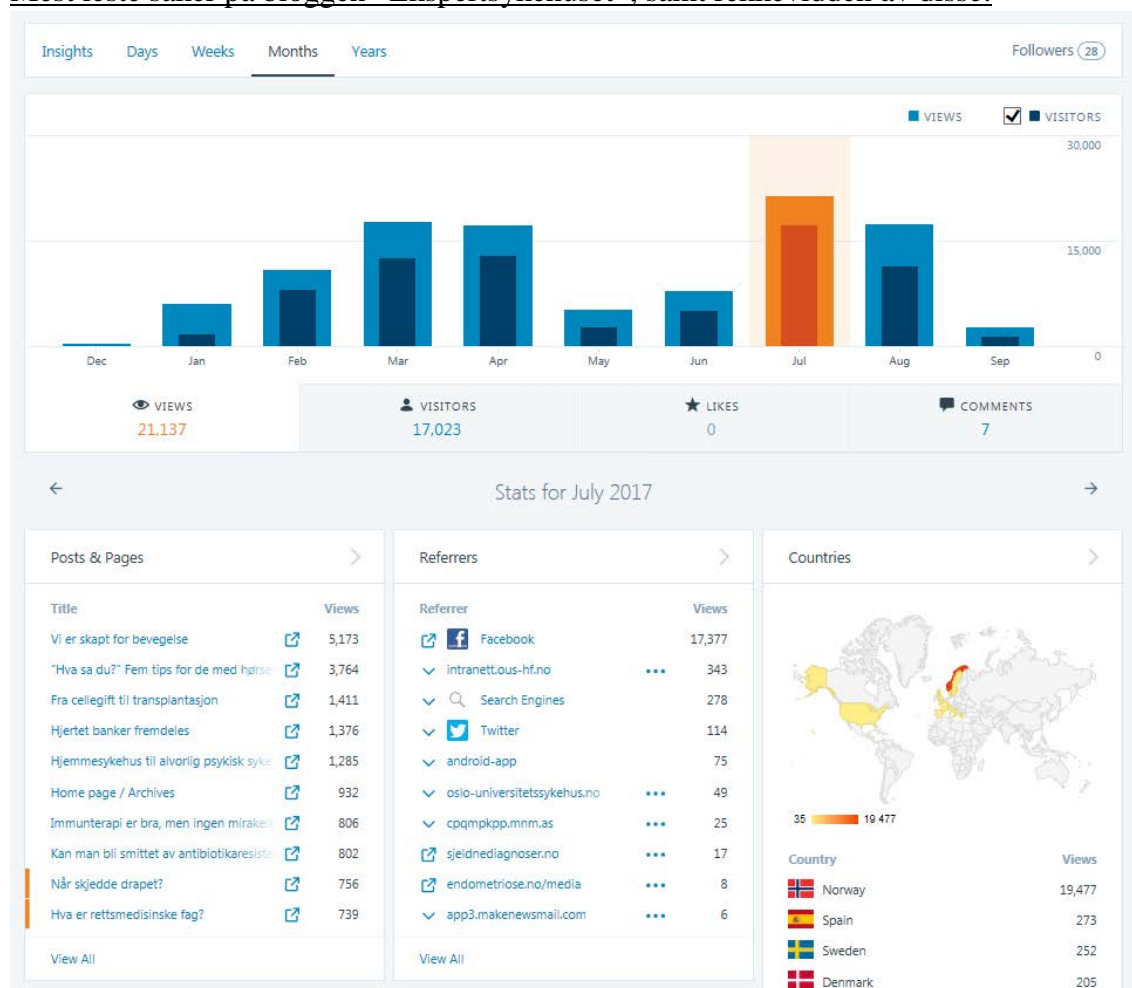
For å komplementere sykehusets formidlingskanaler, opprettet vi i januar bloggen «Eksperpsykehuset». Det er stor interesse internt for å bidra med fagstoff. I oppstartsfasen har vi valgt månedstema for bloggen og fokusert på bredden og samarbeid innen temaet. I juni, juli og august har temaene vært henholdsvis kreft, rettsmedisin og barnehelse. Sykehusets fagfolk har i denne perioden bidratt med 37 blogger og 13 artikler. Bloggen har generelt gode lesertall. Fra jun tom aug ble

bloggen lest 46.200 ganger. Flere av sakene fikk i tillegg ekstra oppmerksomhet i andre medier. For eksempel [«Mange trafikkulykker skyldes berusede bilførere»](#) skrevet av seniorforsker Hallvard Gjerde.

Mest leste saker på OUS' Facebook-side og rekkevidden av disse:

Sak	Antall nådd
Vi laget reportasje da OUS stilte fagekspertise og lokaler til rådighet for Statsminister Erna Solberg da hun ga 30 millioner kroner til prosjekter innen CFS/ME-forskning	75 047
Vi delte bloggen fra Ekspertsykehuset; «Vi er skapt for bevegelse» - om at fysisk aktivitet er godt dokumentert og effektivt i forebygging og behandling av psykiske problemer og lidelser	73 219
Når barnets sykehushverdag deles i sosiale medier – stort tema på egne nettsider og i A-magasinet.	53 805
Reportasje fra nytt barnesykehus åpnet i Malawi med OUS som partner	53 339
Deling av blogg fra Ekspertsykehuset og Nasjonal behandlingstjeneste for hørsel og psykisk helse (NBHP): «Hvordan leve bedre når hørselen svikter?»	49 913

Mest leste saker på bloggen «Ekspertsykehuset», samt rekkevidden av disse:



5. TILLEGGSDOKUMENT TIL OPPDRAG OG BESTILLING 2017 FOR HELSEFORETAK OG PRIVATE IDEELLE SYKEHUS I HELSE SØR-ØST

I slutten av juni 2017 oversendte Helse- og omsorgsdepartementet *Oppdragsdokument 2017 - tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 129 S (2016-2017)* til de regionale helseforetakene. (Se vedlegg) Overordnede føringer og styringsbudskap gitt Helse Sør-Øst RHF i dette tilleggsdokumentet gjelder også for helseforetak og private ideelle sykehus i Helse Sør-Øst, og det forutsetter at disse setter seg inn i dokumentet på samme måte som for øvrige overordnede styringsdokumenter.

Tilleggsdokumentet fra Helse Sør-Øst RHF konkretiserer og presiserer hvordan helseforetakene og sykehusene forutsettes å delta i arbeidet for å nå de overordnede målene. Tilleggsdokumentet har samme status som oppdrag og bestilling, og det stilles de samme krav om å utføre pålagte oppgaver og gjennomføre styringskrav innenfor de rammer og ressurser som er stilt til rådighet. Det er viktig at disse styringsbudskapene integreres i styrings- og rapporteringssystemene.

Oppfølgingen av Oppdrag og bestilling 2017 vil være del av ordinær oppfølging i helseforetaket. Oppdragsgjennomføringen rapporteres i Årlig melding for 2017.

6. REFERAT OG ØVRIGE VEDLEGG

1. Protokoll fra Brukerutvalgets møte 17.juni 2017 (vedlegg)
2. Godkjent protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst RHF 15. juni og ekstraordinært styremøte 28. juni 2017 (vedlegg)
3. Foreløpig protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst RHF 14. september (vedlegg)

PROTOKOLL

Møtetema: **Brukerutvalgsmøte 19. juni 2017 kl 13.00-17.00**

Til: Brukerutvalget ved OUS

Kopi: Kari Skredsvig, Anne Margrethe Svanes

Dato dok: 19.6.2017

Dato møte: 19.6.2017

Referent: Stine Arntzen Selfors

Tilstede: Tove Nakken, Lilli-Ann Stensdal, Kjell Silkoset, Twinkle Dawes, Arne Olav G. Hope, Veslemøy Ruud, Heine Århus, Stine B. Dybvig, Kristin Borg, Kim Fangen, Tommy Sjøfjell, Pål Kjeldsen
Fra OUS: Kari Skredsvig, Stine A. Selfors

Forfall: Tayyab Chaudri, Mari Ourom

Sak nr	
33/2017	<p>Godkjenning av innkalling og agenda</p> <p>Vedtak Innkalling og agenda er godkjent</p>
34/2017	<p>Styremøtesaker Gjennomgang av og samtale om styremøtesaker, i sær HSØ styrevedtak om nye sykehusbygg.</p> <p>Vedtak Leder og nestleder representerer brukerutvalget i styremøtet 22.06.17</p>
35/2017	<p>Orienteringssaker</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konferanse om brukermedvirkning 2018 - Samhandlingsmidler - Åpning av kreftrehabilitering på Aker <p>Vedtak Tas til orientering</p>
36/2017	<p>Bekymring for synlighet og fokus på sårbare pasientgrupper som resultat av omorganisering Brukerutvalget har mottatt en henvendelse fra tidligere seksjon likeverdige helsetjenester med bekymring for synlighet og fokus på sårbare pasientgrupper som resultat av omorganisering av direktørens stab.</p> <p>Sykehuset har bygget opp en kompetanse som er vidt etterspurt og arbeider godt med fokus på ulike grupper hvor likeverd ikke er en selvfølge. Temaet bør, etter brukerutvalgets mening, fortsatt ha et tydelig fokus og bidra til at begrepet "likeverdige helsetjenester" omfatter alle pasientgrupper ved sykehuset. Brukerutvalget er svært fornøyd med resultatet av arbeidet så langt og regner med at det vil fortsette i samme spor.</p>

	<p>Når det gjelder organisering av arbeidet, har Brukerutvalget ingen synspunkter. Brukerutvalget ønsker å bli orientert om dette arbeidet med jevnlige mellomrom.</p> <p>Vedtak Brukerutvalget vil følge likeverdige helsetjenester på Oslo universitetssykehus HF ved å etterspørre status for fagfeltet med jevnlige mellomrom.</p>
37/2017	<p>Konferanser, råd og prosjekter Oversikt over representasjon i ulike råd/prosjekt/utvalg og forberedelse til overføring av oppgaver til nytt brukerutvalg.</p> <p>Vedtak Innspill til oversikten sendes på epost til koordinator.</p>
38/2017	<p>Pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus Gjennomgang av pasient- og brukerombudets årsrapport 2016 ved Hanne Hagen, Teamleder spesialisthelsetjenesten</p> <p>Vedtak Tas til orientering</p>
39/2017	<p>Tema: Usikker genetisk informasjon Innlegg om usikker genetisk informasjon ved leder for avdeling for medisinsk genetikk, Dag Undlien og direktør i bioteknologirådet, Ole Johan Borge. Argumenter for og mot formidling av den usikre genetiske informasjonen ved Kathrine Bjørgo og Lovise Mæhle, begge fra avdeling for medisinsk genetikk. Representanter fra Helsedirektoratet og fagmiljøet var til stede under diskusjonen i etterkant av innledningene.</p> <p>Etter en god innføring i temaet diskuterte brukerutvalget holdninger til "usikker genetisk informasjon" og i utvalget var det overvekt av behov for informasjon selv om den var usikker. Valget bør likevel være opp til den enkelte.</p>
40/2017	<p>Eventuelt Ingen saker meldt</p>

Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	17. august 2017

SAK NR 080-2017

GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA ORDINÆRT STYREMØTE 15. JUNI OG EKSTRAORDINÆRT STYREMØTE 28. JUNI 2017

Forslag til vedtak:

Protokoll fra ordinært styremøte 15. juni 2017 og ekstraordinært styremøte 28. juni 2017 godkjennes.

Hamar, 10. august 2017

Cathrine M. Lofthus
administrerende direktør

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Møtesenteret Grev Wedels plass 5, Oslo
Dato:	Styremøte 15. juni 2017
Tidspunkt:	Kl 0900-1600

Følgende medlemmer møtte:

Ann-Kristin Olsen	Styreleder	
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder	
Eyolf Bakke		
Kirsten Brubakk		
Christian Grimsgaard		
Bernadette Kumar		Forfall
Geir Nilsen		
Truls Velgaard		Forfall
Sigrun E. Vågeng		
Svein Øverland		

Fra brukerutvalget møtte:

Øistein Myhre Winje
Rune Kløvtveit

Følgende fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Konserndirektør Atle Brynestad, kst. fagdirektør Geir Bøhler, økonomidirektør Hanne Gaaserød og kommunikasjonssjef Gunn Kristin Sande

Saker som ble behandlet:

063-2017	GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

064-2017	GODKJENNING AV PROTOKOLLER FRA ORDINÆRT STYREMØTE 27. APRIL OG FLERE EKSTRAORDINÆRE STYREMØTER I MAI OG JUNI 2017
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Protokoll fra ordinært styremøte 27. april 2017 og ekstraordinære styremøter 3. mai, 5. mai, 16. mai, 24. mai, 30. mai og 8. juni 2017 godkjennes.

065-2017	KVALITETS-, AKTIVITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER MAI 2017
-----------------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar kvalitets-, aktivitets- og økonomirapporten per mai 2017 til etterretning.

066-2017	AKTIVITETS-, KVALITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER FØRSTE TERTIAL 2017
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar aktivitets-, kvalitets- og økonomirapport per første tertial 2017 til etterretning.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tak status per første tertial 2017 for gjennomføringen av Digital fornying til orientering

Administrerende direktørs forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF vil etter en samlet vurdering tilrå overfor foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF at det ikke gjøres endring i foretakstilhørigheten for Kongsvinger sykehus nå. Dette fordi gevinstene ved en slik endring ikke står i rimelig forhold til den risiko og de omkostninger som endringen innebærer. Det kan gjennomføres en fornyet vurdering av foretakstilhørighet for Kongsvinger sykehus når en modernisert IKT-infrastruktur i Helse Sør-Øst er på plass og kapasiteten innen psykisk helsevern i Akershus universitetssykehus HF er økt.
2. Styret vektlegger at Kongsvinger sykehus skal bevares og videreutvikles som et akutt sykehus med fødetilbud i tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan.
3. Det etablerte samarbeidet mellom Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset Innlandet HF om bruk av Kongsvinger sykehus for å avlaste kapasiteten ved Akershus universitetssykehus skal videreføres og videreutvikles i en forpliktende avtale. Dette gjelder også det faglige samarbeidet mellom Akershus universitetssykehus HF og Kongsvinger sykehus.
4. Spesialisthelsetjenestetilbudet for befolkningen i Nes kommune tilbakeføres til Akershus universitetssykehus HF. Endelig vurdering av overføringstidspunkt gjøres på grunnlag av kapasitetsvurderinger ved Akershus universitetssykehus HF i 2018.
5. Styret ber om at saken oversendes Helse- og omsorgsdepartementet for behandling i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF

Alternativt forslag til vedtak fremmet av styremedlem Grimsgaard:

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF vil etter en samlet vurdering tilrå overfor foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF at foretakstilhørigheten for Kongsvinger sykehus endres, og at sykehuset legges inn under Akershus universitetssykehus HF. Styret tilrå at overføringen koordineres med den pågående med digital fornying i Helse Sør-Øst, men at prosessen med overføring skal være slutført innen utgangen av 2019.

2. Styret tilrår at Akershus universitetssykehus HF starter arbeidet med utredning av nødvendige tiltak for overføring av ansvaret også for psykisk helsevern, med beskrivelse av prosess for å etablere nødvendig døgnkapasitet.
3. Styret ber om at saken oversendes Helse- og omsorgsdepartementet for behandling i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF.

Votering:

Det alternative vedtaksforslaget fikk 1 stemme. Administrerende direktørs forslag ble dermed vedtatt.

Styrets endelige

VEDTAK

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF vil etter en samlet vurdering tilrå overfor foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF at det ikke gjøres endring i foretakstilhørigheten for Kongsvinger sykehus nå. Dette fordi gevinstene ved en slik endring ikke står i rimelig forhold til den risiko og de omkostninger som endringen innebærer. Det kan gjennomføres en fornyet vurdering av foretakstilhørighet for Kongsvinger sykehus når en modernisert IKT-infrastruktur i Helse Sør-Øst er på plass og kapasiteten innen psykisk helsevern i Akershus universitetssykehus HF er økt.
2. Styret vektlegger at Kongsvinger sykehus skal bevares og videreutvikles som et akutt sykehus med fødetilbud i tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan.
3. Det etablerte samarbeidet mellom Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset Innlandet HF om bruk av Kongsvinger sykehus for å avlaste kapasiteten ved Akershus universitetssykehus skal videreføres og videreutvikles i en forpliktende avtale. Dette gjelder også det faglige samarbeidet mellom Akershus universitetssykehus HF og Kongsvinger sykehus.
4. Spesialisthelsetjenestetilbudet for befolkningen i Nes kommune tilbakeføres til Akershus universitetssykehus HF. Endelig vurdering av overføringstidspunkt gjøres på grunnlag av kapasitetsvurderinger ved Akershus universitetssykehus HF i 2018.
5. Styret ber om at saken oversendes Helse- og omsorgsdepartementet for behandling i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF

Stemmeforklaring fra styremedlem Christian Grimsgaard:

Diskusjonen rundt egnet tilhørighet for Kongsvinger sykehus ble først fremmet rundt årtusenskiftet. En overføring til Akershus universitetssykehus ble da utsatt i påvente av utbyggingen av det nye sykehuset. Kongsvinger sykehus har lang erfaring med å samarbeid med begge sykehusene som er aktuelle, og har i dag like stor del av pasientaktiviteten mot Akershus universitetssykehus som mot innlandet til tross for at sykehuset i dag er en del av Innlandet HF

I administrasjonens fremlegg foreslås det en videreføring av dagens foretakstilhørighet kombinert med å flytte ansvaret for Nes kommune til Akershus universitetssykehus. Opptaksområdet til Kongsvinger sykehus vil da reduseres til 44 000. I tillegg er det aktuelt å flytte sykehusets revmatologiske aktivitet, og videre å gjøre endringer innen øyeaktiviteten.

Samlet sett vil det være en betydelig risiko for at et vedtak om å videreføre dagens foretakstilhørighet kombinert med å flytte Nes kommune vil medføre at sykehusets forutsetninger for god og effektiv drift vil svekkes i så stor grad at sykehuset vil stå foran nedleggelse over noe tid.

Representanten vil bemerke at det i utredningen ikke er gjort en risikovurdering av administrasjonens tilrådning med å flytte ut Nes kommune og videreføre dagens tilhørighet. Representanten anmerker at det er en vesentlig svakhet i beslutningsgrunnlaget.

069-2017	ØKONOMISK LANGTIDSPLAN 2018-2021
----------	----------------------------------

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret tar økonomisk langtidsplan 2018-2021 til etterretning.
2. Det legges til grunn at helseforetakenes arbeid med kvalitet og tilgjengelighet i pasientbehandlingen skal gis høy prioritet gjennom hele perioden, slik at kravene fra eier i de årlige oppdragsdokumentene blir ivaretatt på en god måte.
3. Styret tar plantallene for aktivitet i 2018 og ut perioden 2018-21 til foreløpig orientering. Styret ber administrerende direktør følge opp helseforetakenes aktivitetsbudsjetter inn mot 2018 og senere årsbudsjetter for å sikre at de krav og føringer som følger av statsbudsjettet det enkelte år blir ivaretatt, herunder prioriteringsregelen om høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn somatikk.
4. Styret konstaterer at det legges opp til et høyt investeringsnivå i foretaksgruppen. Det er planmessig tatt høyde for fullføring av store byggeprosjekter i gjennomføringsfase, samt videreføring av regionens satsning på Digital fornying. De enkelte investeringsbeslutninger fremmes styret for behandling i henhold til etablert fullmaktsregime.
5. Styret forutsetter at det arbeides med realistiske og konkrete risikoreducerende tiltak som anses nødvendig for å sikre tilstrekkelig resultatutvikling i perioden slik at investeringsplanene kan realiseres som forutsatt. Dette arbeidet må skje i nært samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner.
6. Styret understreker viktigheten av god ledelse og bred involvering av de ansatte for å sikre realistiske budsjetter og god gjennomføring.

Protokolltilførsel fra styremedlemmene Øverland, Grimsgaard og Brubakk:

Vi vil anmerke at det legges til grunn en videreføring av aktivitetsøkningen med et nedtrekk i bemanningen på 1 % , og at det er usikkerhet knyttet til om dette vil la seg gjennomføre. Representantene vil videre bemerke at det i planen forutsettes en nedgang i lønnskostnader på 0,3 %. I SSBs fremskrivninger antydes en reallønnsvekst i perioden på 6 %. Etter representantenes vurdering er det usikkert om forutsetningene lagt i planen knyttet til lønnskostnader er sannsynlige, og det vil videre bemerkes at resultatrisiko knyttet til dette punktet er betydelig.

070-2017

KONSEPTRAPPORT FOR NY REGIONAL
SIKKERHETSAVDELING

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF godkjenner konseptrapport for ny regional sikkerhetsavdeling.
2. Styret mener det er svært viktig å etablere nye lokaler til regional sikkerhetsavdeling og anbefaler at ny regional sikkerhetsavdeling sammen med regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri prioriteres for utbygging på Ila.
3. Styret ber om at lokalisering av utbyggingstrinn 2 vurderes nærmere høsten 2017 slik at det blir avklart om samlokalisering på Ila er mulig. Sak om dette fremlegges styret i desember 2017 før oppstart av forprosjekt.
4. Styret ber om at den videre planlegging og gjennomføring tilrettelegges med oppstart av forprosjekt i januar 2018 med planlagt ferdigstillelse av etappe 1 medio 2021.
5. Styret i Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at prosjektet skal utvikles innenfor følgende kostnadsramme (prisnivå januar 2017):
 - Prosjektkostnad (P50): 826 MNOK
 - Ikke-byggnær IKT: 36 MNOK
 - Tomtekostnad: 50 MNOK
 - Tilpasninger til tomt: 50 MNOK
6. Styret ber administrerende direktør om å søke Helse- og omsorgsdepartementet om lån i henhold til gjeldende retningslinjer slik at prosjektet sikres finansering.
7. Styret ber om at det i det videre arbeidet søkes etter å etablere fleksible, robuste og nøkterne løsninger som bidrar til å redusere usikkerhet og gjennomføringsrisiko.
8. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å utarbeide mandat for det videre arbeid og etablere et eget prosjektstyre for videreføringen av prosjektet.
9. Styret ber om at Oslo universitetssykehus HF gjennom forprosjektfasen utarbeider konkrete gevinstrealiseringsplaner som kan måles og følges opp også etter at bygget er tatt i bruk.

Stemmeforklaring fra styremedlemmene Grimsgaard og Øverland:

Et samstemt fagmiljø mener at det er store gevinster både faglig og økonomisk ved å samlokalisere RSA, PUA og lokal sikkerhetsavdeling. Dette vil også gi en raskere avvikling av uegnede lokaler på Dikemark. Disse styremedlemmene legger til grunn at samlokalisering skal være det overordnede målbildet.

071-2017

KONSEPTRAPPORT FOR NYTT KLINIKKBYGG VED RADIUMHOSPITALET

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF godkjenner konseptrapport for nytt klinikkbygg ved Radiumhospitalet og ber om at utbyggingsalternativ 2 legges til grunn for det videre arbeidet.
2. Styret i Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at prosjektet skal utvikles innenfor følgende kostnadsramme (prisnivå januar 2017):
 - Prosjektkostnad (P50): 2.880 MNOK
 - Overordnet IKT-program: 233 MNOK
3. Styret ber administrerende direktør om å søke Helse -og omsorgsdepartementet om lån i henhold til gjeldende retningslinjer slik at prosjektet sikres finansering.
4. Styret ber om at det i det videre arbeidet søkes etter å etablere robuste og nøkterne løsninger som bidrar til å redusere usikkerhet og gjennomføringsrisiko.
5. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å utarbeide mandat for det videre arbeid og etablere et eget prosjektstyre for videreføringen av prosjektet.
6. Styret ber om å få seg forelagt skisseprosjektet fra konseptfasenes del II, inkludert oppdatert vurdering av de driftsøkonomiske effektene, for godkjenning før prosjektet videreføres.

072-2017

VIDEREFØRING AV PLANER FOR UTVIKLINGEN AV OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret gir sin tilslutning til at arbeidet med utvikling av Oslo universitetssykehus HF videreføres med oppstart konseptfase for Aker og Gaustad.
2. Styret forutsetter at det videre arbeid tilrettelegges med oppstart konseptfase ved årsskiftet 2017/18.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å utarbeide mandat for konseptfasen for hhv. Aker og Gaustad.
4. Styret ber Oslo universitetssykehus HF om å avsette nødvendige ressurser til medvirkning og forankring, utvikling av virksomhetsmodell, driftskonsepter og bemanning, samt planer for gevinstrealisering.

5. Styret påpeker at det er knyttet gjennomføringsrisiko til lokaliseringsalternativene og ber om at det ikke utelukkes alternativ plassering innen Oslo universitetssykehus HFs tomtearealer om risikobildet tilsier dette. Styret skal holdes orientert underveis i utredningen og spesielt knyttet til gjennomføringsrisiko.
6. Styret forutsetter at det ikke gjøres disponeringer mens utredningen pågår som kan hindre alternative løsninger i fremtiden.
7. Styret legger til grunn at konseptfasen for både Aker og Gaustad gjennomføres innenfor en samlet ramme på 100 MNOK inkl. mva. og at konseptfaserapportene for hhv. Aker og Gaustad legges fram for styret til godkjenning i desember 2018.

073-2017	VESTRE VIKEN HF – AVHENDING AV EIENDOMMEN I DR. SCHMIDTS VEI 3, GNR. 80, 60/74 AV BNR. 32 I 0219 BÆRUM KOMMUNE
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Saken utsettes

074-2017	ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER 2017 OG 2018
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Årsplan styresaker tas til orientering.

075-2017	ORIENTERINGSSAK: DRIFTSORIENTERINGER FRA ADMINISTRERENDE DIREKTØR
-----------------	--

Redegjørelsen om IKT-infrastruktur ble gitt i lukket møte, jf helseforetakslovens § 26a

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Andre orienteringer

- Styreleder orienterer
- Foreløpig protokoll fra ekstraordinært brukerutvalgsmøte 9. mai 2017
- Foreløpig protokoll brukerutvalgsmøte 23. mai 2017
- Innspill fra styret i Ila borettslag vedrørende ny regional sikkerhetsavdeling
- Brev fra Bærum kommune vedrørende ny regional sikkerhetsavdeling
- Brev fra Aker sykehus venner vedrørende arbeid med utbygging på Aker og Gaustad
- Kopi av brev til Høie og styret i Vestre Viken HF fra Venner av Bærum sykehus
- Drøftingsprotokoll datert 14. juni 2017 fra konserntillitsvalgte og Helse Sør-Øst RHF

Møtet hevet kl 1630

Oslo, 15. juni 2017

Ann-Kristin Olsen
Styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
nestleder

Eyolf Bakke

Kirsten Brubakk

Christian Grimsgaard

Bernadette Kumar

Geir Nilsen

Truls Velgaard

Sigrun E. Vågeng

Svein Øverland

Tore Robertsen
styresekretær

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Møtesenteret Grev Wedels plass 5, Oslo – 1. etg (Christiania Qvartalet Møtesenter – møterom 6-7)
Dato:	Ekstraordinært styremøte 28. juni 2017
Tidspunkt:	Kl 08:00

Følgende medlemmer møtte:

Ann-Kristin Olsen	Styreleder	
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder	
Eyolf Bakke		Forfall
Kirsten Brubakk		
Christian Grimsgaard		
Bernadette Kumar		
Geir Nilsen		
Truls Velgaard		
Sigrun E. Vågeng		
Svein Øverland		

Fra brukerutvalget møtte:

Ingen

Følgende fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Konserndirektør Atle Brynestad, konst. fagdirektør Geir Bøhler, konst. HR-direktør Svein Tore Valsø, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande og juridisk direktør Ann-Margrethe Mydland

Saker som ble behandlet:

076-2017	GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

077-2017	IKT-INFRASTRUKTURMODERNISERING I HELSE SØR-ØST
-----------------	---

Deler av behandlingen av saken ble gjennomført i lukket møte, jfr. helseforetakslovens § 26a.

Administrerende direktør fremmet et revidert forslag til vedtak for punktene 6, 7 og 9.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret understreker at pasientene skal være sikre på at sensitive personopplysninger håndteres på en trygg og sikker måte. En modernisering av IKT-infrastrukturen er helt nødvendig og vil være et viktig bidrag for å kunne ivareta hensynet til personvern og informasjonssikkerhet.
2. Styret tar den endelige rapporten fra PwC til etterretning og forutsetter at de påpekte svakheter følges opp gjennom det oppdraget som er gitt til Sykehuspartner HF i foretaksmøte 31. mai 2017. Dette gjelder i særlig grad aktiviteter som vil styrke personvern og informasjonssikkerhet, herunder arbeidet med å bedre tilgangsstyringen og forbedret metodikk for risiko- og sårbarhetsanalyser. Styret understreker at dette arbeidet må gis høy prioritet og ber administrerende direktør avklare rammer og opplegg for gjennomføring av arbeidet med forbedret metodikk for risiko- og sårbarhetsanalyser i samarbeid med Sykehuspartner HF.
3. Styret konstaterer at Sykehuspartner HF har stilt programmet for IKT-infrastrukturmodernisering i bero.
4. Dagens situasjon knyttet til informasjonssikkerhet i foretaksgruppens IKT-infrastruktur gir grunn til bekymring. Styret tar til etterretning at selv om programmet for IKT-infrastrukturmodernisering er stilt i bero, skal enkelte prosjekter og aktiviteter som er viktige for å bedre informasjonssikkerheten og sørge for sikker og stabil drift videreføres. Disse tiltakene er ikke relatert til tjenesteutsetting. Dette gjelder følgende:
 - a. Prosess- og verktøyprosjektet
 - b. Applikasjonskonsolidering og -standardisering
 - c. Identity and access management (IAM) -prosjektet

- d. Etablering av en helhetlig løsningsarkitektur for modernisert infrastruktur inklusiv fremtidig regional sikkerhetsarkitektur
 - e. Replanlegging av telekommunikasjon-modernisering
 - f. Utvalgte helseforetaksspesifikke prosjekter
5. Styret ber administrerende direktør gå i dialog med Sykehuspartner HF for å avklare økonomiske rammer og omprioriteringer av investeringsmidler for å sikre at tiltakene i punkt 4 og andre nødvendige tiltak for å bedre informasjonssikkerheten og opprettholde sikker og stabil drift gjennomføres. Dette inkluderer backup-løsninger og lagring, samt innføring av analyseplattformen til alle helseforetak for å bedre informasjonssikkerheten gjennom sporing og logging.
 6. Styret tar til etterretning status i det pågående arbeidet med å utrede alternative modeller for å gjennomføre moderniseringen. Styret understreker at alle alternativer skal ivareta personvern og informasjonssikkerhet på en trygg og sikker måte og i tråd med lovgivningen. Styret understreker også at terminering av avtalen skal utredes videre og at det må startes et arbeid med å utrede hvordan en modernisering av IKT-infrastruktur kan gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF dersom avtalen termineres.
 7. Styret legger til grunn at Sykehuspartner HF i det videre arbeidet sikrer bred involvering og medvirkning av ansatte og tillitsvalgte. Ansattes kompetanse og kunnskap skal aktivt etterspørres og inkluderes i utredningen av alternative modeller.
 8. Styret tar til etterretning de tiltak som Helse Sør-Øst RHF vil iverksette knyttet til å styrke kapasitet og kompetanse innenfor områdene personvern og informasjonssikkerhet. Styret legger også vekt på at styring og ledelse av det videre arbeidet med å modernisere IKT-infrastrukturen må styrkes og sikre god involvering av helseforetakene.
 9. Det regionale brukerutvalget skal involveres før ny sak fremmes for styret i Helse Sør-Øst RHF.

Protokolltilførsel fra styremedlemmene Brubakk, Grimsgaard og Øverland:

Brubakk, Grimsgaard og Øverland viser til at ansatte i SP har utarbeidet et eget arbeidsdokument som resultat av opplevd manglende involvering i prosessen etter foretaksmøtet 31 mai 2017. For å lykkes med infrastruktur moderniseringsprosjektet er det avgjørende at man tegner et felles virkelighets- og mål bilde. Vi forventer at de problemstillinger som de ansatte i SP beskriver i arbeidsdokumentet blir vurdert og svart ut i det videre arbeidet med utredning av alternativer. Det skal legges til rette for en åpne og inkluderende dialog i SP mellom ansatte og ledelse, der de ansattes kompetanse og kunnskap aktivt etterspørres, og der divergerende syn håndteres profesjonelt og uten frykt for represalier. Vår vurdering er at dette forutsetter at ekspertise, uhildet av tidligere prosesser, inviteres inn i arbeidet med å fremskaffe alternativer, deriblant et godt alternativ for utvikling av IKT infrastruktur av SP hvis avtalen termineres.

078-2017

**VESTRE VIKEN HF – AVHENDING AV EIENDOMMEN I DR.
SCHMIDTS VEI 3, GNR. 80, 60/74 AV BNR. 32 I 0219 BÆRUM
KOMMUNE**

Saken utsettes til første ordinære styremøte til høsten.

Møtet hevet kl 11:40

Oslo, 28. juni 2017

Ann-Kristin Olsen
Styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
Nestleder

Eyolf Bakke

Kirsten Brubakk

Christian Grimsgaard

Bernadette Kumar

Geir Nilsen

Truls Velgaard

Sigrun E. Vågeng

Svein Øverland

Tore Robertsen
styresekretær

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Helse Sør-Øst RHF, Hamar
Dato:	Styremøte 14. september 2017
Tidspunkt:	Kl 0915-1530

Følgende medlemmer møtte:

Ann-Kristin Olsen	Styreleder	
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder	Forfall
Eyolf Bakke		
Kirsten Brubakk		
Christian Grimsgaard		
Bernadette Kumar		Forfall
Geir Nilsen		
Truls Velgaard		
Sigrun E. Vågeng		
Svein Øverland		

Fra brukerutvalget møtte:

Øistein Myhre Winje	Til kl 14
Rune Kløvtveit	

Følgende fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Konserndirektør Atle Brynestad, kst. fagdirektør Geir Bøhler, økonomidirektør Hanne Gaaserød og kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande

Saker som ble behandlet:

082-2017	GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

083-2017	GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA EKSTRAORDINÆRT STYREMØTE 17. AUGUST 2017
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Protokoll fra ekstraordinært styremøte 17. august 2017 godkjennes.

084-2017	KVALITETS-, AKTIVITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER JULI 2017
-----------------	--

Oppdatert rapport per august 2017 ble presentert i møtet.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar kvalitets-, aktivitets- og økonomirapporten per juli 2017 til etterretning.

085-2017	VALG AV LABORATORIER SOM SKAL FORETA HPV-TESTING I HELSE SØR-ØST
-----------------	---

Administrerende direktørs forslag til vedtak

1. Styret slutter seg til at antallet helseforetak i Helse Sør-Øst som skal ivareta HPV-testing i primærskanning mot livmorhalskreft reduseres til tre fra og med 2018.

2. I Helse Sør-øst skal Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset Østfold HF ivaretar HPV-funksjonen fra 2018 med den fordeling av sykehusområder som er beskrevet i saken.
3. Styret ber de aktuelle helseforetak gå i dialog med laboratoriene som skal avvikle denne virksomheten, for å sikre at overgangen kan gjennomføres på en forsvarlig måte

Styremedlemmene Grimsgaard og Øverland fremmet følgende alternative forslag til vedtak:

Antall HPV laboratorier reduseres til fem i tråd med faggruppens innstilling. Styret legger til grunn at HPV-analysene fra 2018 skal skje ved Østfold, Akershus, Vestfold og Sørlandet helseforetak, i tillegg til Oslo universitetssykehus. Styret ber aktuelle helseforetak gå i dialog med laboratoriene som skal avvikle denne virksomheten, for å sikre at overgangen kan gjennomføres på en forsvarlig måte

Votering:

Administrerende direktørs forslag ble vedtatt mot to stemmer som støttet det alternative vedtaksforslaget.

Styrets endelige

VEDTAK

1. Styret slutter seg til at antallet helseforetak i Helse Sør-Øst som skal ivareta HPV-testing i primærskanning mot livmorhalskreft reduseres til tre fra og med 2018.
2. I Helse Sør-øst skal Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset Østfold HF ivaretar HPV-funksjonen fra 2018 med den fordeling av sykehusområder som er beskrevet i saken.
3. Styret ber de aktuelle helseforetak gå i dialog med laboratoriene som skal avvikle denne virksomheten, for å sikre at overgangen kan gjennomføres på en forsvarlig måte

Stemmeforklaring fra styremedlemmene Grimsgaard og Øverland:

Styremedlemmene Grimsgaard og Øverland støtter ikke det fremsatte vedtaksforslaget. Helse Sør-Øst nedsatte en faggruppe som tilrådet reduksjon til 4-5 laboratorier som skulle gjennomføre analysene i første omgang. Både Sørlandet og Vestfold helseforetak har nødvendig apparatur og opptrent personell for å gjennomføre analysene. En reduksjon til kun 3 laboratorier vil kunne være krevende å gjennomføre da det forutsetter ny-investeringer og opplæring av personell. En gradvis reduksjon i antall analyse-enheter i tråd med faggruppens tilrådninger fremstår som en mer egnet fremgangsmåte..

086-2017

**VESTRE VIKEN HF – AVHENDING AV EIENDOMMEN I
DR. SCHMIDTS VEI 3, GNR. 80, 60/74 AV BNR. 32 I 0219
BÆRUM KOMMUNE**

Administrerende direktørs forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF oversender anmodningen fra Vestre Viken HF om samtykke til salg av eiendommen i Dr. Schmidts vei 3, gnr. 80, 60/74 av bnr. 32 i 0219 Bærum kommune til foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF for behandling.
2. Styret legger til grunn at salget gjennomføres slik at kjøper forplikter seg til å leie tilbake nødvendig kapasitet til ansatte i spesialisthelsetjenesten i Bærum kommune.
3. Helse Sør-Øst RHF forutsetter at det er Vestre Viken HF som administrerer ordningen med tilbakeleie og at Vestre Viken HF går inn som part, på vegne av de ansatte, ved fastsetting av leiepriser.
4. Frigjort likviditet kan benyttes til investering i varige driftsmidler eller rehabilitering og verdibevarende vedlikehold.
5. Investeringer, herunder langsiktige leieavtaler, må behandles i henhold til gjeldende fullmaktstruktur.
6. Styret presiserer at Vestre Viken HF har ansvaret for at avhendingen gjennomføres korrekt, og bærer all risiko knyttet til avhendingen.

Styremedlemmene Brubakk, Øverland og Grimsgaard fremmet følgende alternative vedtaksforslag:

Styret ber Vestre Viken helseforetak vurdere seksjonering og salg av leilighetene som sykehuset i dag ikke nyttiggjør, i stedet for salg av eiendommen samlet.

Votering:

Administrerende direktørs forslag ble vedtatt mot tre stemmer som støttet det alternative vedtaksforslaget.

Styrets endelige

VEDTAK

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF oversender anmodningen fra Vestre Viken HF om samtykke til salg av eiendommen i Dr. Schmidts vei 3, gnr. 80, 60/74 av bnr. 32 i 0219 Bærum kommune til foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF for behandling.
2. Styret legger til grunn at salget gjennomføres slik at kjøper forplikter seg til å leie tilbake nødvendig kapasitet til ansatte i spesialisthelsetjenesten i Bærum kommune.

3. Helse Sør-Øst RHF forutsetter at det er Vestre Viken HF som administrerer ordningen med tilbakeleie og at Vestre Viken HF går inn som part, på vegne av de ansatte, ved fastsetting av leiepriser.
4. Frigjort likviditet kan benyttes til investering i varige driftsmidler eller rehabilitering og verdibevarende vedlikehold.
5. Investeringer, herunder langsiktige leieavtaler, må behandles i henhold til gjeldende fullmaktstruktur.
6. Styret presiserer at Vestre Viken HF har ansvaret for at avhendingen gjennomføres korrekt, og bærer all risiko knyttet til avhendingen.

Stemmeforklaring fra styremedlemmene Brubakk, Øverland og Grimsgaard:

Det fremkommer i saksfremlegget at Bærum sykehus har over lengre tid nyttiggjort deler av eiendommen som foreslås solgt, og det er vanskelig tilgang på utleieboliger i det aktuelle området. Eiendommen er i dag viktig for å kunne sikre nødvendig rekruttering og sikre tilgangen av vikarer ved sykehuset, og bruken øker. Det fremkommer videre at alternative løsninger for inndekning av dette behovet vil medføre store ekstrautgifter for sykehuset. Hvorvidt en tinglyst klausul vil gi sykehuset reell adgang til dagens utnyttelse av boligene vil avhenge av hvilke vilkår som fastsettes mht frister, varighet av leiekontrakt og pris. Dette er det ikke nærmere redegjort for i saksgrunnlaget og styrevedtaket i Vestre Viken. Å selge leiligheter som sykehuset i dag er i behov av - for å planlegge tilbakeleie under vilkår som ikke er nærmere avklart - fremstår som lite hensiktsmessig.

087-2017	BRUKERUTVALG FOR HELSE SØR-ØST RHF – OPPNEVNING AV MEDLEMMER
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Følgende oppnevnes til Brukerutvalget for Helse Sør-Øst RHF for perioden 1. oktober 2017 til 30. september 2019:

Navn	Organisasjon	Fylke
Thomas Blancaflor	Momentum	Akershus (Ahus)
Nina Roland	Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte	Aust-Agder
Øystein Kydland	Norsk forening for Tourette	Aust-Agder
Rune Kløvtveit	Norges Handikapforbund, Landsforeningen for Amputerte	Buskerud
Gry Nørstenget	Mental Helse	Hedmark
Kenneth Arctander Vatnbakk Johansen	Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon	Oslo
Knut Magne Ellingsen	Hørselshemmedes Landsforbund	Oslo
Heidi Skaara Brorson	Kreftforeningen	Vestfold
Kari Margrethe Melby	Norsk Forening for Utviklingshemmede	Vestfold
Maria T.B. Bjerke	Innvandrerne Landsorganisasjon	Vestfold
Egil Rye-Hytten	Landsforeningen for hjerte- og lungesyke	Telemark

Navn	Organisasjon	Fylke
Astri Myhrvang	Pensjonistforbundet	Østfold

2. Styret oppnevner Rune Kløvtveit til leder og Nina Roland til nestleder i brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til oppnevning av eventuelle nye medlemmer ved behov for suppleringer i perioden

088-2017	REVIDERT VEILDER FOR TIDLIGFASEN I SYKEHUSBYGGPROSJEKTER
----------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret godkjenner revidert *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter* og ber om at den oversendes Helse- og omsorgsdepartementet
2. Veilederen erstatter gjeldende veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter fra 2011 og skal tas i bruk for alle nye prosjekter
3. For pågående byggeprosjekter skal den reviderte veilederen tas i bruk fra nærmest påfølgende faseovergang, tilpasset det enkelte prosjektets behov og innhold
4. Styret i Helse SØ understreker at også arbeidsmiljø og innovasjon må hensyntas i nye sykehusbyggprosjekter.

089-2017	ENDRET STYRESAMMENSETNING I STYRER FOR HELSEFORETAK
----------	--

Saken ble behandlet i lukket møte, jfr helseforetakslovens § 26a, annet ledd.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Svein Stølen oppnevnes som nytt styremedlem i Oslo universitetssykehus HF
2. Stener Kvinnsland oppnevnes som nytt styremedlem i Akershus universitetssykehus HF
3. Marianne Nordby Fålun oppnevnes som nytt styremedlem i Sykehuset Østfold HF
4. Styreoppnevningen bekreftes i foretaksmøter 21. september 2017

090-2017	ORIENTERINGSSAK - STATUS IKT- INFRASTRUKTURMODERNISERING OG ARBEIDET MED INFORMASJONSSIKKERHET I HELSE SØR-ØST
----------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar redegjørelsen om status IKT-infrastrukturmodernisering og arbeidet med informasjonssikkerhet til orientering.

091-2017	HALVÅRSRAPPORT 2017 FOR KONSERNREVISJONEN HELSE SØR-ØST
----------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar halvårsrapport fra konsernrevisjon til orientering.

092-2017	ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER 2017 OG 2018
----------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Årsplan styresaker tas til orientering.

093-2017	ORIENTERINGSSAK: DRIFTSORIENTERINGER FRA ADMINISTRERENDE DIREKTØR
----------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Andre orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra møte i brukerutvalget 13. og 14. juni 2017
3. Godkjent protokoll fra møte i revisjonsutvalget 14. juni 2016 og foreløpig protokoll fra møte 30. august 2017
4. Protokoll datert 13. september 2017 fra drøftinger mellom de konserntillitsvalgte og Helse Sør-Øst RHF

Temasak:

Tvang i psykisk helsevern. Presentasjon ved prosjektleder Martin Veland

Møtet hevet kl 1530

Hamar, 14. september 2017

Ann-Kristin Olsen
Styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
nestleder

Eyolf Bakke

Kirsten Brubakk

Christian Grimsgaard

Bernadette Kumar

Geir Nilsen

Truls Velgaard

Sigrun E. Vågeng

Svein Øverland

Tore Robertsen
styresekretær

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 29. september 2017

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

**SAK 62/2017 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA
STYREMØTE 29. SEPTEMBER 2017**

Protokoll blir lagt frem for vedtak i slutten av styremøtet.

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 29. september 2017.

Oslo, den 22. september 2017

Bjørn Erikstein