

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

Møtenavn:	Styremøte 8/2017
Dato møte:	26. oktober 2017
Møtetid:	Klokken 10.00 – ca 13.30
Møtested:	Radiumhospitalet, seminarrom 1 og 2.

62/2017	Beslutning:	Godkjenning av innkalling og sakliste
63/2017	Orientering:	Rapport per september 2017
64/2017	Orientering	Budsjett 2018
65/2017	Beslutning	Virksomhetsoverdragelse av NAKMI
66/2017	Beslutning	Plan for styrets arbeid
67/2017	Orientering	Møte med Brukerutvalget ved OUS
68/2017	Orientering	Administrerende direktørs orienteringer
69/2017	Beslutning	Lønnsregulering 2017 for administrerende direktør
70/2017	Beslutning	Protokoll fra styremøtet 26. oktober 2017

Gunnar Bovim
sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 26. oktober 2017
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Sakliste
Protokoll fra styremøte 29. september 2017

SAK 62/2017 GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Oslo, den 19. oktober 2017

Gunnar Bovim
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Protokoll

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	29. september 2017
Dato møte:	29. september 2017 kl 10.00 – 12.40 på Radiumhospitalet, Oslo
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

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

Forfall: Berit Kjøll; Svein Stølen

Til stede fra administrasjon: Bjørn Erikstein, Morten Reymert, Morten Meyer, Lisbeth Sommervold m.fl.

Tilstede ellers: observatør fra brukerutvalget og publikum

Sak 53/2017 Godkjenning av innkalling og sakliste

Vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Sak 54/2017 Rapport per 2. tertial 2017

Vedtak:

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

Sak 55/2017 Status forbedring av drift

Vedtak:

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

Sak 56/2017 Tilleggsdokument til Oppdrag og bestilling

Vedtak:

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

Sak 57/2017 Eierskap i selskaper

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 58/2017 Konsernrevisjonsrapport 6/2017

Vedtak:

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

Sak 59/2017 Oppfølging styresaker per 1. halvår 2017

Vedtak:

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

Sak 60/2017 Plan for styrets arbeid

Vedtak:

Styret tar saken tl orientering.

Sak 61/2017 Administrerende direktørs orienteringer

Vedtak:

Styret tar saken tl orientering.

Sak 62/2017 Godkjenning av protokoll fra styremøte 29. september 2017

Vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 29. september 2017.

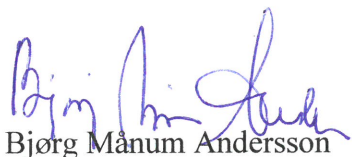


Gunnar Bovim
styreleder



Anne Carine Tanum
nestleder

Berit Kjøll
sett



Bjørg Månun Andersson



Else Lise Skjæret-Larsen



Aasmund Magnus Bredeli



Svein Erik Urstrømmen

Svein Stølen
sett

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 26. oktober 2017

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

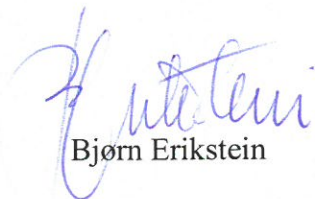
Vedlegg: 1. Tabellvedlegg - månedsrapport september 2017
2. Oppfølging fra Ledelsens gjennomgang per 2. tertial

SAK 63/2017 RAPPORT PER SEPTEMBER 2017

Forslag til vedtak:

Styret tar rapportering per september, inkludert oppfølging fra Ledelsens gjennomgang per andre tertial 2017 til orientering.

Oslo den 19. oktober 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.

Denne saken er utvidet med oppfølging fra administrerende direktørs møteserie med klinikkene etter august, Ledelsens gjennomgang.

2. Sammendrag

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

- I september var gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter 68 dager. Dette er en reduksjon på 4 dager sammenlignet med samme periode i 2016.
- For pasienter som venter på utredning/behandling var gjennomsnittlig ventetid per utgangen av september 58 dager. Dette er en reduksjon på 10 dager fra samme periode i 2016.
- Antall fristbrudd av ventende pasienter per utgangen av september var 49. Dette er 19 høyere enn rapportert på samme tidspunkt i 2016.
- Antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer per utgangen av september var 37 mot 115 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.
- Registert aktivitet innenfor somatikken er hittil i år 0,2 prosent høyere enn budsjettert og økt med 2,1 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 budsjettert for døgnvirksomhetene mens den polikliniske aktiviteten er noe lavere enn budsjettert.
- Den polikliniske aktiviteten innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er om lag som planlagt. Det samme gjelder for antall utskrevne pasienter mens antall liggedøgn er noe lavere enn budsjettert.
- Rapportert økonomisk resultat etter september 2017 viser et overskudd på 159,7 millioner kroner, mot et budsjettert overskudd på 187,5 millioner kroner. Dette gir et negativt budsjettavvik på 27,8 millioner kroner.

- Gjennomsnittlig antall brutto månedsverk i 2017 til og med oktober var 18 856. Dette er en økning på 362 fra samme periode i 2016. Av økningen på 362 månedsverk gjelder 79 årsverk ordinær drift og 284 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 august da sykefravær rapporteres med 2 måneders forsinkelse) har vært 7,1 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 september og oppdaterte prognoser for 2017 er gjennomgått i møter med alle klinikkene de siste dagene.

Administrerende direktør er bekymret for at flere av de kliniske klinikkene fortsatt har store negative budsjettavvik, men ser samtidig at det er flere av klinikkene som ligger an til å nå et resultat som budsjettet. Når det gjelder gjennomføring av tiltak for å effektivisere driften er gjennomføringsgraden noe økt de siste månedene, men den er fortsatt for lav. For sykehuset samlet er vurderingen at det på nåværende tidspunkt ikke er grunnlag for å endre vurderingen av sykehusets samlede økonomiske risiko for innenværende år slik styret ble informert om i september. Det ble da meldt en risiko for et negativt 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 innenværende år. Et svakere økonomisk resultat i 2017 enn budsjettet vil imidlertid redusere sykehuset finansieringsevne i de nærmeste årene.

For å begrense den økonomiske risikoen innenværende 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 innenværende 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.

Det er i tillegg gjennomført egne møter med alle klinikkene etter 2. tertial. Denne oppfølgingen er oppsummert i vedlegg 2 og har spesielt vært rettet mot intern styring og kontroll av resultater innen andre områder. Dette gjelder blant annet forløpstid i pakkeforløp, forekomst av uønskede hendelser, sykehusinfeksjoner, bruk av pasienttilbakemeldinger, bruk av nasjonale kvalitetsregistre og indikatorer, oppfølging etter revisjoner, pasient- og pårørendeopplæring, avvikshåndtering, forbedringsarbeid i klinikken, forskning, innovasjon og utdanning. Gjennomgående leverer klinikkene gode resultater selv om det alltid vil være noe som kan forbedres.

4. Oppfølging fra Ledelsens gjennomgang per 2. tertial

Den overordnede oppgaven for Oslo universitetssykehus i 2017 er å gjennomføre de lovpålagte oppgavene innen pasientbehandling, forskning, utdanning og pasientopplæring. Sentralt i oppdraget er oppgaven med å sikre en bærekraftig utvikling på en slik måte at sykehuset kan gjennomføre den pasientbehandlingen som er nødvendig for å holde ventetidene nede og unngå fristbrudd.

Helseforetakets handlingsplan 2017 supplert med nye føringer fra eier og eksterne myndigheter, er lagt til grunn for ledelsens gjennomgang 2. tertial. Ledelsens gjennomgang ble holdt i september med hver klinikkleder, tilhørende klinikkstab og avdelingsledelse. Fokus var virksomhetsstyring, status måloppnåelse på utvalgte deler av handlingsplan 2017 og nye resultatforventninger. I forkant av tertialmøtet hadde klinikkene månedlig rapporteringsmøte med aktivitets- og økonomirapportering. Ledelsens gjennomgang må derfor ses i sammenheng med månedlig resultatrapporteringer til styret. Utviklingen i klinikkens aktivitet og ressursbruk rapporteres i ukentlige møter med gjennomgang av «min rapport», i månedsoppfølging med direktørens stab og i ledelsens gjennomgang. Ventelistedata, fristbrudd, operasjonsaktivitet, poliklinisk aktivitet, bemanning, inntekts- og kostnadskontroll har hatt spesielt fokus i ukes- og månedsoppfølgingene. I ledelsens gjennomgang /tertialmøtene er oppmerksomheten rettet mot intern styring og kontroll av resultater innen andre områder. Dette gjelder blant annet forløpstid i pakkeforløp, forekomst av uønskede hendelser, sykehusinfeksjoner, bruk av pasienttilbakemeldinger, bruk av nasjonale kvalitetsregistre og indikatorer, oppfølging etter revisjoner, pasient- og pårørendeopplæring, avvikshåndtering, forbedringsarbeid i klinikken, forskning, innovasjon og utdanning.

5. Tilgjengelige helsetjenester

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

5.1. Status ventetider

I oppdragsdokumentet for 2017 har Helse Sør-Øst RHF stilt krav om at gjennomsnittlig ventetid innenfor somatikken skal være under 60 dager. Innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det satt som mål at gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 45 dager. I september var gjennomsnittlig ventetid for alle avviklede pasienter 68 dager. Dette er en reduksjon på 4 dager sammenlignet med samme periode i 2016. Innenfor Klinikkk for psykisk helse og avhengighet var gjennomsnittlig ventetid til avvikling i september 47 dager.

For pasienter som venter på utredning/behandling var gjennomsnittlig ventetid per utgangen av september 58 dager. Innenfor Klinikkk for psykisk helse og avhengighet

var gjennomsnittlig ventetid for ventende 29 dager. Samlet er dette en reduksjon på 10 dager fra samme tidspunkt i 2016.

Klinikkene tilbakemelder at årsaken til økt ventetid til avvikling de to siste måneder skyldes ferieavvikling og redusert kapasitet i juli og august, samtidig er ventetid for ventende nokså 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.

5.2. Status langtidsventende (ventet 12 måneder eller mer)

Per utgangen av september var antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer 37. Sammenlignet med samme periode i 2016 er det en reduksjon på 115 langtidsventende. Det er flest langtidsventende innenfor fagområdene øye og plastikkirurgi. De fleste av pasientene innenfor disse fagområdene har lang ventetid grunnet medisinske årsaker. Langtidsventende fra alle fagområder skyldes generelt mangelfull kvalitetssikring av ventelistedata.

5.3. Status fristbrudd

Per utgangen av september var det 49 fristbrudd for ventende pasienter. Sammenlignet med samme tidspunkt i 2016 er dette en økning på 19 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.

5.4. Sykehusinfeksjoner

I ledelsens gjennomgang har det vært fokusert på sykehusinfeksjoner eller helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI). Den nasjonale målsettingen er at «andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn 4,7 prosent» mens det regionale målet er mindre enn 3 prosent. Sykehusinfeksjoner måles som forekomst av de fire vanligste infeksjonene: urinveisinfeksjon, nedre luftveisinfeksjon, postoperative sårinfeksjoner og septikemi – på et gitt tidspunkt i forhold til totalt antall innlagte pasienter på samme tidspunkt.

Det er gjennomført to prevalensundersøkelser i 1. halvår av 2017 på datoene 15. februar og 10. mai. Ledelsens gjennomgang i september la til grunn interne prevalensmålinger på de nevnte datoene. Prevalensmålingene viste en spredning fra 25 prosent i Akuttklinikken, ca. 9 prosent i Ortopedisk klinikk, ca. 8 prosent i Medisinsk klinikk og til null prosent i Kvinneklinikken. De fleste klinikkene befinner seg på et nivå mellom 3 prosent opp til 7 prosent. I gjennomgangen med klinikkene framkom det betydelig variasjon mellom alle avdelingene. Hyppigst

forekommende sykehusinfeksjoner finnes i de tyngste kirurgiske enhetene og i enheter som har pasienter med alvorlige luftveissykdommer.

Ved vurdering av resultatene må en ta i betraktning at resultatene på foretaksnivå påvirkes lettere av tilfeldige faktorer. En høy eller lav forekomst betyr ikke nødvendigvis at kvaliteten av forebyggende tiltak er dårlig eller god, og endring mellom målinger er ikke nødvendigvis signifikante endringer.

5.5. Antibiotikastyring

Regjeringens har som mål at norske sykehus reduserer bruken av utvalgte bredspektrede antibiotikum med 30 prosent innen 2020. Ønsket er å redusere resistensutviklingen mot antibiotika. I 2016 startet Helse Sør-Øst arbeidet med å innføre antibiotikastyringsprogram (ASP) ved alle sykehusene i regionen og Oslo universitetssykehus kom i gang mot slutten av året. Oslo universitetssykehus blir målt på bruken av fem utvalgte bredspektrede antibiotikum. Disse er: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, kinoloner og piperacillin/tazobaktam. Klinikkenes bruk av oppgitte antibiotika vil bli fulgt opp framover i ledelsens gjennomgang. Resultatene ved utgangen av 2. tertial viser samlet en positiv nedgang i Oslo universitetssykehus HF.

5.6. Epikrisetid

Det er et nasjonalt mål at 100 prosent epikriser for døgnpasienter skal være sendt innen 7 dager. Andel epikriser sendt innen 7 dager inngår i ukentlig rapportering gjennom «Min rapport». I ledelsens gjennomgang har det ikke bare vært fokusert på målsettingen epikrisetid, men også status for enhetlig praksis og kvalitet i epikrisenes innhold jamfør nasjonal standard «den gode epikrise». Den nasjonale standarden beskriver minstekrav til medisinskfaglig informasjonsinnhold og hvilke informasjonselementer som alltid skal være med ved utforming av epikrise. I ledelsens gjennomgang ble kom det fremat det benyttes svært mange lokale varianter av epikrisemaler i sykehuset uten at det var anledning til å gå nærmere inn på deres innholdsmessige kvalitet. En vurdering av sykehusets epikrisekvalitet vil derfor være aktuelt å utlede nærmere i en revisjon.

5.7. Pakkeforløp for kreftpasienter

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

Kreftpasienter registrert i pakkeforløp	Per august 2017		Per september 2017	
	Antall nye kreftpas.	Andel i pakkeforløp	Antall nye kreftpas.	Andel i pakkeforløp
OA1 Nye kreftpasienter i pakkeforløp	3 109	69 %	3 352	69 %
Innfrielse av forløpstid	Antall forløp	Andel innen forløpstid	Antall forløp	Andel innen forløpstid
OF4K Kirurgisk behandling	1 377	66 %	1 561	66 %
OF4M Medikamentell behandling	511	59 %	593	60 %
OF4S Strålebehandling	328	46 %	374	47 %
OF4O Overvåking uten behandling	135	45 %	146	46 %
OF4 Samlet alle behandlingsformer	2 351	61 %	2 674	61 %

Hittil i 2017 er andelen kreftpasienter registrert i pakkeforløp 69 prosent, det vil si nær det nasjonale målet på 70 prosent. Per utgangen av september er ikke standard forløpstid innfridd for noen av behandlingsformene på sykehusnivå.

Indikatorresultatene fra pakkeforløp for kreft ble diskutert i ledelsens gjennomgang med alle relevante klinikker og hovedtrekkene er oppsummert i eget kapittel. Hovedbildet når det gjelder utvikling av forløpstider er at mange av pakkeforløpene er på et stabilt, tilfredsstillende nivå når det gjelder totaltid fra start pakkeforløp til start behandling. Det er særlig innen prostataforløp, brystkreft og gynekologisk kreft at sykehuset har utfordringer og ikke gode nok resultater. For de to sistnevnte har det vært særskilte utfordringer med operasjonskapasiteten i løpet av sommermånedene, mens for prostatakreft er utfordringene mer sammensatt. Forløpsledelsen i de aktuelle pakkeforløpene vil bli fulgt opp tettere, utviklingen i forløpene vurdert og tiltak etablert i samråd med Driftsstyret for kreft.

5.8. Generelt om nasjonale kvalitetsindikatorer

Helsedirektoratet publiserte 31. august nye indikatorer og oppdaterte resultater på 66 eksisterende kvalitetsindikatorer. Hovedmengden av resultatene omfattet nye målinger innen pakkeforløp for kreft, se også foregående punkt.

Helsedirektoratets rapport inneholdt også publisering av ulike infeksjonsindikatorer. Det dreier seg om postoperative infeksjoner, dype og organ/hulromsinfeksjoner etter ulike typer kirurgi og oppfølging av infeksjoner 30 dager etter kirurgi innenfor bestemte diagnosegrupper. Oppsummert holder Oslo universitetssykehus et nivå på landsgjennomsnittet når det gjelder nasjonale infeksjonsindikatorer, noen sågar litt bedre enn landsgjennomsnittet og det ses ingen store endringer fra 2015 til 2016.

Det er også sluppet resultater på indikatorer som speiler behandling av sykdom og overlevelse, hyppighet i reinnleggelser, psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og somatiske tjenester generelt. Indikatorene viser en stabil og svakt positiv utvikling, men også noen utilfredsstillende resultater. Disse er beskrevet i vedlegget for ledelsens gjennomgang og følges opp særskilt.

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 beregnet en positiv effekt fra nytt regelverk for 2017 med om lag 700 ISF-poeng for Oslo universitetssykehus HF.

Innenfor somatikken er registrert aktivitet så langt 446 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 2,1 prosent (målt med ISF-regelverket for 2017). I den rapporterte aktiviteten er det inkludert estimat for forventet etterregistrering i klinikkene. Det er variasjoner mellom klinikkene i gjennomføringen av planlagt aktivitet. Klinikkene med størst negativt avvik hittil i år er Medisinsk klinikk og Kvinneklinikken. Disse har også redusert aktivitet fra foregående år. Medisinsk klinikk har blant annet reduksjon i antall ø-hjelpspasienter sammenlignet 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. Isolert for september var imidlertid antall fødsler i 2017 66 flere enn i 2016. Hjerne-, lunge- og karklinikken har den største meraktiviteten i forhold til budsjett som følge av at det er gjennomført et høyt antall operasjoner og transplantasjoner samt at det har vært høy aktivitet innenfor impella og elfysområdet.

Gjennomgang av aktivitetsstatistikk innenfor operasjonsområdet viser at antall operasjoner i perioden januar til september 2017 er økt med 1,6 prosent fra samme periode i 2016, mens knivtid målt i timer er økt med 1,7 prosent. Det har vært størst økning i øyeblikkelig-hjelpoperasjoner. Antall stykninger fra operasjonsprogrammet er i samme periode redusert med 3,6 prosent. De klinikkene som har hatt størst økning i antall operasjoner er Hjerne-, lunge- og karklinikken, Kvinneklinikken og Ortopedisk klinikk.

Tabellen under viser endring i antall DRG-poeng innenfor somatikken ut fra hvor pasientene kommer fra i perioden januar – august 2016 og 2017.

Per 2. tertial	2016	2017	Endring	i %
Østfold SO	9 918	10 763	845	8,5 %
Akershus SO	20 271	20 531	260	1,3 %
Vestre Viken SO	17 388	17 290	-98	-0,6 %
Innlandet SO	12 042	12 347	305	2,5 %
Oslo SO	60 961	62 070	1 109	1,8 %
Telemark SO	5 017	5 197	180	3,6 %
Vestfold SO	7 404	7 479	75	1,0 %
Sørlandet SO	6 725	7 006	281	4,2 %
SUM Helse Sør-Øst RHF	139 726	142 683	2 957	2,1 %
Helse Vest	3 836	4 426	590	15,4 %
Helse Midt-Norge	2 800	3 050	250	8,9 %
Helse Nord	2 617	2 606	-11	-0,4 %
Utlandet/ukjent	1 024	935	-89	-8,7 %
Sum andre regioner/utledninger	10 277	11 017	740	7,2 %
TOTALT	150 003	153 700	3 697	2,5 %

Det er en samlet vekst i antall DRG-poeng for aktivitet utført i Oslo universitetssykehus HF på 2,5 prosent i perioden. Forholdsmessig har det vært større vekst i aktivitet fra andre regioner enn egen region. Veksten i perioden er størst for pasienter fra Helse Vest, hvor det blant annet har vært en økning i antall hjertetransplantasjoner og annen hjertekirurgi. Innenfor Helse Sør-Øst er det pasienter fra Østfold sykehusområde som har økt bruken av Oslo

universitetssykehus HF mest fra 2016 til 2017. Økningen skyldes blant annet økning i antall transplantasjoner og cochleaimplantater.

6.2. Aktivitet psykisk helsevern for voksne

Innenfor voksenpsykiatrien er det hittil i år skrevet ut 413 flere pasienter (30,8 prosent) enn plantall mens antall liggedøgn er 1 135 (2,1 prosent) høyere enn budsjettet. Sammenlignet med 2016 er antall utskrevne pasienter økt med 265 (17,8 prosent), mens antall liggedøgn for døgnbehandling er redusert med 708 (1,3 pst) fra 2016.

For antall polikliniske konsultasjoner rapporteres nå 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 nedenfor. Dette er også lagt til grunn i kommentarene til poliklinisk aktivitet innenfor voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og TSB.

Antall polikliniske konsultasjoner innfor psykisk helsevern for voksne er hittil i år 4,3 prosent (3 268) høyere enn plantall. Det er en økning i antall konsultasjoner fra 2016 til 2017 på 2 367 (3,2 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 1 høyere enn budsjettet og redusert med 3 utskrivninger fra 2016. Antall liggedøgn er 586 (14,2 prosent) høyere enn plantall hittil i år og 751 (18,9 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 659 (27,8 prosent) høyere enn plantall og øket med 633 (26,4 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 0,4 prosent (151 konsultasjoner) lavere enn plantall, mens det er en økning i antall konsultasjoner med 732 (2,2

prosent) fra 2016. Det har over lengre tid vært arbeidet med tiltak på flere områder for å øke antall polikliniske konsultasjoner innenfor barne- og ungdomspsykiatrien. Det arbeides for å besette ledige stillinger, og noen er ansatt og vil tiltre i løpet av de nærmeste månedene. Det er et kontinuerlig arbeid med oppfølging av sykefravær og av enkeltmedarbeidere for å sikre god registreringspraksis av aktivitet. Disse tiltakene 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 50 flere pasienter (2,9 pst) fra døgnbehandling enn plantall. Dette er en økning på 31 utskrivninger (1,8 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 2 pst (382 liggedøgn). Sammenlignet med 2016 er antall liggedøgn redusert med 686 (3,6 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 (29 konsultasjoner) høyere enn budsjettet. Sammenligning med tidligere registreringspraksis viser en økning i antall faktiske konsultasjoner fra 2016 til 2017 økning på 4,2 pst (739 konsultasjoner) fra 2016.

7. Økonomi

7.1. Budsjettert overskudd

Oslo universitetssykehus HF har budsjettert 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 budsjettert 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. Økte pensjonskostnader er imidlertid 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 september 2017 et regnskapsmessig overskudd på 159,7 millioner kroner, mot et budsjettert overskudd på 187,5 millioner kroner. Dette gir et negativt avvik i forhold til budsjett på 27,8 millioner kroner. Isolert for september viser rapporteringen et positivt avvik på 11,1 millioner kroner.

Det er også i september variasjoner i avvik mellom klinikkene. Klinikkenes samlede avvik siste måned viser imidlertid ett resultat nær null. I foretakets samlede resultat for september er det bokført flere forhold fra tidligere perioder som som trekker i ulike retninger. Forhold som bidrar positivt i september er blant annet redusert avsetning til lønnsvekst 2017, etterfakturering av kurdøgn for 2016 (justert grunnlag fra Nasjonalt oppgjørskontor) og avklaring av tidligere uavklarte forpliktelser innenfor pasientreiser. Av forhold som bidrar negativt kan nevnes noe økte kostnadsavsetninger for anlegg under utførelse og noe økt risikoavsetning innenfor ISF-området knyttet til forventet avregning for 2016. I tillegg kan det nevnes at det er avsatt kostnader til Sykehusbygg sitt arbeid med kostnadssplitt av såkalt Fase 2 i bygningsmessige investeringer mv i Oslo universitetssykehus HF (delvis lånefinansierte tiltak for å primært håndtere avvik for fra lov og forskrift). Disse enkeltforholdene har ikke direkte sammenheng med periodens aktivitet og ressursbruk.

Det ble gjennomført oppfølgingsmøter med alle klinikkene forrige uke hvor resultat etter september, status for tiltaksgjennomføring og oppdaterte prognosevurderinger ble gjennomgått. Som en del av tiltaksrapporteringen redegjorde klinikkene spesielt for hvordan det arbeides med å implementere tiltak fra programmet Forbedret drift. Alle klinikkene med negative årsprognoser ble også 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 september		Kommentarer til avvik justert for avvik innenfor øremerkede prosjekter, pensjon og teknisk endring pasientreiser (fra netto til brutto)
	Rapportert avvik	Justert avvik	
Basisramme	18	0	Økt basisramme for å finansiere økte pensjonskostnader.
Aktivitetsbaserte inntekter	31	23	Samlede ISF-inntekter er om lag som budsjettert. Negativt avvik for ISF PHV/TSB. Høyere polikliniske inntekter.
Andre inntekter	165	-1	Noe høyere inntekter enn budsjettert i flere klinikker, blant annet egenandeler og utleie av personell. Økt risikoavsetning ISF trekker ned andre inntekter.
Sum driftsinntekter	214	22	
Lønn - og innleiekostnader	112	-24	Kostnader til lønn (ekskl økte pensjonskostnader) og innleie er om lag 24 mnok høyere enn budsjettert. Det er store variasjoner mellom klinikkene. Klinikkene har per septembeer et akkumulert merforbruk av lønn og innleie på over 110 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 helsetjenester	15	1	Kostnader til kjøp av helsetjenester er høyere enn budsjettert. Dette skyldes delvis endret kontobruk sfa mva-reformen. Avvik må ses i sammenheng med avvik for varekostnader.
Varekostnader mv	20	-35	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	114	-10	Lavere IKT-kostnader enn budsjettert. Høyere kostnader i de fleste klinikkene, herunder energi. Avskrivningskostnadene er høyere enn budsjettert og det er foretatt avsetning for forventet kostnadsføring av Anlegg under utførelse.
Sum driftskostnader	261	-68	
Driftsresultat	-46	-46	
Netto finans	18	18	Datterselskapene bidrar med 17 mnok i positivt avvik.
Resultat OUS	-28	-28	

På enkelte områder er det lagt forutsetninger til grunn for bokførte kostnader/inntekter siden det er usikkerhet knyttet til de løpende inntektene. 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 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 ikke bekreftet noe beløp.

Nærmere om IKT-området

IKT-avdelingen fikk tidlig i 2017 krav om å redusere kostnadene med 50 millioner

kroner. Ved utgangen av september viser årsprognosen for IKT et forventet overskudd på 75 millioner kroner. Dette er i hovedsak knyttet til følgende områder:

- Kostnadsreduksjoner innenfor lokal IKT-avdeling med 8,5 millioner kroner (utsettelse av ansettelse, salg av prosjektjenester, telefoni (ny avtale) og reduksjon av fellesutgifter mv).
- Kostnadsreduksjoner innenfor lokale driftsprosjekter med 10 millioner kroner (ERP mv).
- For høye kostnadsavsetninger i regnskapet for 2016 med om lag 15 millioner kroner.
- Lavere kostnader enn opprinnelig budsjettet knyttet til Sykehuspartner medfører et overskudd på om lag 40 millioner kroner. Dette knyttet både til redusert investeringstakt via Digital fornying med dertil reduserte avskrivningskostnader og reduksjon i bestilling av tjenesteendringer.

7.4. Gjennomføring av tiltak

Klinikkene rapporterer hver måned faktisk effekt av det planlagte tiltak og forventet prognose for 2017. Administrerende direktør følger opp gjennomføringen av tiltakene i egne oppfølgingsmøter med alle klinikkene hver måned. Basert på rapporteringen er det beregnet gjennomføringsprosent per september. Prognosene er basert på klinikkens egne vurderinger. Det er store variasjoner mellom klinikkene når det gjelder realiseringsgrad for gjennomføring av tiltak. Tiltaksrealiseringen er bedret for flere klinikker i august og september sammenlignet med tidligere måneder i 2017. Dette er også i samsvar med positiv utvikling i klinikkvis økonomiske resultater siste måneder. Klinikkene hadde samlet et resultat i samsvar med budsjettkravet for september.

Klinikkene rapporterer per september en prognose for gjennomføring av tiltak på 78 prosent som er uendret fra forrige rapportering. Klinikkene vil fortsatt utfordres på å øke effekten av allerede besluttede tiltak utover i 2017, samtidig som det arbeides med å planlegge å gjennomføre nye tiltak. Det vil i rapporteringen for tiltak for 3. tertial bli vektlagt å rapportere på overhengseffekter fra 2017 til 2018.

7.5. Interne produktivitetsanalyser per 2. tertial 2017

Oslo universitetssykehus HF utarbeider tertialvise produktivitetsanalyser. Analysene lages på klinikk- og avdelingsnivå. Produktiviteten beregnes som et forholdstall mellom aktivitet, målt i form av DRG-poeng, og kostnader målt ved totale driftsutgifter korrigert for anslått lønns- og prisstigning og eventuelle andre endringer for å sikre sammenlignbarhet. Det understrekes at det er usikkerhet om hvorvidt den benyttede pris- og lønnsveksten i beregningene gjenspeiler den faktiske lønns- og prisveksten. For prisvekst er det benyttet forutsatt prisvekst fra statsbudsjettet, mens det for lønnsvekst er benyttet interne beregninger som er ment å hensynte virkningstidpunkt for de ulike oppgjørene. Som følge av merverdiavgiftsreformen fra 1.1.2017 er tallgrunnlaget for 2016 fratrukket beregnet merverdiavgift da det ikke foreligger et regnskap for 2016 eksklusive merverdiavgift. Det gjøres oppmerksom på at dette gjør resultatene noe mer usikre enn tidligere år.

Det utarbeides også parameter for såkalt teknisk effektivitet, det vil si forholdstall mellom aktivitet og årsverk. Produktivitetsanalysene er primært uformet for de

somatiske klinikkene, men det gjøres også vurderinger for de klinikkene som ikke har registrert DRG-aktivitet.

Tall for de to første tertialene i 2017 viser at produktiviteten for somatikken samlet (aktivitet ifht kostnad) var om lag på samme nivå som i 2016. Dette gjenspeiler at aktiviteten (antall DRG- poeng) har økt om lag like mye som kostnadene. Aktiviteten økte med 2,7 prosent, mens kostnadene målt i faste priser er beregnet økt med 2,9 prosent. Tilsvarende analyser er foretatt ved å sammenligne aktivitet i forhold til bemanning, det vil si teknisk effektivitet. For de samme klinikker var aktivitetsøkningen langt større enn bemanningsøkningen (nær 0) hvilket ga en bedring i teknisk effektivitet på 2,3 prosent. Det er flere forhold som gjør at disse beregningene viser forskjellige resultater. Tidligere har disse beregningene vist relativt lik utvikling, mens det i år er større forskjeller. Dette skyldes blant annet økte kostnader medikamenter, varekostnader og implantater mv. På sykehusnivå er det en kun en liten økning i kostnader til innleie av helsepersonell (om lag 12 millioner kroner), og dette antas derfor ikke å gi store endringer på sykehusnivå. Det er imidlertid forskjeller mellom klinikkene, og økt bruk av eksternt helsepersonell kan forklarer forskjellen i produktivitetstallene spesielt for Barne- og ungdomsklinikken.

Det er store variasjoner mellom klinikkene. Tabellen nedenfor viser status for de enkelte klinikkene med tilhørende kommentarer:

Klinikk	Endret PROD (aktivitet vs kostnad)	Endret TEKNISK PROD (aktivitet vs bemanning)	Kommentar
MED	-5,3 %	-2,8 %	Negativ produktivitet utvikling skyldes en nedgang i aktivitet. Klinikken har også hatt en økning i behandlingskostnader blant annet biologiske legemidler brukt i kreft behandling hvor DRG ikke dekker kostnader og behandlingskostnader som for eksempel posedyalyseprodukter hvor DRG ligger sentralt. Disse svekker produktivitet utviklingen.
HHA	3,7 %	6,9 %	Økt positiv produktivitet skyldes i stor grad økning i cochleaoppgraderinger. Reduksjon i innlagte netthinnepasienter trekker den andre veien. Reell teknisk produktivitetvekst er beregnet til omtrent 4,7%
NVR	0,5 %	2,4 %	Produktivitet øker med 0,5 % fra i fjor. NKI som står for 75 % av klinikkens DRG aktivitet har hatt flere tyngre operasjoner som gir betydelig økte varekostnader, uten tilsvarende økt aktivitet (DRG). Dette har negativ innvirkning i produktivitet utvikling. Samtidig har klinikken en arbeidsproduktivitet på 2,4 %. Nevrologisk avdeling har størst forbedring i klinikken
OPK	-1,1 %	4,8 %	Aktivitet økningen har vært på områder der den medfører økte varekostnader.
BAR	-3,1 %	2,7 %	BAR har hatt en økning i aktivitet innenfor behandling av barn over nyfødtperioden (bl.a flere benmargstransplantasjoner og ervervede hjerneskader). Bemanningen er tilnærmet uendret fra 2016, slik at det gir en positiv produktivitet utvikling da DRG-aktiviteten har økt. På kostnadssiden derimot har det vært en betydelig kostnadsøkning (spesielt innleie fra vikarbyrå og medikamenter), slik at produktiviteten er negativ som følge av at kostnadsøkningen er høyere enn DRG-økningen.
KVI	-5,9 %	-4,5 %	Hovedårsaken til redusert produktivitet er redusert DRG. Reduksjonen skyldes færre og mindre kompliserte fødsler (og barn). Hovedforklaringen til forskjellen mellom teknisk produktivitet og kostnadsproduktivitet er en økning i bruk av innleie som ikke er gjenspeilt i årsverk, økninger i varekost ifb med aktivitet økning på gyn og økning i kostnader ifb med behandling av IVF-pasienter i København.
KIT	0,0 %	5,0 %	Aktiviteten har i 2017 økt med 3,5% i perioden. Klinikken har en økt arbeidsproduktivitet på 5,0%, mens produktivitet basert på hele kostnadsbildet er likt som fjoråret. Hovedgrunnene til differansen er økte varekostnader knyttet til operasjonsaktiviteten og implantater, økte kostnader til blodprodukter og økt intern- og eksternt innleie. Det er også økte lønnskostnader på tross av reduksjon i årsverk. Klinikken har redusert sykefravær og har færre ansatte i svangerskapspermisjon.
KRE	-0,2 %	4,0 %	Kreftklinikken har en utvikling i varekostnader som bidrar til en svekkelse i samlet produktivitet. Varekostnadene er økt med 12 % fra 2016. Det er spesielt medikamentkostnader (inkl. H-resept) som viser stor kostnadsøkning. Klinikken har også en stor kostnadsøkning på ECP-behandling i Avdeling for blodsykdommer. Målt mot bemanningsutvikling er utviklingen positiv for både Avdeling for kreftbehandling og Avdeling for blodsykdommer.
HLK	2,7 %	3,9 %	Klinikken har en positiv produktivitet på begge parametre, i hovedsak som følge av større økning i aktivitet enn i kostnader og årsverk.

7.6. Risiko ved gjennomføring av sykehusbudsjettet

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 budsjett rammen. Resultatet til og med september 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. Styringsmålet for Oslo universitetssykehus HF er et overskudd på 250 millioner kroner eller mer. Styret ble i september orientert om at det var en risiko for et negativt 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 budsjettet 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 og har videre bekreftet at de dekker differansen i oppgjøret vedrørende sykehotell, estimert til 6,6 millioner kroner. Korrigerte fakturaer basert på dette er planlagt sendt i løpet av oktober og er så langt ikke inntektsført.
- 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.
- Flere klinikker melder om risiko for noe økte medikamentkostnader i de siste månedene.

Styret er tidligere 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 starter nå, basert på regjeringens forslag til statsbudsjett 2018, en gjennomgang av balansen for Radiumhospitalet. Foretakets vurderinger vil legges frem for revisor.

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.

7.7. 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, periodisert investeringsbudsjett vedtatt av styret, regnskapsførte investeringer ved utgangen av september og avvik mellom budsjetterte og faktiske investeringer. Siste kolonne viser investeringsprognose for 2017.

Ved utgangen av september var regnskapsførte investeringer 238 millioner kroner lavere enn budsjett hittil i år, hvorav anskaffelser av medisinskteknisk utstyr utgjorde 105 millioner kroner.

Investeringspådraget for 2017 forventes å bli lavere enn budsjettet. 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 de såkalte Fase II investeringer til lukking av avvik knyttet til brudd på lov og forskrift på bygg. Disse investeringene finansieres med 70 pst lån fra HOD/Helse Sør-Øst RHF og 30 prosent egenandel (Oslo universitetssykehus HF sin egen likviditet), samlet kalt lånepakken. Ved behandling av statsbudsjettet for 2016 foreslo Regjeringen å gi lån til prosjektet med en øvre låneramme på 1,3 mrd. kroner (2016-kroner), som utbetales i takt med framdriften i prosjektet, samt å utbetale første del av lånet. Dette er siden fulgt opp i statsbudsjettet for 2017. Oslo universitetssykehus HF la i sitt investeringsbudsjett for 2016 og for 2017 (besluttet av styret i desember året før) til grunn at lånepakken skulle brukes til å lukke avvik fra lov og forskrifter i flere bygg enn de utover bygg nevnt i styresak 45/2015 fra Helse Sør-Øst RHF. Helse Sør-Øst RHF har forutsatt at dersom man også legger inn oppgraderinger av bygningene i tillegg til avvikslukking, så skal disse finansieres på annen måte. Dette er fra Oslo universitetssykehus HF side antatt og vurdert å være en liten andel av totalen (30-50 millioner kroner av 1,8 mrd). Helse Sør-Øst RHF har imidlertid engasjert Sykehusbygg HF for å gjennomgå hva de vurderer som nødvendige investeringer for å lukke avvik. Det er så langt ikke endelig konkludert, men vurderingen fra Sykehusbygg HF er at om lag 135 millioner kroner av allerede gjennomførte prosjekter ikke kan finansieres av den nevnte lånepakke, da de mener at de utførte tiltakene ikke kan knyttes til brudd på lov og forskrift.

Oslo universitetssykehus HF mener prinsipielt at foretaket heller ikke skulle dekke de 30-50 millioner kronene nevnt ovenfor, da oppgradering av bygningsmassen også bør kunne finansieres av nevnte lånepakke. Forskjellen i vurderingene utover dette skyldes blant annet uenighet om hvor omfattende tiltak som er nødvendige for å bøte på brudd på lov og forskrift på varig basis (for eksempel er det uenighet om det er nødvendig med sprinkling av sengeposter og andre arealer i bygg 3 og bygg 7 på Ullevål). Blir vurderingene til Sykehusbygg HF stående, må Oslo universitetssykehus HF finne alternativ finansieringskilde for om lag 95 millioner kroner (70 pst av 135 millioner kroner) av allerede gjennomførte investeringer. Tilsvarende problemstilling vil kunne oppstå på fremtidige prosjekter. Dette vil svekke mulighetene for å gjennomføre andre planlagte investeringer i årene framover tilsvarende. Helse Sør-Øst RHF har også lagt til grunn at Oslo

universitetssykehus HF må betale for det arbeidet Sykehusbygg HF har gjort med å vurdere kostnadssplitt i prosjekter tenkt finansiert over lånepakken.

7.8. Likviditet

Periodisert kontantstrømbudsjett for 2017 ble lagt frem for styret i sak 6/2017. Budsjettet innebar et redusert trekk på bevilget driftskreditt med 843 millioner kroner gjennom 2017. Dette er økt med om lag 160 millioner kroner, som i hovedsak forklares med lavere pensjonspremier enn budsjettet og økte driftstilskudd gitt i Prop 129 S (2016-2017) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2017*. Reduserte pensjonspremier innebærer at bevilget driftskreditt reduseres, slik at tilgjengelig likviditetsreserve for Oslo universitetssykehus er uendret. Årsestimatet er imidlertid usikkert, særlig som følge av at finansiering av de såkalte Fase II investeringene ikke er avklart med Helse Sør-Øst RHF.

Ved utgangen av september var benyttet driftskreditt 1 943 millioner kroner, mot justert budsjettet 2 018 millioner kroner. Lavere investeringspådrag enn budsjettet hittil i år har ikke bedret likviditetssituasjonen, delvis fordi forventet delfinansiering av Fase II investeringene ikke er utbetalt fra Helse Sør-Øst RHF, jf de uavklarte forholdene ovenfor, og fordi anskaffelser av medisinskteknisk utstyr i stor grad skal finansieres med nye finansielle leieavtaler.

I andre halvår 2017 blir bevilget driftskreditt redusert med om lag 115 millioner kroner, som følge av at betalbar pensjonspremie delvis finansieres med bruk av premiefondsmidler innestående hos pensjonskassene.

8. Bemanning og sykefravær

8.1. Bemanningsutvikling

Gjennomsnittlig brutto månedsverk per oktober er 18 856. Dette er en økning på 362 månedsverk (2,0 prosent) fra samme periode i 2016.

Av økningen på 362 i gjennomsnittlig brutto månedsverk hittil i år er 79 månedsverk knyttet til internt finansierte månedsverk, mens eksternt finansierte øker med 284 månedsverk. I økningen for månedsverk med ekstern finansiering inngår om lag 220 månedsverk ved Rettsmedisinske fag.

Klinikkene rapporterer at tiltak under rekruttering og ansettelser, kontroll med nyansettelser, ferieavvikling og innleie, arbeides videre med. Det er iverksatt flere tiltak, eksempelvis ser Medisinsk klinikk god effekt i form av redusert innleid arbeidskraft av å konvertere variabelønnede til faste stillinger. Dette er effektivt også i Nevroklinikken per september. Fokus på å avvikle ferievikarer har i år som i fjor gitt effekt og ferievikarer er i stort avviklet per oktober. Imidlertid er det andre forhold som trekker i andre retningen. For eksempel ser man i Klinikk for psykisk helse og avhengighet, til tross for grundig arbeid med planlegging for ferieavvikling, et merforbruk av innleie og variabelønn fordi det ved enheter med døgnbemanning ble en høyere belastning enn normalt med tunge pasienter gjennom sommeren. Flere klinikker trekker også frem sommerutbetaling til legegruppen, avvikling av permisjoner og sykefravær som ekstra kostnadsdrivende.

Under programmet "Forbedring av driften 217-2020" leder HR prosjektene for reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk, forbedret bruk av GAT bemanningsplanlegging, og bruk av variabel lønn. Det er tidligere redegjort for disse innsatsområdene og arbeidet i høst rettes arbeidet mer mot implementering av vedtak i administrerende direktørs ledermøte og planer for gevinstrealisering.

8.2. Sykefravær

Sykefraværet for perioden januar - august 2017 var 7,1 prosent, fordelt på 2,6 prosent korttidsfravær og 4,6 prosent langtidsfravær (avrundet). Den gode trenden en ser i utviklingen i sykefravær fortsetter og i august måned er det totale sykefraværet gått ned til 6,5 prosent. August 2016 var også en måned med godt resultat med 6,6 prosent sykefravær. Oslo universitetssykehus har over tid hatt lavere sykefravær enn gjennomsnittet i Helse Sør-Øst.

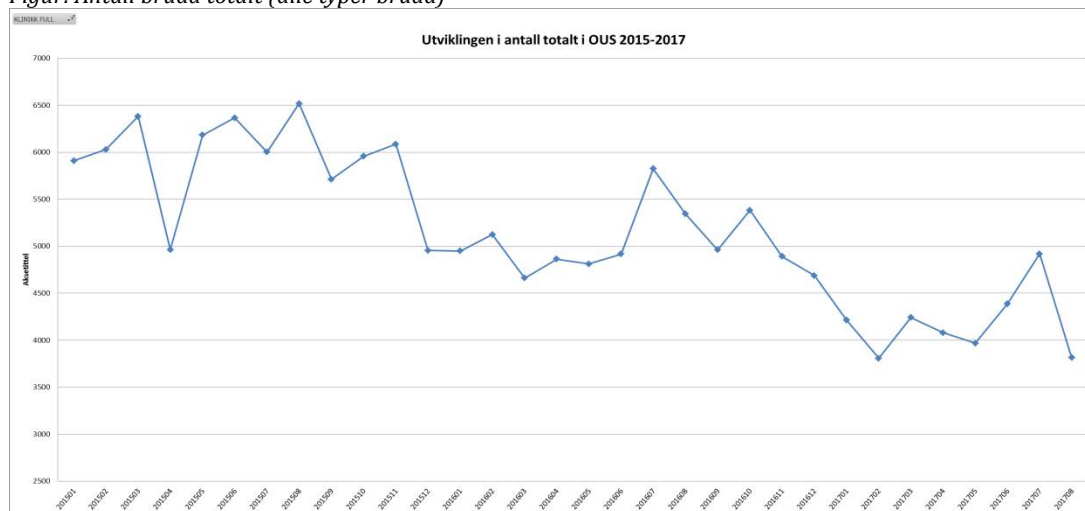
8.3. Brudd på arbeidstidsbestemmelsene

I motsetning til rapportering tidligere år er alle typer brudd tatt med i datagrunnlaget, totalt gjelder dette 13 typer arbeidstidsbrudd. Antall arbeidstidsbrudd i denne fremstillingen vil derfor ligge høyere enn i tidligere styresaker hvor kun de fire vanligste bruddene var tatt med.

Hittil i år (per august) er det registrert 33 425 brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Dette er en nedgang på 17,5 prosent sammenlignet med tilsvarende periode i 2016, og en nedgang på 30,9 prosent fra 2015. Sammenlignes andre tertial 2016 med andre tertial 2017 er nedgangen på 18,2 prosent. Utviklingen måned for måned

tilbake til 2015 viser en kontinuerlig nedgang, med noe sesongvariasjon med en liten økning sommermånedene.

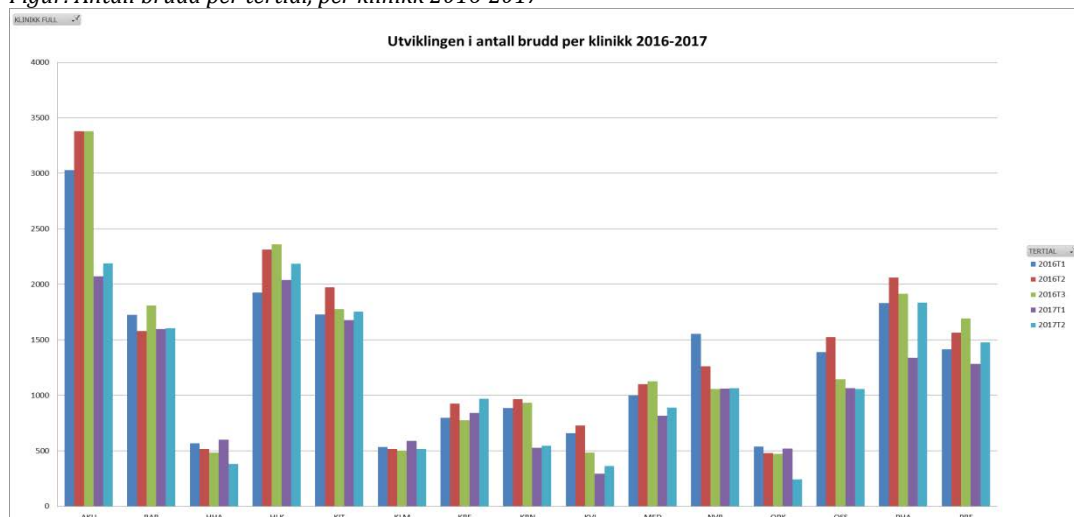
Figur: Antall brudd totalt (alle typer brudd)



Klinikkene rapporterer utfordringer i sommermånedene og god ferieplanlegging kan være en årsak til at det ikke er like store utslag i brudd som tidligere år. Oslo universitetssykehus HF øker betydelig mindre økning i antall arbeidstidsbrudd enn de andres større helseforetakene i Helse Sør-Øst i sommermånedene.

Alle klinikker viser over tid en god utvikling og rapporterer at tiltak som kompetanseheving i bemanningsplanlegging og bruk av GAT, tett oppfølging i utsatte enheter, ferieplanlegging, omlegging av turnus samt ledelsesfokus over tid har gitt gode resultater. Bedre innsikt i årsakene til brudd hos den enkelte avdelingsleder og en forbedret registreringspraksis bidrar også til gode resultater.

Figur: Antall brudd per tertial, per klinikk 2016-2017



Årsakene til brudd er mange og sammensatte. Kompetansekrav i kombinasjon med høy aktivitet er fremdeles hovedårsaken til brudd. Det arbeides med rekruttering og utdanning av spesialkompetanse på utsatte enheter.

Tiltak for å unngå overtid og brudd på arbeidstidsbestemmelsene

Mange av tiltakene som er iverksatt, er av langsiktig karakter og pågår kontinuerlig. Det er tidligere redegjort for tiltak både på foretaksnivå og klinikknivå. Erfaringen til nå er at en målrettet innsats sammen med tett oppfølging og bistand til ledere synes å gi gode resultater. Videre øker kompetanse innen regelverk og oppfølging av arbeidstidsbestemmelser i hele foretaket, og arbeidet med kompetanseheving og oppfølging vil fortsette.

Brudd på arbeidstidsbestemmelsene er fast punkt i klinikkens oppfølgingsmøter og arbeidsmiljøutvalg og rapporteres jevnlig i ledelsens gjennomgang.

Felles rapporteringssystem for Helse Sør-Øst

Oslo universitetssykehus HF har et høyt antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene sammenliknet med andre foretak i Helse Sør-Øst. Men dersom man justerer antall brudd for antall vakter bruddene fordeles på, ligger de aller fleste foretakene på en høyere prosentandel enn Oslo universitetssykehus HF. Det er kun Sunnaas sykehus, Sørlandet sykehus og Østfold som ligger under i antall brudd i prosent av antall vakter.

Helse Sør-Øst RHF arbeider systematisk for å sikre erfaringsutveksling og enhetlig rapportering av arbeidstidsbrudd. Dette har ført til standardisering av rapporter og arbeid med systemforbedring.

Styresak 63/2017 Tabellvedlegg – måned rapport september 2017

Oslo universitetssykehus HF
OUS HF

Rapporteringsperiode: September 2017
(Bemannings tall til og med oktober 2017)

Tabellvedlegg

Rapporten viser enkelte indikatorer for driften ved Oslo universitetssykehus HF

1. Innhold i tabellvedlegg

2. Pasientbehandling

2.1 Aktivitet

2.2 Ventelisteutvikling

2.3 Fristbrudd

3. Økonomi og finans

3.1 Økonomisk resultat OUS

3.2 Økonomisk resultat klinikker

3.3 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/grafar:

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

Andre forkortelser og begrep:

HIÅ: Hittil i år

Status per mnd: Akkumulerte tall

PHV: Psykisk helsevern

VOP: Voksenpsykiatri

BUP: Barne- og ungdomspsykiatri

TSB: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

1. Styringsmål 2017 (fra oppdrag og bestilling)

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

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

Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

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

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

- Mål 2017:
 1. Andelen sykehusinfeksjoner skal være mindre enn i 2016 og under 3 %.
 2. Minst 20% av pasientene med hjerneinfarkt får trombolysebehandling innen 40 minutter etter innleggelse.
 3. Ingen koridorpasienter.
 4. Minst 30% av dialysepasientene får hjemmedialyse.
 5. 30% reduksjon i forbruk av 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)

Oppdatert per 4/10-2017

Periode: SEPTEMBER 2017	Periodens tall				HITTIL I ÅR				Sammenligning 2016	
	Budsjett	Resultat	Avvik	Avvik i %	Budsjett	Resultat	Avvik	Avvik i %	Endring	i %
Klinikk										
Medisinsk klinikk	2 386	2 247	-139	-5,8 %	20 744	19 698	-1 046	-5,0 %	-397	-2,0 %
Hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	2 029	2 067	38	1,9 %	16 602	16 742	140	0,8 %	854	5,4 %
Nevroklubikken	2 310	2 370	60	2,6 %	19 475	19 731	256	1,3 %	674	3,5 %
Ortopedisk klinikk	1 956	1 823	-133	-6,8 %	15 946	15 999	53	0,3 %	677	4,8 %
Barne- og ungdomsklubikken	1 308	1 203	-105	-8,0 %	11 065	10 978	-87	-0,8 %	201	1,9 %
Kvinneklubikken	1 882	1 871	-11	-0,6 %	16 662	15 901	-761	-4,6 %	-549	-3,3 %
Kirurgi, inflammasjonsmedisin og transpl	3 074	3 078	4	0,1 %	25 687	25 941	254	1,0 %	851	3,4 %
Kreftklubikken	2 727	2 613	-114	-4,2 %	23 714	23 863	149	0,6 %	443	1,9 %
Hjerte-, lunge- og karklubikken	3 070	3 244	174	5,7 %	24 327	25 180	853	3,5 %	1 364	5,7 %
Akuttklubikken	234	146	-88	-37,6 %	2 152	1 527	-625	-29,0 %	-595	-28,0 %
Laboratoriemedisin	12	18	6	50,0 %	128	133	5	3,9 %	15	12,7 %
SUM TOTALT	21 007	20 829	-178	-0,8 %	177 600	178 043	443	0,2 %	3 587	2,1 %

- Estimat for forventet etterregistrering er inkludert med 190 DRG-poeng.
- Ved sammenligning med 2016 er 2016-data fremstilt med vektorer og logikk for 2017.

2.1 Aktivitet – psykisk helsevern

Rapporteringsperiode: SEPTEMBER 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 døgnbehandling	183	154	29	18,8 %	1 756	1 343	413	30,8 %	265	17,8 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	5 867	6 003	-136	-2,3 %	53 988	52 853	1 135	2,1 %	-708	-1,3 %
Antall polikliniske konsultasjoner (gammel indikator)	9 195	9 483	-288	-3,0 %	79 290	76 022	3 268	4,3 %	2 538	3,3 %
Justert sammenligning konsultasjoner 2016 - 2017									2 367	3,2 %
Psykisk helsevern - barn og unge										
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	12	15	-3	-20,0 %	114	113	1	0,9 %	-3	-2,6 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	509	514	-5	-1,0 %	4 727	4 141	586	14,2 %	751	18,9 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	576	289	287	99,3 %	3 028	2 369	659	27,8 %	633	26,4 %
Antall polikliniske konsultasjoner (gammel indikator)	4 508	4 841	-333	-6,9 %	34 030	34 181	-151	-0,4 %	413	1,2 %
Justert sammenligning konsultasjoner 2016 - 2017									732	2,2 %
TSB										
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	202	190	12	6,3 %	1 761	1 711	50	2,9 %	31	1,8 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	1 990	2 148	-158	-7,4 %	18 357	18 739	-382	-2,0 %	-686	-3,6 %
Antall polikliniske konsultasjoner (gammel indikator)	2 194	2 198	-4	-0,2 %	18 468	18 439	29	0,2 %	739	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.

2.1 Aktivitet radiologi per modalitet

Vektede aktivitetstall

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

	Vekter (NCRP-vekt)	Mnd 2016	Mnd 2017	HiÅ 2016	HiÅ 2017	%-vis endring 2016-2017 Mnd	%-vis endring 2016-2017 HiÅ
Modalitet		H	H	H	H	H	H
Angio	25,8	6 811	6 398	55 057	57 302	-6,1 %	4,1 %
CT	9,9	58 747	61 667	487 585	505 237	5,0 %	3,6 %
MG	17,3	8 667	12 871	56 190	77 937	48,5 %	38,7 %
MR	16,1	51 198	52 679	408 248	422 883	2,9 %	3,6 %
NM	12,3	6 777	6 679	62 324	59 348	-1,5 %	-4,8 %
PET	37,1	17 252	17 437	148 326	135 304	1,1 %	-8,8 %
RG	1	14 642	14 100	123 658	124 019	-3,7 %	0,3 %
UL	1,9	6 515	6 373	55 495	52 111	-2,2 %	-6,1 %
Totalt		170 609	178 204	1 396 883	1 434 139	4,5 %	2,7 %

H = henvisninger

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

MG = mammografi

NM = nukleærmedisin

RG = konvensjonell røntgen

2.1 Aktivitet avdeling PO/Intensiv

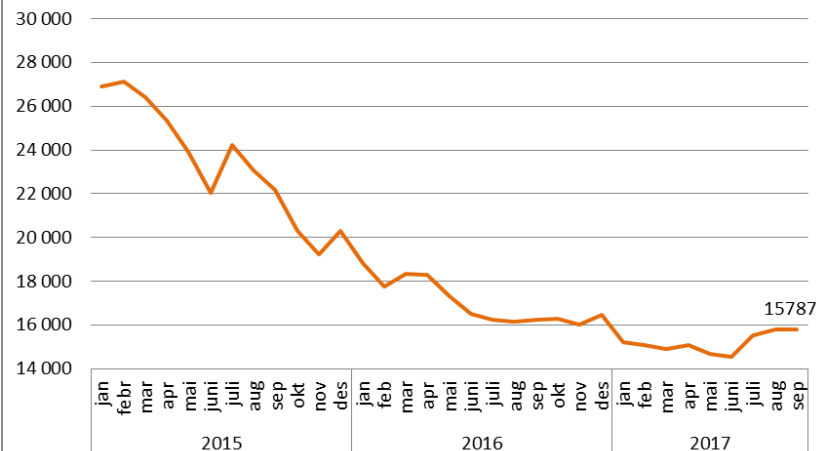
Klinikk	Aktivitet	Sep 2017	Akkumulert aktivitet Sep 2017	Sep 2016	Akkumulert aktivitet Sep 2016	Akkumulert endring 2016-2017	Endring 2016-2017 i %
	Antall intensivpasienter	236	2 283	238	2 356	-73	-3,1 %
	Antall intensivdøgn	1 137	10 507	1 169	10 619	-112	-1,1 %
	Antall respiratordøgn:						
	Barneintensiv, RH	47	615	66	744	-129	-17,3 %
	Generell Intensiv UL	177	1 697	191	1 543	154	10,0 %
	Generell int 1, RH	167	1 576	205	1 844	-268	-14,5 %
	Generell int 2, RH	102	901	122	897	4	0,4 %
	Nevrointensiv, Ullevål	134	1 034	119	1 001	33	3,3 %
	PO, Aker	0	2	-	6	-4	
	PO, Radium	3	38	2	90	-52	-57,8 %
	PO, RH	0	3	-	-	3	
	PO, Ullevål	11	139	9	142	-3	-2,1 %
	SUM Antall respiratordøgn	641	6 005	714	6 267	-262	-4,2 %

2.1 Aktivitet avdeling PO/Intensiv

Klinikk	Aktivitet	Sep 2017	Akkumulert aktivitet Sep 2017	Sep 2016	Akkumulert aktivitet Sep 2016	Akkumulert endring 2016-2017	Endring 2016-2017 i %
Antall PO-pasienter							
	Barneintensiv, RH	78	443	55	388	55	14,2 %
	Generell Intensiv UL	17	154	18	128	26	20,3 %
	Generell int 1, RH	20	170	21	199	-29	-14,6 %
	Generell int 2, RH	34	194	26	240	-46	-19,2 %
	Nevrointensiv, Ullevål	12	82	4	98	-16	-16,3 %
	PO, Aker	548	3 964	548	3 642	322	8,8 %
	PO, Radium	240	2 224	267	2 121	103	4,9 %
	PO, RH	945	7 936	1 040	8 169	-233	-2,9 %
	PO, Ullevål	386	3 597	431	3 550	47	1,3 %
	Sum antall PO-pasienter	2 280	18 764	2 410	18 535	229	1,2 %
Liggedøgn PO-pasienter							
	Barneintensiv, RH	15	106	17	97	9	9,3 %
	Generell Intensiv UL	5	59	7	60	-1	-1,7 %
	Generell int 1, RH	7	48	6	52	-4	-7,7 %
	Generell int 2, RH	9	55	6	69	-14	-20,3 %
	Nevrointensiv, Ullevål	5	36	2	50	-14	-28,0 %
	PO, Aker	96	737	112	719	18	2,5 %
	PO, Radium	54	494	67	509	-15	-2,9 %
	PO, RH	105	906	124	1 020	-114	-11,2 %
	PO, Ullevål	102	1 022	132	1 044	-22	-2,1 %
	Sum antall liggedøgn PO-pasienter	398	3 463	473	3 620	-157	-4,3 %

2.2 Ventelisteutvikling – antall ventende

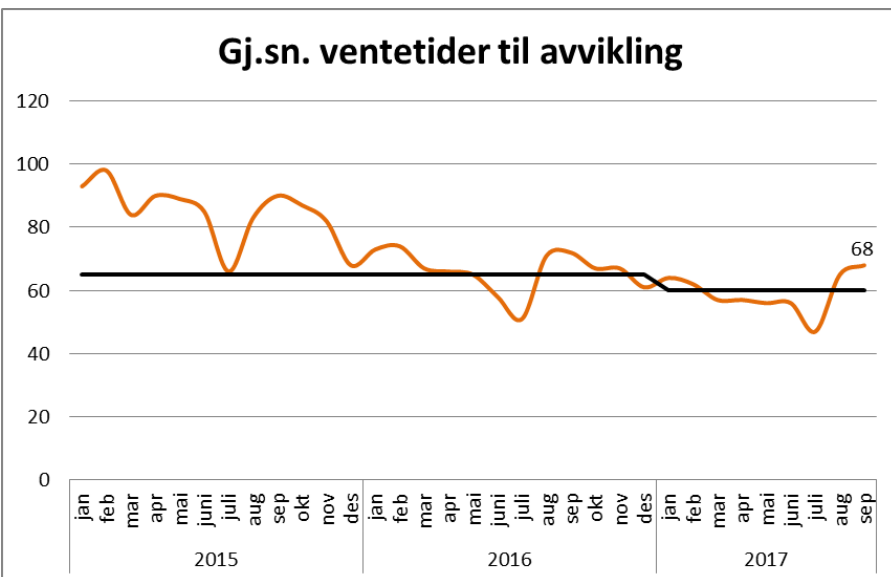
Antall ventende



Antall ventende	2016				2017				Utvikling
	juni	juli	aug	sep	juni	juli	aug	sep	
PHA	489	536	495	476	575	627	464	420	
MED	1 961	2 181	2 236	2 244	2 080	2 270	2 298	2 257	
HHA	2 219	2 287	2 370	2 351	2 287	2 395	2 556	2 465	
NVR	1 524	1 743	1 706	1 754	1 356	1 490	1 593	1 703	
OPK	1 616	1 881	1 883	1 956	1 481	1 653	1 777	1 714	
BAR	716	832	742	675	653	731	643	634	
KVI	1 091	1 283	1 244	1 225	973	955	1 007	974	
KIT	4 747	3 240	3 141	3 276	3 399	3 502	3 468	3 596	
KRE	313	265	311	297	321	337	384	376	
HLK	1 238	1 389	1 392	1 311	677	797	769	778	
AKU	132	141	121	141	148	171	170	170	
KLM	470	468	501	523	585	622	663	700	
Sum klinikker	16 516	16 246	16 142	16 229	14 535	15 550	15 792	15 787	
Diff vs. 2016									-442
Diff %									-3 %

Antall ventende = ikke avviklede henvisningsperioder

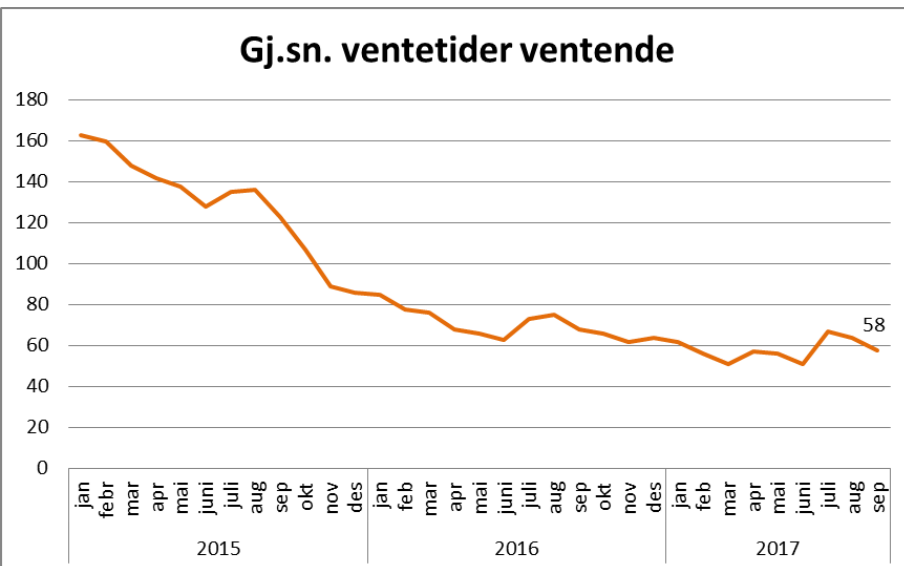
2.2 Gjennomsnittlige ventetider til avvikling



Gj.sn. v.tid til avvikling	2016				2017				Utvikling
	juni	juli	aug	sep	juni	juli	aug	sep	
PHA	41	36	53	45	44	42	56	47	
MED	56	43	71	65	59	44	62	71	
HHA	62	70	82	69	56	41	72	74	
NVR	55	47	73	76	54	41	65	67	
OPK	79	77	92	90	81	74	87	92	
BAR	58	45	92	88	56	40	80	73	
KVI	68	48	69	90	56	41	61	68	
KIT	61	58	68	75	65	60	70	73	
KRE	34	27	34	37	24	27	36	27	
HLK	77	65	113	115	49	45	66	69	
AKU	75	63	76	72	59	73	89	94	
KLM	30	32	35	36	41	29	41	43	
OUS	58	51	71	72	56	47	65	68	
Diff vs. 2016								-4	
Diff %								-6 %	

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

2.2 Gjennomsnittlige ventetider ventende

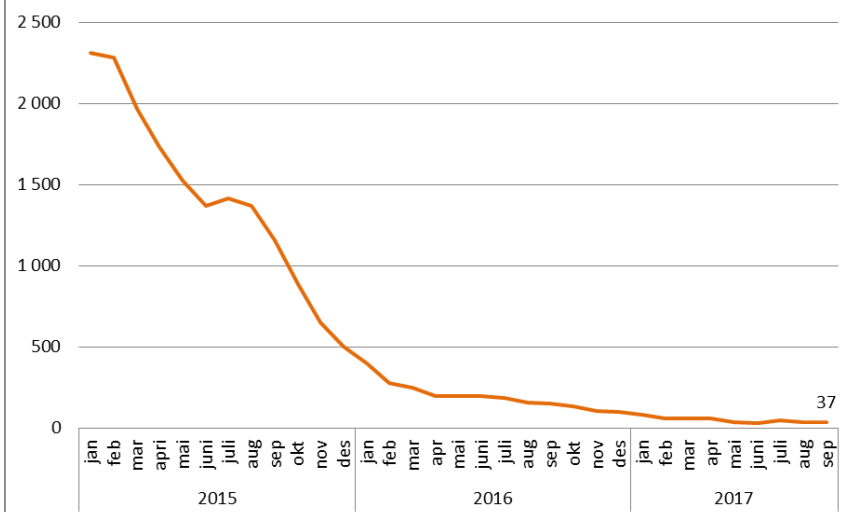


Gj.sn. v.tid ventende	2016				2017				Utvikling
	juni	juli	aug	sep	juni	juli	aug	sep	
PHA	37	44	41	33	33	55	46	29	
MED	47	61	60	56	47	61	61	56	
HHA	81	92	84	71	62	82	77	72	
NVR	42	53	54	47	38	56	50	43	
OPK	103	105	112	112	67	78	79	73	
BAR	57	73	80	64	49	65	62	54	
KVI	49	63	67	55	44	62	57	45	
KIT	66	70	77	70	56	70	69	64	
KRE	26	45	53	44	48	55	31	40	
HLK	69	84	92	92	41	67	60	52	
AKU	40	53	51	35	42	59	62	60	
KLM	31	42	38	32	35	49	48	44	
OUS	63	73	75	68	51	67	64	58	
Diff vs. 2016								-10	
Diff %								-15 %	

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

2.2 Langtidsventende (≥ 12 mnd)

Ventende ≥ 12 mndr.



Antall ventet ≥ 1 år	2016				2017				Utvikling
	juni	juli	aug	sep	juni	juli	aug	sep	
PHA	4	-	1	1	-	3	1	-	
MED	2	1	2	1	-	-	-	-	
HHA	80	80	38	16	19	26	20	22	
NVR	7	3	3	5	1	2	2	2	
OPK	82	72	76	86	4	5	4	3	
BAR	-	-	1	-	-	-	-	-	
KVI	1	1	-	1	1	-	-	1	
KIT	23	25	33	35	3	2	5	5	
KRE	1	3	2	3	2	4	1	1	
HLK	-	1	-	4	-	6	2	2	
AKU	-	-	-	-	-	-	-	-	
KLM	-	-	-	-	-	-	1	1	
Sum	200	186	156	152	30	48	36	37	
Diff vs. 2016								-115	
Diff %								-76 %	

2.3 Fristbrudd

Fristbrudd ordinært avviklede	2016				2017				Andel
	Antall				Antall				
	juni	juli	aug	sep	juni	juli	aug	sep	
PHA	1	-	-	3	-	-	-	1	0,4 %
MED	4	5	5	4	7	2	2	3	0,3 %
HHA	7	10	8	11	10	7	5	6	0,5 %
NVR	5	3	3	9	5	1	1	3	0,4 %
OPK	1	1	1	5	1	2	-	2	0,4 %
BAR	4	2	13	17	3	-	9	9	3,0 %
KVI	1	6	7	6	3	1	6	5	1,0 %
KIT	23	8	11	14	61	27	45	42	3,5 %
KRE	19	10	10	17	15	13	22	14	4,0 %
HLK	2	3	5	4	2	6	7	11	3,3 %
AKU	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0 %
KLM	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0 %
Sum	67	48	63	90	107	59	97	96	1,4 %
Endr fra 2016									6
Endr i %									7 %

Fristbrudd ventende	2016				2017				Andel
	Antall				Antall				
	juni	juli	aug	sep	juni	juli	aug	sep	
PHA	3	-	2	2	-	1	-	-	0,0 %
MED	5	5	1	-	-	2	1	-	0,0 %
HHA	3	4	1	-	2	3	1	8	0,3 %
NVR	2	1	2	7	1	6	5	4	0,2 %
OPK	2	-	1	-	2	-	1	-	0,0 %
BAR	2	4	4	-	-	6	3	1	0,2 %
KVI	-	4	-	-	-	1	1	-	0,0 %
KIT	4	6	9	9	29	56	40	20	0,6 %
KRE	2	4	1	9	3	16	5	13	3,5 %
HLK	1	-	2	3	4	19	7	3	0,4 %
AKU	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0 %
KLM	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0 %
Sum	24	28	23	30	41	110	64	49	0,3 %
Endr fra 2016									19
Endr i %									63 %

Fristbrudd avviklede: Frist var overskredet på tidspunkt for avvikling.

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

3.1 Økonomisk resultat

Tall i hele 1000 kr	Budsjett 2017	September				Hittil i 2017			
		Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %
Basisramme	11 585 683	961 962	959 897	2 066	0,2 %	8 593 316	8 575 005	18 311	0,2 %
Aktivitetsbaserte inntekter	8 155 273	740 443	720 733	19 710	2,7 %	6 106 340	6 075 182	31 158	0,5 %
Andre inntekter	2 435 669	214 185	213 894	291	0,1 %	1 960 033	1 795 068	164 965	9,2 %
Sum driftsinntekter	22 176 625	1 916 590	1 894 523	22 067	1,2 %	16 659 689	16 445 254	214 435	1,3 %
Lønn -og innleiekostnader	15 324 383	1 339 505	1 314 740	-24 765	-1,9 %	11 449 409	11 337 027	-112 383	-1,0 %
Kjøp av helsetjenester	471 052	28 167	39 681	11 514	29,0 %	367 605	353 063	-14 542	-4,1 %
Varekostnader mv	2 409 726	207 460	216 043	8 582	4,0 %	1 806 095	1 786 459	-19 636	-1,1 %
Andre driftskostnader	3 729 312	310 353	305 991	-4 362	-1,4 %	2 901 575	2 787 558	-114 018	-4,1 %
Sum driftskostnader	21 934 473	1 885 485	1 876 454	-9 031	-0,5 %	16 524 684	16 264 106	-260 578	-1,6 %
Driftsresultat	242 152	31 105	18 069	13 036	0,7 %	135 005	181 148	-46 144	-0,3 %
Netto finans	7 848	788	2 765	-1 977	-71,5 %	24 740	6 352	18 388	289,5 %
Resultat OUS	250 000	31 893	20 834	11 059	0,6 %	159 745	187 500	-27 755	-0,2 %

3.1 Kommentarer til resultat per ØBAK-linje

Art_ØBAK	Resultat	Budsjett	Avvik	Kommentarer til de største avvikene
Basisramme	8 535 284	8 516 973	18 311	Avviket gjelder økt basisramme for å finansiere økte pensjonskostnader. Totalt er det tildelt 24,5 mnok for hele 2017.
Kvalitetsbasert finansiering	58 032	58 032	0	
ISF egne pasienter	2 886 747	2 887 949	-1 202	Innen somatikken samlet er aktivitet og tilhørende ISF-inntekter om lag som budsjettert per september. Det er fortsatt negative aktivitetssavik i enkelte klinikker, størst i Medisinsk klinikk og Kvinneklinikken. For pasientadministrerte legemidler er det et negativt avvik på om lag 4,5 mnok som i hovedsak skyldes lavere ISF-inntekt fra de nye legemidlene som ble overført fra folketrygden fra og med 2017. Innen PHA er det et negativt avvik på om lag 3,5 mnok per september.
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	611 851	604 111	7 740	
ISF-refusjon fritt behandlingsvalg	0	0	0	
ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	38 974	42 386	-3 412	
ISF-refusjon pasientadministrerte lege	42 176	48 525	-6 349	
Utskrivningsklare pasienter	2 750	1 499	1 250	Antall utskrivningsklare pasienter er noe høyere enn forventet, derfor også noe høyere inntekt.
Gjestepasienter	483 023	469 418	13 604	Inntekter for pasienter fra andre regioner er om lag 14 mnok høyere enn budsjettert og gjelder i hovedsak dag/døgn- og poliklinisk behandling innen somatikken. Kurdøgnsinntektene for 2017 er om lag som budsjettert, mens PHA har et negativt avvik på 3 mnok. Det er imidlertid etterfakturert kurdøgnsinntekter fra 2016 med 12 mnok.
Salg av konserninterne helsetjenester	1 533 858	1 518 709	15 149	Samlede konserninterne gjestepasientinntekter har et positivt avvik på om lag 15 mnok per september. Innenfor psykisk helse er inntektene om lag 6 mnok lavere enn budsjettert, mens innen somatikken er det positive avvik både når det gjelder dag/døgn- og poliklinisk behandling, samt kurdøgn.
Polikliniske inntekter	506 962	502 583	4 378	De polikliniske inntektene er om lag 4,5 mnok høyere enn budsjett. PHA har et negativt avvik på om lag 2 mnok, Klinikk for Laboratoriemedisin har et positivt avvik på om lag 4,5 mnok og somatikken for øvrig har et positivt avvik på om lag 3 mnok.
Øremerkede tilskudd raskere tilbake	40 305	45 315	-5 010	Det er inntektsført noe lavere inntekter enn budsjettert for Raskere tilbake. Avviket gjelder i all hovedsak Kreftklinikken, men også PHA og Nevroklinikken har negativt avvik.
Andre øremerkede tilskudd	959 719	971 862	-12 142	Inntektene føres i takt med faktisk forbruk (kostnadene).
Andre driftsinntekter	960 008	777 891	182 117	Positivt avvik på 182 mnok gjelder bl.a. tilskudd fra private (som salderes under "andre øremerkede 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	16 659 689	16 445 254	214 435	
Kjøp av off helsetjenester	50 208	32 922	-17 286	Avviket gjelder i hovedsak opptrekkskostnader Cytostatika, samt kjøp av offentlige laboratorietjenester.
Kjøp av private helsetjenester	251 921	269 885	17 964	Kostnadene til kjøp av private helsetjenester er om lag 18 mnok lavere enn budsjettert og gjelder i stor grad lavere kostnader ved kjøp av behandling i utlandet enn budsjettert.
Varekostnader	1 806 095	1 786 459	-19 636	Varekostnadene er 20 mnok høyere enn budsjettert. Det er bl. a. høyere kostnader enn budsjettert vedr kjøp av medikamenter og andre medisinske forbruksvarer. Avvik for varekostnader må delvis ses i sammenheng med avvik for kjøp av offentlige helsetjenester, da blant annet kostnader til kjøp av mv-frie tjenester fra apoteket, som opptrekk av cytostatika bokføres der, men er budsjettert under varekostnader.
Innleid arbeidskraft	154 460	115 698	-38 762	Innleiekostnadene er høyere enn budsjettert og økt med om lag 12 mnok (8 %) fra samme tid i fjor.
Kjøp av konserninterne helsetjenester	65 475	50 256	-15 219	De totale kostnadene til kjøp av konserninterne helsetjenester er om lag 15 mnok høyere enn budsjettert. Avviket gjelder i både innen PHA og somatikken (både kurdøgn og dag/døgn/poliklinikk).
Lønn til fast ansatte	7 879 032	7 915 273	36 241	De samlede lønnskostnadene er om lag 74 mnok høyere enn budsjettert. I resultatet inngår 28,8 mnok i høyere pensjonskostnader enn forutsatt i budsjetttet (se også økt basisramme). Deler av avviket kan relateres til aktivitet med øremerket finansiering. Lønnsrefusjonene er høyere enn budsjettert, men må ses i sammenheng med høyere kostnader til overtid og ekstrahjelp.
Overtid og ekstrahjelp	942 448	791 017	-151 431	
Pensjon	1 671 727	1 642 938	-28 790	
Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft	-556 231	-505 082	51 148	
Annen lønn	1 357 973	1 377 183	19 210	
Avskrivninger	683 127	656 934	-26 193	Avskrivningene er om lag 26 mnok høyere enn budsjettert. Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for ibrukttagelse.
Andre driftskostnader	2 218 448	2 130 623	-87 825	Andre driftskostnader er 88 mnok høyere enn budsjettert. En stor del av aviket gjelder øremerkede midler, som har tilsvarende høyere inntekter. Endret bokføring av kostnader til pasientreiser (fra netto til brutto) etter at budsjetttet var ferdigstilt medfører et avvik på om lag 60 mnok (tilsvarende inntekt under andre driftsinntekter). Avvik knyttet til ordinær drift består av flere mindre avvik på flere poster. Bl.a. høyere energitilgifter enn budsjettert. I aviket inngår også lavere IKT-kostnader enn budsjettert.
Sum driftskostnader	16 524 684	16 264 106	-260 578	
Finansinntekter	-63 169	-51 230	11 939	Positiv netto finans kommer i hovedsak av positive bidrag fra datterselskap (SMOS).
Finanskostnader	38 429	44 878	6 449	
Netto finans	-24 740	-6 352	18 388	
TOTALT	159 745	187 500	-27 755	



3.2 Økonomisk resultat – per klinikk

Rapportering September 2017 tall i hele 1000 kr	September				Hittil i år			
Økonomisk resultat	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Klinikk psykisk helse og avhengighet	-1 852	0	-1 852	-1,0 %	-36 806	0	-36 806	-2,4 %
Medisinsk klinikk	-5 162	0	-5 162	-4,5 %	-38 795	0	-38 795	-3,9 %
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	715	0	715	1,0 %	-23	0	-23	0,0 %
Nevroklippen	-2 452	-30	-2 422	-2,7 %	-16 446	86	-16 532	-2,2 %
Ortopedisk klinikk	-2 669	0	-2 669	-4,6 %	-15 310	0	-15 310	-3,1 %
Barne- og ungdomsklinikken	-3 634	0	-3 634	-3,8 %	-29 459	0	-29 459	-3,6 %
Kvinneklippen	1 418	0	1 418	2,6 %	-20 582	0	-20 582	-4,1 %
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	-2 458	0	-2 458	-2,5 %	-37 215	0	-37 215	-4,4 %
Kreftklippen	3 784	-47	3 832	2,6 %	5 572	177	5 395	0,4 %
Hjerte-, lunge- og karklinikken	6 058	0	6 058	5,8 %	16 984	0	16 984	2,0 %
Akuttklippen	-907	0	-907	-0,6 %	-13 714	0	-13 714	-1,0 %
Prehospital klinikk	7 314	0	7 314	9,4 %	16 420	0	16 420	2,4 %
Klinikk for laboratoriemedisin	-439	0	-439	-0,3 %	1 781	0	1 781	0,1 %
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	150	0	150	0,2 %	-554	0	-554	-0,1 %
Oslo sykehuservice	-212	0	-212	-0,1 %	-4 355	0	-4 355	-0,3 %
Direktørens stab	11 637	0	11 637	9,4 %	71 352	0	71 352	6,1 %
Fellesposter	19 489	16 750	2 739	3,0 %	231 425	175 013	56 412	7,5 %
Konsern	1 112	4 161	-3 049		29 471	12 224	17 247	
Sum OUS	31 893	20 834	11 059	0,6 %	159 745	187 500	-27 755	-0,2 %

3.2 Kommentarer til klinikkens resultater

Klinikk	Avvik i mill kr	Overordnet beskrivelse av avvik
Klinikk psykisk helse og avhengighet	-37	Klinikkens inntekter er 15 mnok lavere enn budsjettert, mens kostnadene er 22 mnok høyere. På inntektssiden 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	-39	Om lag 20 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	0	Klinikken har høyere aktivitet og tilhørende inntekter enn budsjettert, men også høyere varekostnader som følger av høyt aktivitetsnivå. Totalt er klinikken i balanse per september.
Nevroklinikken	-17	Klinikken har noe lavere aktivitet enn budsjettert hva gjelder dag/døgn, mens kurdøgn og poliklinisk aktivitet er høyere. Klinikken har et høyere utgiftsnivå innen lønnsområdet, blodprodukter og pasienthotell enn forutsatt i budsjettert.
Ortopedisk klinikk	-15	Poliklinikkinntektene er høyere enn budsjettert, mens dag- og døgnaktiviteten er akkumulert noe lavere per september. Kostnadssiden har et negativt budsjettavvik som i all hovedsak fordeler seg på lønnskostnader (inkl. innleie) og varekostnader.
Barne- og ungdomsklinikken	-29	Klinikken et negativt resultat hittil i år på 29 mnok som i all hovedsak kan relateres til merforbruk av eksternt innleie og medikamenter, samt noe lavere aktivitet enn forutsatt i budsjettert.
Kvinneklinikken	-21	Klinikken har et negativt avvik på 21 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	-37	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 innleie og tolketjenester også bidrar til det negative resultatet.
Kreftklinikken	5	Klinikken har så langt i år inntekter som er høyere enn budsjettert. Kostnadene til kjøp av helsetjenester er høyere enn budsjettert og gjelder i all hovedsak tjenester fra Sykehusapotekene (opptrekkskostnader).
Hjerte-, lunge- og karklinikken	17	Klinikken har et positivt akkumulert avvik på inntektssiden pga høy aktivitet på om lag 36 mnok. Varekostnadene er om lag som budsjettert, mens lønns- og innleiekostnadene er høyere. Samlet gir dette et positivt avvik på 17 mnok.
Akuttklinikken	-14	Klinikkens negative resultat kan i hovedsak forklares ved lav DRG-aktivitet ved Smerteklinikken, samt merforbruk på varekostnader og lønn/innleie.
Prehospital klinikk	16	Vesentlig høyere driftsinntekter enn budsjettert henger sammen med inntekter fra egenandeler fra HELFO, som føres med bruttobeløp mot tidligere netto (tilsvarende høyere driftskostnader). Driftskostnader for øvrig er om lag som budsjettert, mens det er noe høyere lønnskostnader enn budsjettert.
Klinikk for laboratoriemedisin	2	Klinikken har per september 2 mnok i mindreforbruk. 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. 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 sykehusservice	-4	Klinikken har lavere lønnskostnader enn budsjettert, mens høye energikostnader og kostnader til behandlingshjelpemidler bidrar negativt.
Stab	71	Om lag 57 mnok av avviket kan relateres til lavere kostnader enn budsjettert innenfor IKT-området (forsinkelse i prosjekter mv.) og 14 mnok til øvrig stab (inntekter for utleie av personell mv.).
Fellesposter / konsern mv	74	Datterselskap bidrar positivt med 17 mnok (hovedsakelig SMOS). Fellesposter viser et positivt avvik på 56 mnok (høyere gjestepasientinntekter og oppløsning av avsetning for lønnsoppgjør mv 2016 bidrar positivt).
Samlet avvik	-28	

3.2 Gjennomføring av tiltak

KLINIKK (tall i 1000 kr)	Budsjett tiltak per sept	Effekt tiltak per sept	Gjennomførings- % tiltak pr sept	Årsbudsjett tiltak	Årsprognose tiltak	Gjennomførings- % tiltak årsprognose
PHA	10 600	2 511	24 %	15 900	15 900	100 %
MED	20 069	9 146	46 %	26 778	12 984	48 %
HHA	15 000	13 047	87 %	16 500	18 000	109 %
NVR	17 553	11 380	65 %	24 550	15 460	63 %
OPK	12 550	5 200	41 %	17 800	13 400	75 %
BAR	23 110	9 373	41 %	30 923	14 103	46 %
KVI	4 019	5 655	141 %	6 730	6 725	100 %
KIT	28 150	15 707	56 %	37 667	23 873	63 %
KRE	28 182	24 030	85 %	38 544	37 429	97 %
HLK	18 963	17 283	91 %	25 269	23 727	94 %
AKU	21 360	13 158	62 %	28 069	19 117	68 %
PRE	3 906	5 152	132 %	4 750	5 885	124 %
KLM	27 524	15 928	58 %	37 525	29 635	79 %
KRN	6 195	4 717	76 %	10 486	10 809	103 %
OSS	28 221	23 121	82 %	39 920	33 470	84 %
SUM	265 402	175 409	66 %	361 410	280 516	78 %

3.3 Resultat for datterselskap mv

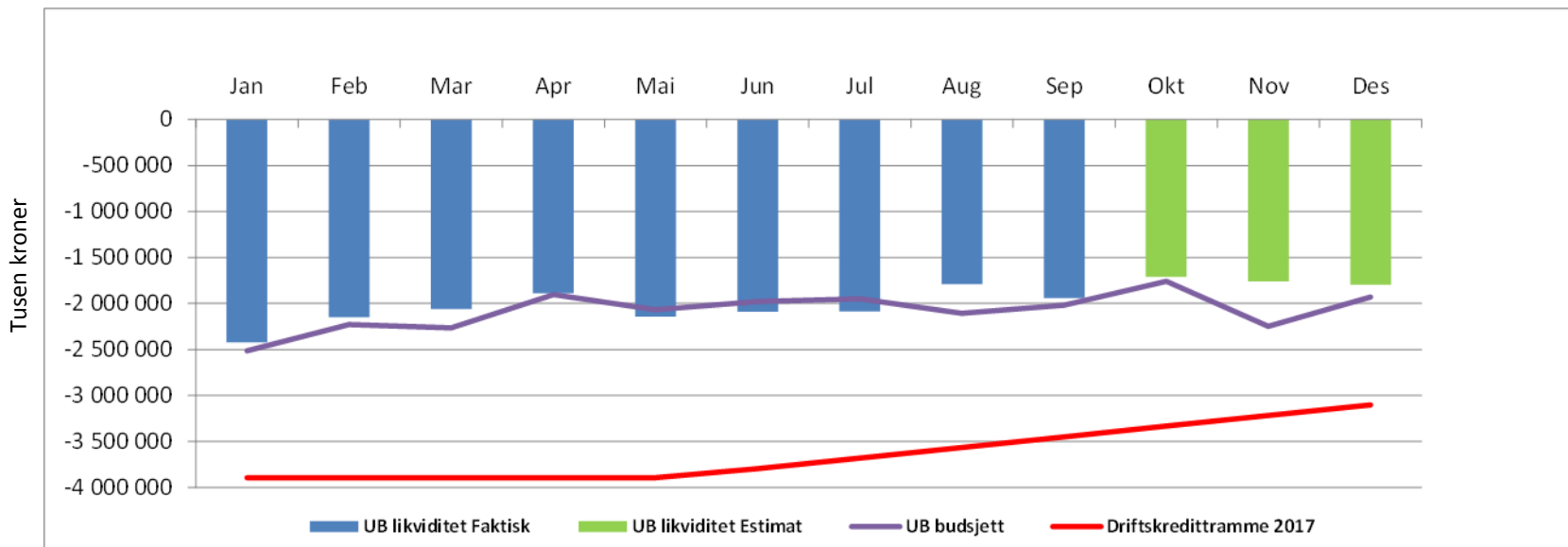
AS'ene i 1 000 kr	Årsbudsjett	Budsjett	Regnskap	Avvik HiÅ
		HiÅ	HiÅ	
Norsk Medisinsk Syklotronsenter AS	-5 500	-3 550	807	4 357
Radpark AS	3 088	2 316	4 030	1 714
Sophies Minde AS	20 678	12 797	23 281	10 484
Sykehotell AS	882	661	1 353	692
Totalt	19 148	12 224	29 471	17 247

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	93	228	156	-105	412
	Bygg	0	9	597	483	-105	756
	Annet	0	1	69	22	-46	37
	Byggelånsrenter			0	0	0	0
	Ufordelt	0	0	0	0	0	27
	Virksomhetsoverdragelse (Rettsmedisin)						45
	<i>Investeringer som balanseføres</i>	128	103	893	661	-256	1 277
	Egenkapital pensjon	0	0	18	49	31	49
	IKT 1)	0	6	21	2	-13	20
	SUM	128	109	932	713	-238	1 346
Finansiert med	Ordinær likviditet	0	23	324	237	-64	392
	Driftsresultat	0	0	94	93	-1	217
	Forskuttering neste års sammenbruddramme	0	0	0	18	18	18
	Fordring på HSØ RHF	0	0	0	0	0	0
	Lån	0	0	360	298	-62	450
	Øremerkede tilskudd	0	0	11	17	6	23
	Finansiell leie	128	87	143	49	-135	201
	Tingsinnskudd ved virksomhetsoverdragelse						45
	SUM	128	109	932	713	-238	1 346

3.5 Likviditet

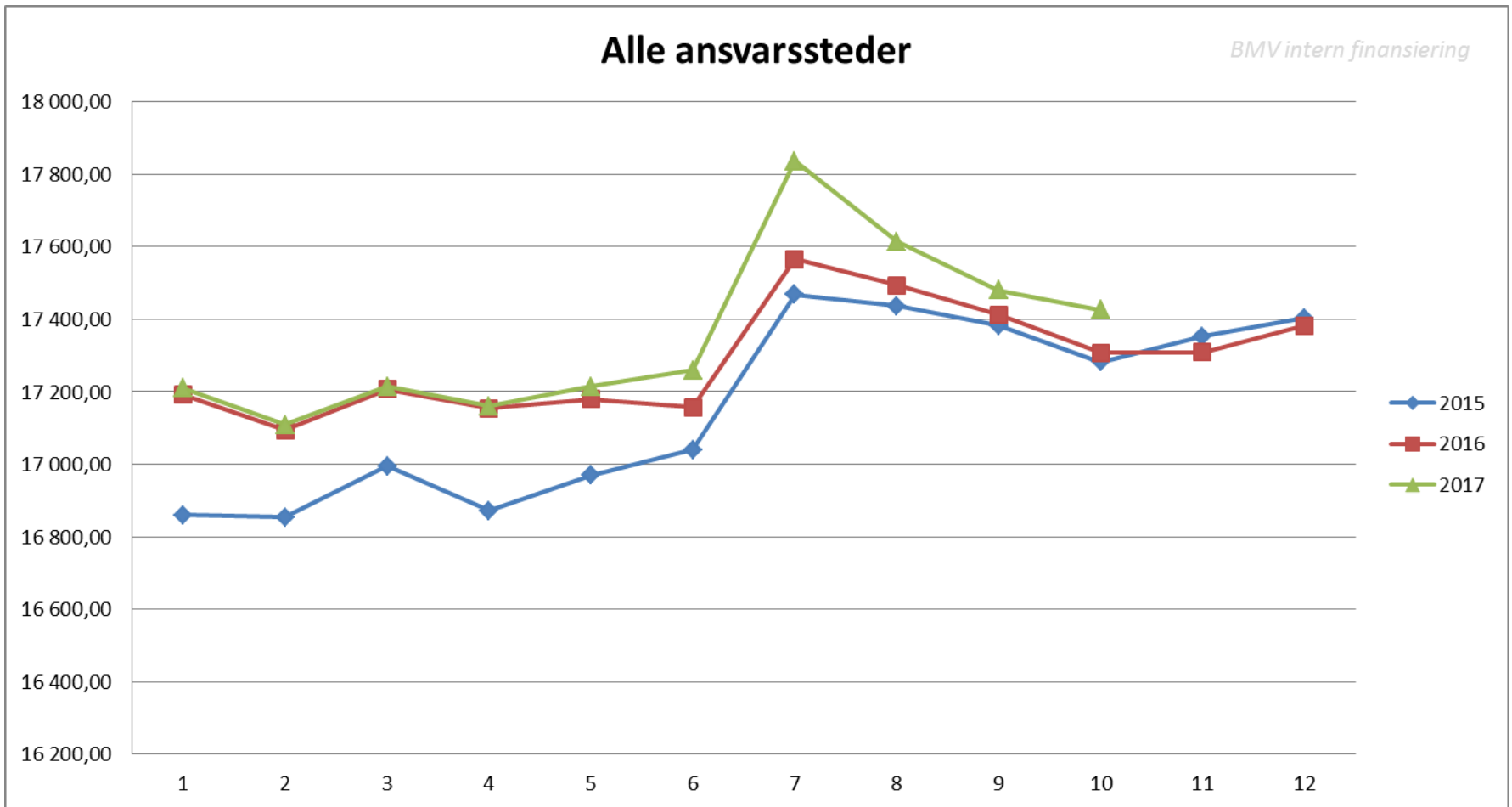
Utvikling likviditet
(utgående saldo ved periodeslutt)



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

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

4.1 Bemanningsutvikling (intern finansiering)



4.2 Bemanningsindikatorer - hovedtall

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF	Denne måned			Hittil i 2017				2017 mot 2016			
	OKTOBER 2017	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr OKTOBER	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ OKTOBER 2017 mot OKTOBER 2016	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Brutto månedsverk, herav:	18 958	18 476	482	18 856	18 557	300	1,6 %	408	2,2 %	362	2,0 %
- internt finansierte	17 426	17 015	411	17 352	17 099	253	1,5 %	119	0,7 %	79	0,5 %
- eksternt finansierte	1 532	1 461	71	1 504	1 458	47	3,2 %	288	23,2 %	284	23,2 %
- månedslønnede	17 706			17 609				433	2,5 %	394	2,3 %
- variabellønnede	1 252			1 248				-26	-2,0 %	-32	-2,5 %
- fast ansatte	14 508			14 407				516	3,7 %	413	2,9 %
- midlertidig ansatte	4 450			4 449				-108	-2,4 %	-50	-1,1 %
Øvrige indikatorer											
Netto månedsverk nasj. ind. (201708)	13 898										
Sykefraværspersent (201708)	6,5										

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			
	OKTOBER 2017	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr OKTOBER	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ OKTOBER 2017 mot OKTOBER 2016	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Funksjonsområde											
Psykisk helse og rus	2 214	2 223	-9	2 227	2 215	12	0,5 %	38	1,8 %	61	2,8 %
Somatiske kliniske klinikker	8 446	8 085	361	8 360	8 121	240	3,0 %	75	0,9 %	14	0,2 %
Medisinske støttefunksjoner	4 694	4 618	76	4 677	4 637	40	0,9 %	83	1,8 %	64	1,4 %
Stab og OSS	2 072	2 088	-16	2 088	2 127	-39	-1,8 %	-77	-3,6 %	-59	-2,7 %
OUS	17 426	17 015	411	17 352	17 099	253	0	119	0	79	0

INTERNT FINANSIERTE	Denne måned			Hittil i 2017				2017 mot 2016			
	OKTOBER 2017	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr OKTOBER	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ OKTOBER 2017 mot OKTOBER 2016	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Klinikk											
AKU	1 780	1 736	44	1 785	1 747	38	2,2 %	55	3,2 %	50	2,9 %
PRE	795	775	20	780	775	5	0,6 %	32	4,2 %	8	1,1 %
PHA	2 214	2 223	-9	2 227	2 215	12	0,5 %	38	1,8 %	61	2,8 %
MED	1 291	1 230	61	1 292	1 248	45	3,6 %	-5	-0,4 %	8	0,6 %
HLK	864	812	52	847	808	39	4,8 %	25	2,9 %	13	1,6 %
KIT	1 013	955	58	997	960	37	3,8 %	-5	-0,5 %	-9	-0,8 %
KLM	1 345	1 329	16	1 338	1 339	-1	-0,1 %	-0	0,0 %	2	0,2 %
KRE	1 367	1 314	53	1 351	1 318	33	2,5 %	9	0,6 %	-13	-0,9 %
KRN	774	778	-4	774	776	-2	-0,3 %	-4	-0,5 %	4	0,5 %
KVI	669	649	21	670	659	11	1,7 %	7	1,1 %	2	0,3 %
NVR	906	852	54	889	850	40	4,7 %	13	1,4 %	17	1,9 %
OPK	614	589	25	610	589	21	3,5 %	5	0,8 %	-5	-0,8 %
HHA	762	743	19	751	744	7	1,0 %	14	1,9 %	1	0,1 %
BAR	959	942	18	954	945	8	0,9 %	14	1,4 %	-1	-0,1 %
OSS	1 859	1 873	-14	1 880	1 912	-32	-1,7 %	-76	-3,9 %	-53	-2,7 %
DST	213	215	-2	208	215	-7	-3,2 %	-1	-0,4 %	-6	-2,7 %
OUS	17 426	17 015	411	17 352	17 099	253	1,5 %	119	0,7 %	79	0,5 %

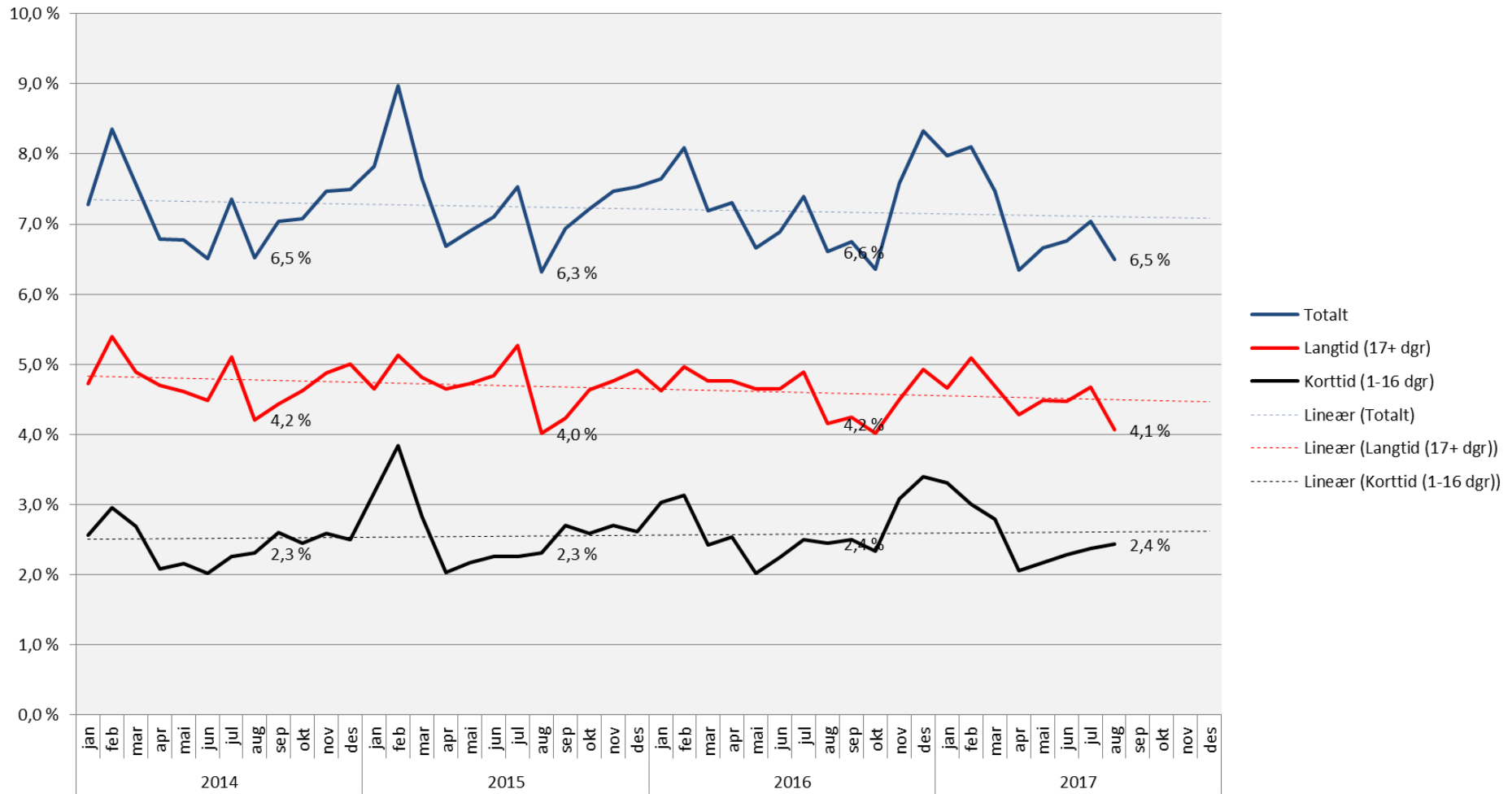
4.3 Månedsværk fordelt på stillingskategorier

Alle ansvarssteder

Brutto månedsværk ekskl eksternt finansiert	Forrige periode	Denne periode	Hittil 2016	Hittil 2017	2017 mot 2016				Stillingskategoriernes gjennomsnittlige andel		
	SEP 2017	OKT 2017	Pr. OKT 2016	Pr. OKT 2017	Δ OKT 2017 mot OKT 2016	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring	Andel 2016	Andel 2017	Relativ endring
	(1) Administrasjon/Ledelse	2 865	2 860	2 871	2 857	4	0,1%	-14	-0,5%	16,6%	16,5%
(2) Pasientrettede stillinger	1 546	1 479	1 480	1 502	41	2,8%	22	1,5%	8,6%	8,7%	1,0%
(3) Leger	2 489	2 505	2 432	2 472	64	2,6%	40	1,7%	14,1%	14,2%	1,2%
(3a) Overleger	1 536	1 547	1 488	1 524	56	3,8%	35	2,4%	8,6%	8,8%	1,9%
(3b) LIS-leger	896	900	895	898	-2	-0,2%	3	0,3%	5,2%	5,2%	-0,1%
(3c) Tumorleger	-	-	-	-	-	0,0%	-	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
(4) Psykologer	282	286	275	285	6	2,2%	10	3,5%	1,6%	1,6%	3,1%
(5) Sykepleier	6 007	6 055	5 964	6 002	24	0,4%	38	0,6%	34,5%	34,6%	0,2%
(6) Helsefagarbeider/hjelpepleier	508	508	526	512	-12	-2,2%	-14	-2,7%	3,0%	3,0%	-3,1%
(7) Diagnostisk personell	1 496	1 480	1 443	1 473	25	1,7%	29	2,0%	8,4%	8,5%	1,6%
(8) Apotekstillinger	1	2	2	2	0	8,0%	-0	-9,2%	0,0%	0,0%	-9,6%
(9) Drifts/teknisk personell	1 442	1 434	1 512	1 456	-69	-4,6%	-56	-3,7%	8,8%	8,4%	-4,1%
(10) Ambulansepersonell	610	581	551	565	38	7,0%	15	2,7%	3,2%	3,3%	2,3%
(11) Forskning	233	235	220	225	-3	-1,4%	5	2,3%	1,3%	1,3%	1,9%
(99) Ukjente	1	1	0	1	1	0,0%	1	677,1%	0,0%	0,0%	673,7%
Alle stillingsgrupper	17 481	17 426	17 276	17 352	119	0,7%	76	0,4%	100,0%	100%	0,0%

4.3 Utvikling sykefravær

Utvikling sykefraværsprosent 2014-2017



4.4 Sykefravær per klinikk

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

4.4 Sykefravær per klinikk

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

Definisjoner årsverksindikatorer

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



1 Innledning	3
2 Ledelse og kvalitetsforbedring i virksomhetsstyringen	4
2.1 Revisjoner.....	4
2.2 Sykehusinfeksjoner.....	7
2.3 Antibiotikastyring.....	9
2.4 Kvalitetsindikatorer	10
2.5 Riktig medisinsk koding.....	12
2.6 Epikriser med kvalitet - i tide	13
2.7 Unødvendig venting og variasjon	14
2.8 Pakkeforløp for kreft.....	16
2.9 I trygge hender – tavler for pasientsikkerhet og daglig risikostyring.....	17
2.10 Mini-metodevurdering.....	20
3 Pasienter og pårørende	21
3.1 Opplæring.....	21
3.2 Samvalg i behandlingen.....	22
3.3 Barn som pårørende.....	23
3.4 Ungdomshelse.....	24
3.5 Brukerundersøkelsen	25
4 Arbeidsmiljø	27
5 Kommunikasjon og profilering	29
6 Forskning, innovasjon og utdanning	31
6.1 Forskning.....	31
6.2 Innovasjon.....	35
6.3 Utdanning.....	37

1 Innledning

Med ledelsens gjennomgang ønsker sykehusledelsen å sikre god virksomhetsstyring og resultatoppnåelse i forhold til oppdrag, mål og resultatindikatorer. Videre skal ledelsens gjennomgang sikre at kvalitetssystemet inklusiv HMS og miljøstyring regelmessig gjennomgås for å påse at systemet og kvalitetselementene fungerer hensiktsmessig, er tilstrekkelige og effektive.

I september ble sykehusets samlede risikovurdering og ulike resultater fra pasientbehandling og pasientsikkerhet ved utgangen av 2. tertial presentert for styret i vedlegg til styresak 54/2017, og gjentas ikke i denne saksframstilling. Alle resultater og vurderinger gjort i denne styresaken må ses i sammenheng styresak 54/2017.

Ledelsens gjennomgang tar utgangspunkt i sykehusets kjerne- og støtteprosesser. Kjerneprosessene er sykehusets lovpålagte oppgaver innen pasientbehandling, forskning og innovasjon, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende. Med støtteprosesser menes medisinske- og helsefaglige støttefunksjoner, samhandling med andre deler av helsetjenesten, økonomi, HR og personal, teknisk infrastruktur og andre støttefunksjoner.

I tillegg skal ledelsens gjennomgang ha et blikk for ulike systemelementer i kvalitetssystemet. I ledelsens gjennomgang 2. tertial var det særskilt fokus på implementeringen av nytt antibiotikastyringssystem og fagmiljøenes anvendelse av resultater fra nasjonale kvalitetsindikatorer til forbedring av pasientbehandlingen. Nye resultater fra nasjonale indikatorer ble publisert 31. august 2017.

Ledelsens gjennomgang ble holdt i alle klinikker i løpet av september og klinikkleder, klinikkstab og avdelingsledelse var til stede sammen med administrerende direktør og stabsdirektører. I møtene ble ulike temaer fra sykehusets handlingsplan 2017 gått igjennom og data /resultater ble presentert og kommentert på klinikk og avdelingsnivå. Ledelsens gjennomgang gir sykehusledelsen god styringsinformasjon om aktivitet og måloppnåelse i sykehuset og en mulighet til å tydeliggjøre eventuelle behov for økt innsats slik at virksomheten når ønskede resultater.

Sykehusets modell for god virksomhetsstyring legges til grunn for oppfølgingen av aktivitet og resultater i klinikkene. I det følgende presenteres noen utvalgte emner.

2 Ledelse og kvalitetsforbedring i virksomhetsstyringen



Figur 1. Sykehusets modell for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll

2.1 Revisjoner

Internrevisjonen ved Oslo universitetssykehus HF skal på vegne av Administrerende direktør kontrollere at det er etablert og gjennomføres tilfredsstillende intern styring og kontroll i linjen. Revisjonsområdene blir prioritert på bakgrunn av risikoanalyser og aktualitet (Styresak 29/2017). Linjeledelsen har et selvstendig ansvar for å utøve internkontroll i eget ansvarsområde. Ved revisjonsfunn skal linjeledelsen påse og følge opp at tiltak som iverksettes, bidrar til forbedringer. Alle klinikker skal etablere planer for klinikkvise interne revisjoner i 2017. Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst utfører interne revisjoner i alle foretakene i Helse Sør-Øst. Konsern revisjonens rolle og ansvar følger av Helseforetakslovens § 37a som beskriver at Konsernrevisjonen skal «gjennom en systematisk og strukturert metode og avgivelse av bekreftelse, skal bidra til forbedringer i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring». Fra 2010 har det vært et praktisk samarbeid mellom Konsernrevisjonen og Oslo universitetssykehus HF gjennom regelmessige møter for å sikre god ressursutnyttelse og en best mulig dekning av revisjonsområder.

I perioden har sykehusets interne revisjonsteam (Internrevisjonen) planlagt og utført:

- to interne revisjon innen området «henvisninger og ventelister»
- en intern revisjon på området «Personvern og informasjonssikkerhet»

I tillegg har Konsernrevisjonen har gjennomført «IKT forvaltning av programvare lisenser».

Revisjoner utført av Internrevisjonen i dette tertial

Ledermøtebehandling	Revisjonstema	Revisjons Enhet	Funn	Status 2.tertial 2017
Desember 17	Henvisning og ventelister – Ikke møtt	Urologisk avdeling KIT	6 avvik	Frist for utarbeidelse av handlingsplan var den 6. oktober. Ingen påstartede tiltak er dokumentert i REV17-0090
	Ad hoc revisjon innen forskning vedrørende NORSTIM prosjekt	Tidligere Psykosomatisk avdeling NVR	6 avvik	

Tabell 1. Revisjoner utført av internrevisjonen i Oslo universitetssykehus HF 2. tertial 2017

Oppfølging av tidligere internrevisjoner

Ledermøtebehandlet	Revisjonstema	Revisjons Enhet	Funn	Status 2.tertial 2017
Januar 2017	Henvisning og ventelister – «ventelistejuks»	Nevrologisk avdeling NVR	6 avvik	
Sentralt kvalitets Utvalg	Tilberedning av legemidler	5 klinikker	14 avvik	
April 17	Systematisk HMS	Stab og 4 klinikker	6 avvik nivå 1	
Ledermøte 16.2.-16	Medisinsk koding	Stab og 4 klinikker	4 avvik på nivå 1	Alle tiltak etter revisjonsfunnene er iverksatt. Ikke videre oppfølging av revisjonen
Ledermøte 23.5-17	Personvern og informasjonssikkerhet – Questback	Hele OUS	8 avvik	
	Personvern og informasjonssikkerhet – STORK Groruddalen	Medisinsk klinikk	12 avvik	
	Personvern og informasjonssikkerhet – NORKOG forskningsbiobank	Medisinsk klinikk	8 avvik	

Tabell 2. Oppfølging av tidligere internrevisjoner

Revisjoner utført av Konsernrevisjonen i dette tertiale

Styremøte behandlet	Revisjonstema	Revisjons Enhet	Funn/ Anbefaling	Status 2.tertial 2017
26.9.17	IKT forvaltning av programvare lisenser	OUS	Ingen	

Tabell 3. Revisjoner utført av Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst 2 . tertial 2017

Revisjoner utført av Konsernrevisjonen som er styrebehandlet i dette tertiale

Styremøte behandlet	Revisjonstema	Revisjons Enhet	Funn/Anbefaling	Status 2.tertial 2017
4.5.17	Legemidler: i hvilken grad det er etablert tilfredsstillende intern styring og kontroll knyttet til anvendelse av nye, kostbare legemidler i OUS	Kreftklinikken og Oslo sykehusservice	At helseforetaket formaliserer deler av internkontrollen i noe større grad.	Ikke videre oppfølging av revisjonen

Tabell 4. Revisjoner utført av Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst som er styrebehandlet i andre tertial

Tidligere revisjoner utført av Konsernrevisjonen

Styremøte behandlet	Revisjonstema	Revisjons Enhet	Funn/Anbefaling	Status 2.tertial 2017
Sak 7/2017	Tiltaksarbeid etter tidligere revisjoner utført av konsernrevisjonen: 1:Inngår oppfølging av revisjoner og tilsyn i helseforetakets etablerte system for intern styring og kontroll, og følges tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen opp av styret og helseforetaket?	Oslo universitets Sykehus	Flere anbefalinger.	Handlingsplan er fulgt opp og «godkjent»
	2: Har helseforetaket lagt til rette for at revisjoner utført av konsernrevisjonen bidrar til læring og forbedring, og vet helseforetaket om det har skjedd en varig forbedring i forhold til de anbefalinger som er gitt?		Flere anbefalinger	Handlingsplan er under oppfølging og er nærmest godkjent. Må vurderes over lengre tid for å vurdere effekt

Styremøte behandlet	Revisjonstema	Revisjons Enhet	Funn/Anbefaling	Status 2.tertial 2017
17.april 2016	Tilgjengelige helsetjenester Tilgjengelighet handler om å gi pasientene behandling innenfor det tidsrommet som blir bestemt av medisinskansvarlig lege gjennom ulike deler av pasientforløpet.	Oslo universitets Sykehus (KIT, OPK, MED)	Mangler ved plan- og oppfølgingsprosessene, risikovurderinger, styringsinfo vedrørende aktivitet, ressurser og kapasitet, ansvar, oppgaver og myndighet mellom linje og stab, og ansvar i stab var ikke tilstrekkelig koordinert	Handlingsplan følges opp og er «innbakt i» eksisterende styrende prosesser og tiltakene vurderes å ha tilstrekkelig effekt Ikke videre oppfølging av revisjonen

Tabell 5. Oppfølging av tidligere revisjoner utført av Konsernrevisjonen i Helse Sør-øst

Vurdering av funn ved interne revisjoner er gjort av de oppnevnte revisjonsteamene. Oppfølging av revisjonsfunn er gjort av revisjonsleder og fagrevisor – en vurdering av hvordan tiltaksoppfølgingen har vært i linjen.

I disse vurderingene er «feiltrinn» mulig. Det arbeides nå med hvordan det er mest hensiktsmessig å vurdere om funnene bidrar til læring og forbedring, og hvordan det kan stadfestes at varig forbedring har skjedd. Viktige spørsmål i dette arbeidet er:

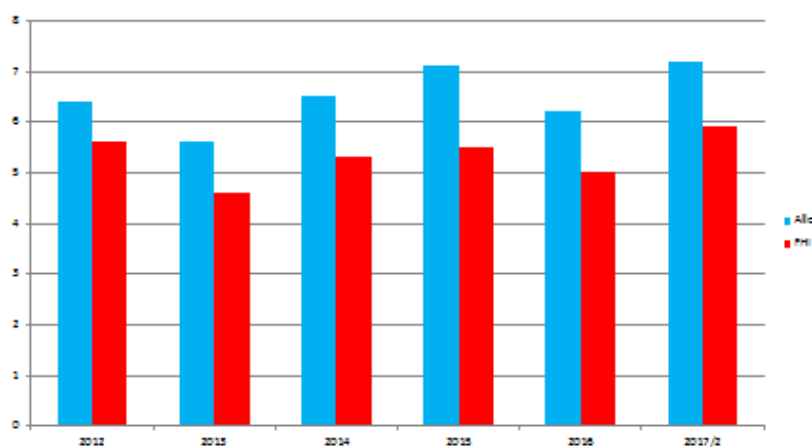
- Hva er effektmålet?
- Hva skal oppnås?
- Hvordan skal dette bekreftes?
- Hvordan vet en at det fungerer?
- Hva er tilstrekkelig effekt?

2.2 Sykehusinfeksjoner

I ledelsens gjennomgang har det vært fokusert på helsetjenesteassosierte infeksjoner, også kalt sykehusinfeksjoner. Den nasjonale målsettingen er at «andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn 4,7 prosent». Regionalt mål er at sykehusinfeksjoner er mindre enn 3 prosent. Den nasjonale kvalitetsindikatoren måler antall påviste helsetjenesteassosierte infeksjoner (sykehusinfeksjoner) – av de fire vanligste: urinveisinfeksjon, nedre luftveisinfeksjon, postoperative sårinfeksjoner og septikemi – på et gitt tidspunkt i forhold til totalt antall innlagte pasienter på samme tidspunkt.

Det er gjennomført to prevalensundersøkelser i første halvår 2017 (15. februar og 10. mai). Ledelsens gjennomgang i september la til grunn sykehuset interne prevalensmålinger på de nevnte datoene. Resultatene viste en spredning fra 25 prosent i Akuttklinikken, ca. ni prosent i Ortopedisk klinikk, ca. åtte prosent i Medisinsk klinikk og til null prosent i Kvinneklinikken. De fleste klinikkene befinner seg mellom tre og syv prosent.

Helsetjenesteassosierte infeksjoner ved OUS 2012 – 2017/6



Figur 2. Forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner i OUS

I alle klinikkene framkom det betydelig variasjon mellom avdelingene. Hyppigst forekommende sykehusinfeksjoner finnes i de tyngste kirurgiske enhetene og i enheter som har pasienter med alvorlige luftveissykdommer.

Ved vurdering av resultatene må en ta i betraktning at resultatene på sykehusnivå påvirkes lettere av tilfeldige faktorer. En høy eller lav forekomst betyr ikke nødvendigvis at kvaliteten av forebyggende tiltak er dårlig eller god, og endring mellom målinger er ikke nødvendigvis signifikante endringer. Dette gjelder for alle de fire infeksjonsformene som måles.

Som kjent er prevalensundersøkelser ikke noen god indikator på risiko, og er lite egnet til sammenligning mellom sykehus eller avdelinger. Eksempelvis vil infeksjoner og antibiotikabruk på en intensivavdeling ofte være et resultat av hendelser på andre avdelinger. Men de gir grunnlag for prioritering av smittevernarbeidet, og for å sammenligne enheter med seg selv over tid. Insidensregistrering gir et bedre uttrykk for risiko. I tillegg til den pålagte insidensregistreringen av infeksjoner etter 5 definerte kirurgiske prosedyrer, har OUS derfor siden høsten 2016 etablert insidensregistrering av helsetjenesteassosierte blodbaneinfeksjoner, og har som mål å bruke dette i systematisk kvalitetsforbedring.

Kreftklinikken vil følge opp den nasjonale målsettingen og innføre tiltak for forebygging og skjerpede smittevernrutiner i alle aktuelle enheter i tråd med klinikkens egen handlingsplan.

Under prevalensundersøkelsene ble det også registrert antall pasienter med pågående antibiotikabehandling. Resultatene følges opp videre.

2.3 Antibiotikastyring

Regjeringens Handlingsplan mot antibiotikaresistens har som mål at norske sykehus skal redusere bruken av utvalgte bredspektrede antibiotika med 30 prosent fra 2012 – nivået innen 2020. Ønsket er å redusere resistensutviklingen mot antibiotika.

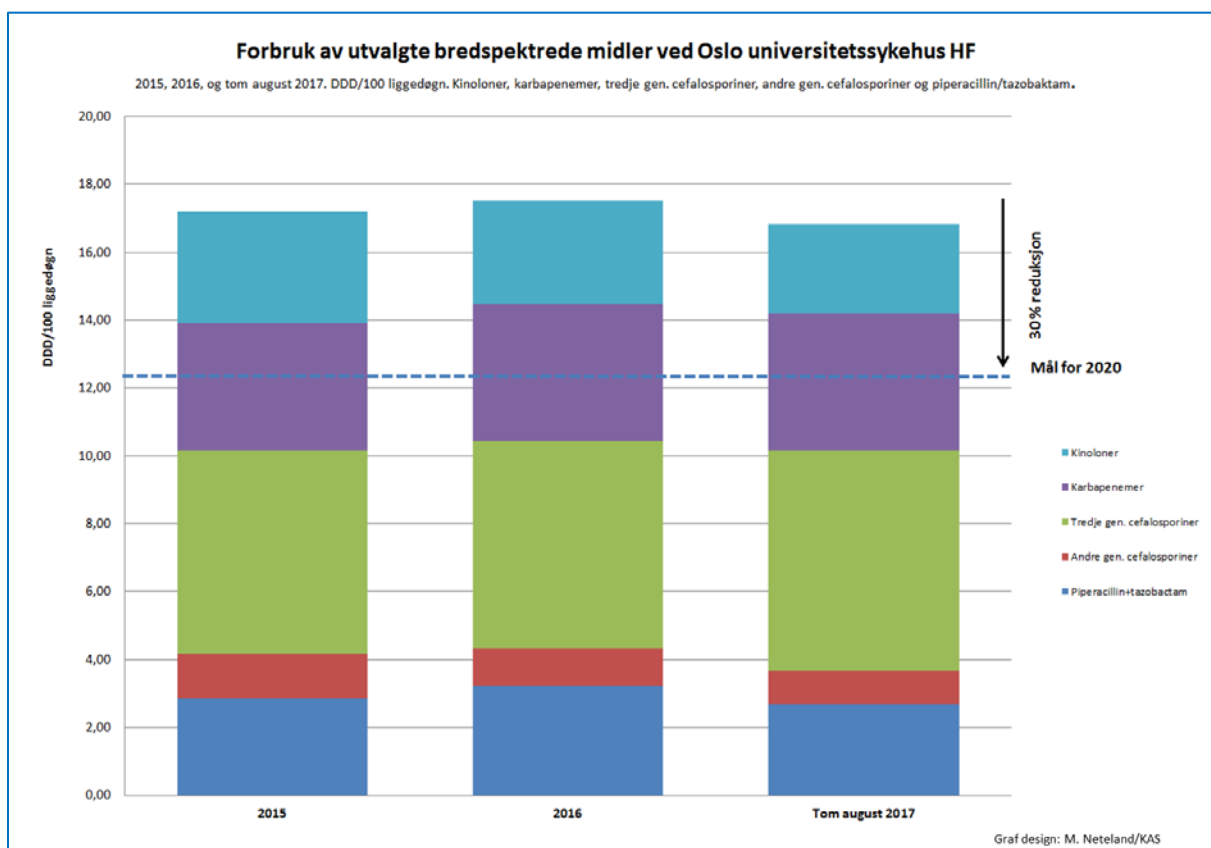
I 2016 startet Helse Sør-Øst RHF arbeidet med å innføre antibiotikastyringsprogram ved alle sykehusene i regionen.

Antibiotikastyringsprogram i sykehuset har følgende fokusområder:

1. Implementering av eksisterende nasjonale og lokale retningslinjer
2. Vurdering av deeskalering på basis av lab-svar (ett-tre døgn)
3. Riktig lengde på kurer
4. Kartlegge egne data fra de forskjellige avdelingene

Sykehuset vil bli målt nasjonalt på bruken av fem utvalgte bredspektrede antibiotika: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, kinoloner, og piperacillin/tazobaktam».

Figur 3 viser at sykehuset har en nedgang i bruken av de fem utvalgte antibiotikatyperne:



Figur 3. Forbruk av utvalgte bredspektrede midler ved Oslo universitetssykehus HF

Det tas forbehold om at sommermånedene kan ha lavere forbruk enn normalt.

Ved tertialoppfølgingsmøter i september ble det stilte følgende spørsmål om antibiotikastyring til klinikkene:

1. Er antibiotika tema på daglig styringstavle og/eller på previsitt ved seksjonene i klinikken?
2. Gjøres det en revurdering av pasientenes antibiotika-regime etter 3. dag?
3. Har din klinikk tatt i bruk forbruksrapporter i arbeidet med antibiotikastyring?
4. Hvordan arbeider antibiotikakontaktene for å oppnå ønsket forbedring?
5. Følges antibiotika-styringsprogrammet opp i lokale kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg?

Tre klinikker unnlot å svare på spørsmålene. Fire klinikker svarte positivt på bruk av daglig styring/previsitt og revurdering av antibiotikabehandling etter 3 dager. Tre klinikker benytter forbruksrapportene aktivt mens en klinikk svarte at de bruker kvalitetsregistre. Seks klinikker svarte at antibiotikakontaktene er i gang med fordringsarbeid. Fem klinikker svarte at antibiotikastyring skal behandles i klinikkens lokale pasientsikkerhetsråd.

I det videre arbeid vil Antibiotikateamet å ha større fokus på implementering; bruk av daglig styringstavler, og at førstelinjeleder og sykepleiere engasjeres mer for å stille spørsmål om plan for antibiotikabruk og seponering på daglige styringsmøter, pre-visitter og legevisitt.

2.4 Kvalitetsindikatorer

Helsedirektoratet publiserte 31. august 2 nye kvalitetsindikatorer – herunder «selvbestemt abort gjennomført medikamentelt eller kirurgisk» som er aktuell for spesialisthelsetjenesten. Rapporten inneholdt 25 reviderte kvalitetsindikatorer og oppdaterte resultater på 66 eksisterende kvalitetsindikatorer.

Hovedmengden av resultatene omfattet nye målinger innen pakkeforløp for kreft. Indikatorresultatene fra pakkeforløp for kreft ble diskutert i ledelsens gjennomgang med alle relevante klinikker og hovedtrekkene er kort omtalt i eget avsnitt. I tillegg vil resultatene bli fulgt opp i Driftsstyret for kreft. I det følgende presenteres et knippe av øvrige indikatorresultater.

I august-publiseringsen kom det også nye resultater på «infeksjoner i operasjonsområdet innen 30 dager» etter by-pass operasjon, hemi-hofte operasjon, total hofte operasjon, keisersnitt, koloninngrep og kolecystectomi. De fleste infeksjons-resultatene i Oslo universitetssykehus HF er som for landsgjennomsnittet, og noen er sågar bedre. Postoperative infeksjoner etter keisersnitt holder seg stabilt lavt på rundt 3,0 og 3,1 %, mens landet for øvrig ligger på 4 %. Det er for enkelte pasientgrupper små tall, stor tilfeldig variasjon i antall pasienter behandlet og ingen store endringer fra tidligere målinger.

Resultatene for 30 dagers overlevelse etter innleggelse (uansett årsak) er som følgende:

30-dagers overlevelse etter innleggelse på sykehus	År 2010	År 2011	År 2012	År 2013	År 2014	År 2015	År 2016
Hele landet	94,6	94,6	94,7	95,0	95,2	95,2	95,4
Helse Sør-Øst RHF	94,4	94,5	94,3	94,7	95,1	95,1	95,1
Oslo Universitetssykehus HF	94,8	94,7	94,8	95,3	95,3	95,2	95,2

Tabell 6. 30 dagers overlevelse etter innleggelse (uansett årsak)

Resultatene på 30 dagers overlevelse etter hjerneslag er som for landsgjennomsnittet

30-dagers overlevelse etter hjerneslag	År 2010	År 2011	År 2012	År 2013	År 2014	År 2015	År 2016
Hele landet	86,3	86,5	86,6	86,8	87,3	87,3	87,7
Helse Sør-Øst RHF	85,4	86,3	85,9	85,8	86,5	86,5	87,1
Oslo Universitetssykehus HF	85,2	84,9	85,1	84,9	85,4	86,0	87,1

Tabell 7. 30 dagers overlevelse etter hjerneslag

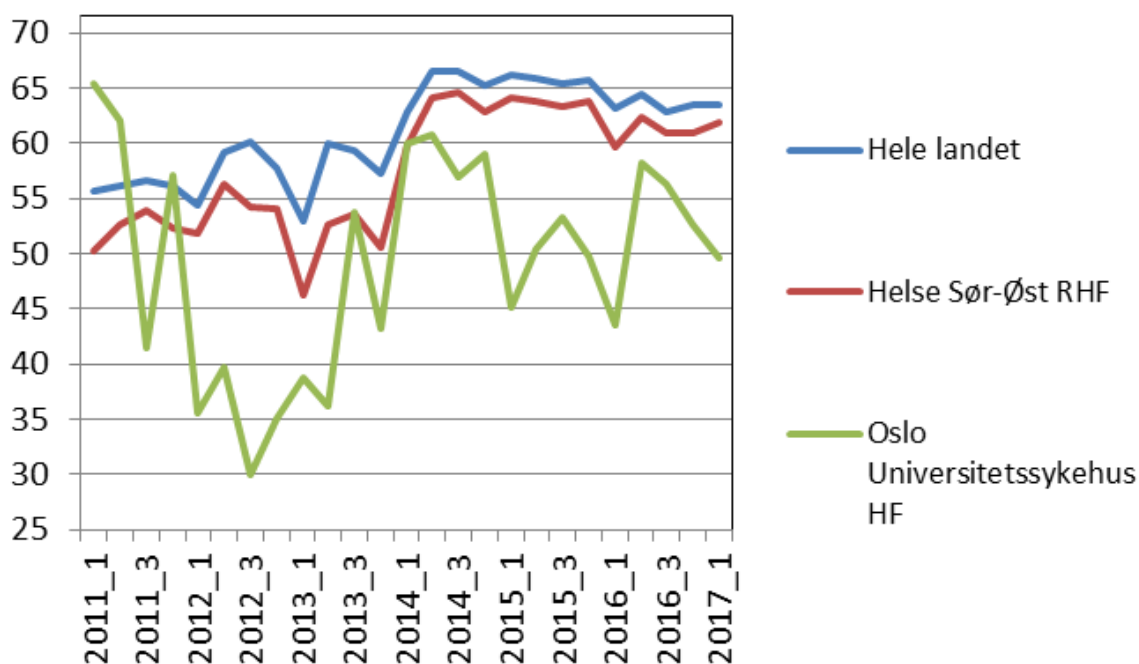
Sannsynlighet for reinnleggelse av eldre pasienter ved somatiske sykehus viser gode resultater (Tabell 8).

Sannsynlighet % for reinnleggelse av eldre pasienter ved somatiske sykehus	År 2012	År 2013	År 2014	År 2015	År 2016
Hele landet	15,3	15,4	15,6	15,2	15,8
Helse Sør-Øst RHF	15,8	15,4	15,9	15,5	15,8
Oslo Universitetssykehus HF	15,7	14,3	15,5	14,4	14,6

Tabell 8. Sannsynlighet for reinnleggelse av eldre pasienter

Sannsynligheten for reinnleggelse av eldre med astma/kols innen 30 dager er imidlertid høyere enn landsgjennomsnittet i Oslo universitetssykehus. Medisinsk klinikk vil som fremtidig tiltak tilstrebe at flere pasienter behandlet på andre sengeposter med astma/kols får delta på lungerehabiliteringskursene som holdes.

Resultatene presentert i indikatoren «trombolysbehandling ved hjerneinfarkt» legger til grunn data som er beheftet med feil. Norsk pasientregister som dataene hentes fra, er klar over feilen og jobber med saken. Interne tellinger viser en økning på ca 30 % fra 2016 på «antall pasienter 18-80 år som er innlagt med blodpropp i hjernen (akutt) som har fått behandling med trombolys». Andel pasienter som har fått trombolys innen 40 min etter innleggelse i sykehus ligger på ca. 70%. Det nasjonale måltallet er 50 %.



Figur 4. Andel pasienter med hoftebrudd operert innen 24 timer

Resultatene fra indikatoren «hoftebrudd operert innen 24 timer» var ikke tilfredsstillende. Ortopedisk klinikk vil ta kraftigere grep om dette framover gjennom daglige prioriteringer av pasientene og ev. øke operasjonsressursene i perioder med stor pågang av skader.

Prehospital klinikk ligger godt over gjennomsnittet når det gjelder overlevelse av pasienter som får uventet hjertestans utenfor sykehus, og som får tilbake egen hjerterytme (Tabell 9).

	2015_1	2015_2	2015_3	2015_4	2016_1	2016_2	2016_3	2016_4
Hele landet	32,7	32,5	29,9	31,8	29,3	28,5	30,7	29,5
Helse Sør-Øst RHF	30,9	32,9	28,5	30,7	29,8	29,0	33,1	30,7
Oslo Universitetssykehus	39,1	40,2	28,6	35,8	36,5	29,5	38,2	35,1

Tabell 9. Andel pasienter med plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus, som fikk tilbake egen hjerterytme

2.5 Riktig medisinsk koding

Medisinske koder benyttes for å beskrive hva helsesektoren behandler pasienter for, og hvilke undersøkelser og behandlinger pasientene får. Disse opplysningene brukes blant annet til planlegging av helsetjenestene, og de er også et viktig grunnlag for finansiering.

For at beskrivelsen av aktiviteten i helsevesenet skal bli korrekt, er det viktig at kvaliteten på kodingen er god. Personell i helsetjenesten som registrerer koder må ha god kjennskap til kodeverkene og de ulike reglene for bruk av kodeverkene, slik at det velges riktig når det registreres koder som skal rapporteres til medisinske registre.

Gjennom 2017 har det vært ryddet i ansvarsroller, arbeidssystemer, oppgaver og opplæring for å bedre kodekvaliteten i sykehuset. I ledelsens gjennomgang var det fokus på den sentrale rollen, oppgavene og opplæringen til kodeansvarlige leger i klinikkene.

Fra sykehusets prosedyre heter det at «På hver avdeling skal det være leger med ansvar for kontroll av medisinsk koding, «Kodeansvarlig lege». Funksjonen må sikres kontinuitet og nødvendig kompetanse.

Kodeansvarlig lege skal bidra til å sikre god kvalitet og enhetlig praksis i medisinsk koding. Avdelingsleder er ansvarlig for at både kodeansvarlige lege(r) og leger i avdeling har relevant og oppdatert kompetanse innen medisinsk koding. Kodeansvarlig lege skal gjennomgå et eLæringskurs i medisinsk klassifisering og koding, som avsluttes med en kunnskapstest.

Leger og kontorfaglig personell er til daglig involvert i arbeidet med koding og bør tilstrebe best mulig kompetanse i medisinsk koding. I ledelsens gjennomgang fikk klinikkene presentert egne data for gjennomgått eLæringskurs. eLæringskurset har bare vært tilgjengelig relativt kort tid før møtene fant sted og resultatene viser at det vil være nødvendig å følge opp dette i tiden framover.

For hele sykehuset var resultatet som følger:

eLæringskurs	Medisinsk koding 1 Hva er medisinsk koding		Medisinsk koding 2 Hvordan finne riktig kode		Medisinsk koding 3 ICD - 10 koder for sepsis		Medisinsk koding 4 Hva er sverd/stjernekode	
	Påmeldt	Bestått	Påmeldt	Bestått	Påmeldt	Bestått	Påmeldt	Bestått
Oslo universitetssykehus HF	54	45	43	32	20	10	18	10

Tabell 10. eLæringskurs - medisinsk koding

2.6 Epikriser med kvalitet - i tide

Epikriser er beskrevet i Forskrift om pasientjournal §9 og Helsepersonell loven §45, og er en sammenfatning av journalopplysninger som sendes til det helsepersonell som trenger opplysninger for å kunne gi pasienten nødvendig og forsvarlig oppfølging. Pasienten har også rett til å få tilsendt epikrise. Epikrisen er knyttet til én innleggelse ved et behandlingssted og tjener som dokumentasjon på pasientbehandlingen

Det er gjennom året løpende oppmerksomhet på epikrisetider. Den nasjonale indikatoren på epikrisetid er «andelen epikriser som er skrevet og utsendt innen en og syv dager etter utskrivningsdato fra somatisk helsetjeneste». Målsettingen i Oslo universitetssykehus HF er at andel utsendte epikriser innen en dag skal være over 50 % og 100 % innen syv dager. Ved utgangen av 2. tertial var andel utsendte epikriser innen syv dager nær 80 %.

Det sendes elektroniske epikriser til fastleger og avtalespesialister over hele landet der dette lar seg gjøre. Antallet epikriser som er sendt og bekreftet mottatt har økt betydelig siden innføringen av DIPS. Dette styrker pasientsikkerheten og bidrar til tryggere pasientforløp. Mye arbeid er gjort for å korrigere feilutsendinger av epikriser, spesielt

knyttet til feil adressering. Andelen epikriser som avvises hos mottaker ligger stabilt på en til to prosent. Det jobbes med flere tiltak for å redusere antall epikriser som feiler. Feilene hos leverandørene av elektronisk pasientjournalssystemer er under utbedring. Det sees noen forbedringer. Det er et pågående prosjekt i Helse Sør-øst RHF hvor epikriser skal sendes elektronisk mellom helseforetakene i regionen.

Det er en gjennomgående utfordring i sykehuset å få sendt ut epikriser innen en dag. For pasienter som sendes til andre helseforetak eller institusjoner blir epikrisen skrevet og sendt samme dag med pasienten. Mange ganger vil epikrisene være skrevet ut på papir og sendt med pasienten uten kontrasignatur, noe som utløser ekstra dager i DIPS i påvente av formell godkjenning. Manglende kontrasignatur fra overleger er i flere avdelinger nevnt som årsak til forsinkelser, men den mest vanlige årsaken er at legene ønsker å avvente prøvesvar og oppsummeringer fra undersøkelser før epikrisene sendes. Kontorfaglig personell benyttes i stor grad til arbeidet med skriving, kvalitetssikring og purring av legene på epikrisene.

I ledelsens gjennomgang med klinikkene har sykehusledelsen også vært opptatt av å sikre enhetlig praksis og kvalitet i innhold, og ikke bare tid for utsendelse av epikriser. Epikrisekvalitet i tråd med ønsket standard har derfor vært tema i ledelsens gjennomgang.

Enkelte klinikker/avdelinger rapporterer at de følger standard mal på epikriser, legemiddelopplysninger i epikrisene og videre plan for oppfølging av pasienten. Ved utskrivelse til andre sykehus vil det også kunne følge med elektronisk kurve fra Metavision og sykepleiesammenfatning. Hovedinntrykket fra ledelsens gjennomgang er likevel at det benyttes svært mange lokale varianter av epikrisemaler i sykehuset og at det må utvikles bedre intern logistikk for å minimere tidsbruk. Enkelte avdelingsledere var ikke oppmerksomme på at det fantes en standard og ville starte med opplæring og tilpasning omgående. Det var i møtene ikke anledning til å gå nærmere inn på de lokale malene og epikrisenes innholdsmessige kvalitet.

Epikrisekvalitet og epikrisetid vil bli fulgt opp ytterligere, og det er aktuelt med en revisjon for å få bedre oversikt over situasjonen i sykehuset.

2.7 Unødvendig venting og variasjon

Når en reduserer pasientenes venting og variasjonen i forløpene gir dette bedre effektivitet og kapasitetsutnyttelse. I oppdragsdokumentet for 2017 forventer eier at sykehuset i «årlig melding» beskriver resultatene av dette arbeidet og hvilke tiltak som er iverksatt.

Klinikk psykisk helse og avhengighet, Ortopedisk klinikk, Hjerte-, lunge- og karklinikken, Medisinsk klinikk og Hode, hals og rekonstruktiv kirurgi forventes særskilt å rapportere på utviklingen av indikatoren «Andel kontroller i Spesialisthelsetjenesten sett opp mot totale polikliniske konsultasjoner» innenfor fagområdene psykisk helsevern, ortopedi, hjertesykdommer, øye-sykdommer, øre- nese- hals sykdommer og plast- og rekonstruktiv kirurgi.

Fagmiljøene lager nå forholdstall mellom andelen kontrollere pasienter sett opp mot den total aktivitet på poliklinikkene. Prosedyrer med kriterier for hvor lenge behandlingsansvaret i sykehuset skal vedvare før pasienten overføres til videre kontroller hos henvisende lege, fastlege eller avtalespesialist er under utvikling.

Arbeidet ble fulgt opp i oppfølgingsmøtene med klinikkene gjennom at andelen, hyppigheten og varigheten av kontroller var et tema.

Følgende tiltak er iverksatt for å sikre at forholdet mellom andelen kontrollerte pasienter og den total poliklinisk aktivitet blir riktig:

Klinikk	Tiltak
Klinikk psykisk helse og avhengighet	Kontakttype kontroll blir sjelden benyttet i klinikken. Det pågår en gjennomgang av hvilken forståelse de ulike avdelinger har av begrepene utredning/behandling/kontroll. Når denne gjennomgangen er ferdig vil det opprettes et styrende dokument som beskriver bruk av kontakttype for pasienter som er i et forløp. Man vil da kunne ha oversikt over både reelt kontrollbehov og utvikling av indikatoren, samtidig som man har laget rutine for hva som er beste praksis for hvordan oppfølging av pasienter skal registreres i DIPS. Klinikken vil deretter kunne prioritere varighet av behandlingsansvar for de forskjellige diagnosegrupper.
OPK	Det er utarbeidet en veileder for kontroller for avstiving, barn, skoliose, hånd- og underarmskirurgi. Bevegelige implantater skal kontrolleres hos pasienter som er under 65 år. Det er gjort en gjennomgang av kontrollrutiner for protesepasienter med retningslinjer for avslutning av kontroller hos elder ukompliserte pasienter (majoritet), men et vedvarende kontrollansvar for unge pasienter med proteser.
Hjerte-, lunge- og karklinikken	Klinikken vurderer kontinuerlig overføring av kontroller til lokalsykehus. Dette er for eksempel noen pasientgrupper som nå følges opp med kontroll i avdeling for Kardiologi, samt pasienter som følges opp på Genetisk- og GUCH poliklinikk.
Medisinsk klinikk	Det er utarbeidet retningslinjer for kontrollintervaller for de vanligste kardiologiske tilstander, herunder også anbefalinger om når kontroller kan overføres til fastlege (hjertesvikt, klaffepasienter, arytmi-pasienter, sjeldne hjertediagnoser) Pacemaker og ICD-senteret kontrollerer pasienter med device resten av livet. De kommer til kontroller i månedlige sekvenser første året etter at de er operert, deretter årlig eller ved behov. Ekko- lab: følger retningslinjer om kontrollhyppighet som det er nasjonal enighet om (klaffeopererte, klaffereparasjoner) Når det gjelder «barnehjerner» muliggjør datasystemet Berte samhandling med lokale sykehus slik at oppfølgingshyppighet både i OUS og hos lokale behandlere kan optimaliseres.
Hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	Det er ikke redegjort for iverksatte tiltak for ØYE, ØNH og PLA 2 For følgende fagområder (diagnosegrupper/pasientgrupper) er varighet av behandlingsansvar vurdert: Det er ikke vurdert varighet av behandlingsansvar for bestemte diagnosegrupper/pasientgrupper innen fagområdene ØYE, ØNH og PLA. Klinikkene vil bli særlig fulgt opp i videre oppfølgingsmøter, slik at vi ved årets slutt kan framstille utviklingen av indikatoren for de aktuelle fagområdene/diagnosegruppene/pasientgruppene.

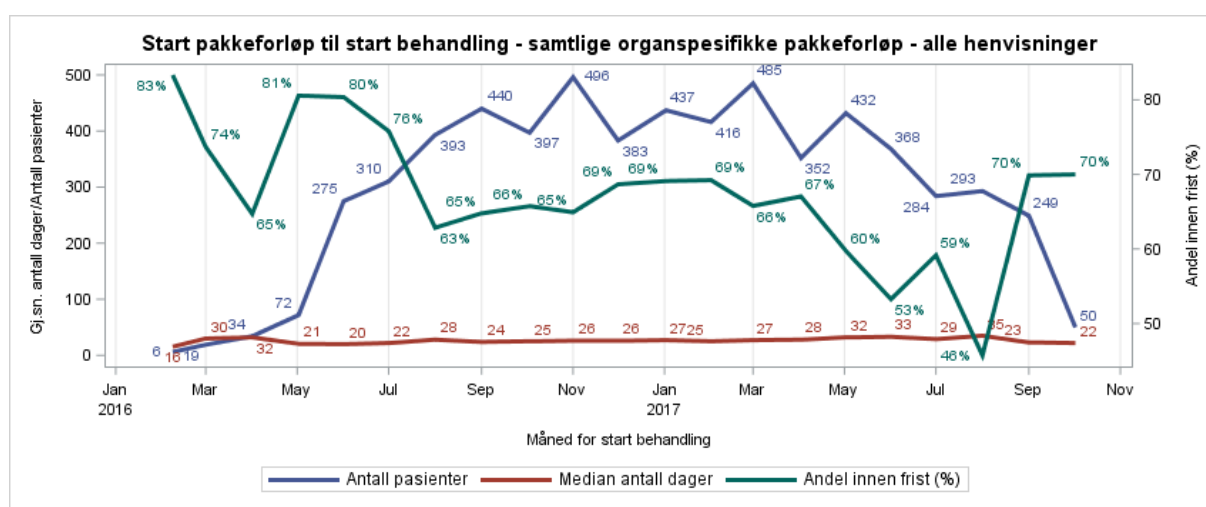
Tabell 11. tiltak er iverksatt for å sikre at forholdet mellom andel kontroller sett opp mot total poliklinisk aktivitet er riktig

2.8 Pakkeforløp for kreft

I styresak 44/2017 ble det gitt en beskrivelse av hvordan det i tilknytning til sykehusets status som Comprehensive Cancer Centre (CCC) nå er bygd opp en organisasjonsmodell med sikte på en mer aktiv og systematisk oppfølging av pasientforløpene innen kreftområdet. Et koordinerende organ for sentrale linjeledere, «Driftsstyret for kreftområdet», og styrking og presisering av rollen som forløpsleder og forløpskoordinator er sentralt i denne modellen.

Arbeidsutvalget for dette driftsstyret vil i løpet av vinteren ha møter med alle forløpsledere en og en for å gå gjennom kvalitet og utfordringer i forløpene. Dette er blant annet knyttet opp mot at forløpslederne er gitt i oppgave å utarbeide en beskrivelse av et standardisert pasientforløp. Denne skal omfatte hele forløpet fra mottatt henvisning til gjennomført kontroll og oppfølging. Det vil innbefatte oppfølging av bivirkninger og rehabiliteringsbehov. Denne dokumentasjonen skal være på plass innen alle forløp i løpet av 2018. Dette vil utgjøre et viktig utgangspunkt for å identifisere forbedringstiltak.

I løpet av det siste tertialperiode er rapporter om forløpstider gjort tilgjengelig i sykehusets elektroniske Ledelsesinformasjonssystem (LIS) gjennom DIPS arena. Dette er en klar forbedring i måten forløpsinformasjon er tilgjengelig gjennom grafer og tall for ledere og andre. Figur 5 er et eksempel på dette og framstillingene er tilgjengelige både for pakkeforløpene samlet og for hvert enkelt forløp.



Figur 5

Hovedbildet for utvikling av forløpstider er at mange av pakkeforløpene nå er på et stabilt relativt tilfredsstillende nivå når det gjelder totaltid fra start pakkeforløp til start behandling. Noen avvik i forhold til dette bildet må likevel trekkes fram:

- Prostataforløpet sliter fortsatt med utilfredsstillende forløpstider. Forløpstidene er ikke i tråd med normene i noen del av forløpet og dårligst er de i første del, det vil si fra «start pakkeforløp» til «start utredning». De er dessuten under norm både når første behandling er kirurgi og stråling. Dette følges opp i de aktuelle klinikkene, og møte med forløpsledelsen for prostata har prioritet for Driftsstyret for kreft.

- Noen forløp har hatt særskilte negative utfordringer med operasjonskapasitet i løpet av sommermånedene. Det gjelder særlig innen brystkreft og gynekologisk kreft. Driftsstyret for kreft og Kreftklinikken vil ut fra dette gjøre en analyse av sommerferieavviklingen og foreslå tiltak fram mot neste sommer. Forløpstidene i september har vist en tilfredsstillende utvikling for disse forløpene.
- Noen forløp har utilfredsstillende forløpstall i de tilfellene strålebehandling er første behandling. Det gjelder blant annet hode/hals-kreft. Tiltak vil bli drøftet både i Kreftklinikken og med aktuelle forløpsledere.

Driftsstyret for kreftområdet har fått delt opp tilbakemeldingene fra sykehusets brukerundersøkelse på pasientforløp for kreft. Det foreligger 7500 tilbakemeldinger fra kreftpasienter i løpet av de to første tertialperiodene i år.

Resultatet indikerer at kreftpasienter er svært fornøyde med behandlingen de får i Oslo universitetssykehus HF. På de fleste spørsmålene er de mer fornøyd enn gjennomsnittet for alle pasienter i sykehuset. Dette bildet gjelder for de fleste kreftforløp. Noen få forløp skiller seg litt negativt ut på enkelte spørsmål og noen forløp får eksepsjonelt positive tilbakemeldinger.

Ett spørsmål der kreftpasientene var mindre positive enn snittet i sykehuset var: «*Var du involvert i avgjørelser som gjelder din behandling?*». Driftsstyret for kreft vil følge opp dette i lys av styrking av grunnlaget for samvalg mellom pasient og lege.

Det var mange kreftpasienter som også benyttet svarfeltet for fri tilbakemelding. Svart mange av disse var svært positive. Kritiske kommentarene omhandlet ofte misnøye med antall leger en møter og har med å gjøre i løpet av forløpet. Brukerundersøkelsen vil være et viktig redskap for Driftsstyret i dialogen med forløpene.

2.9 I trygge hender – tavler for pasientsikkerhet og daglig risikostyring

Et tavlemøte er en metode for dialog og systematisk gjennomgang av daglig virksomhet der en planlegger, utfører, evaluerer og korrigerer driften kontinuerlig (også kalt PDCA-sirkelen). Det er i hovedsak to typer tavlemøter med ulikt formål:

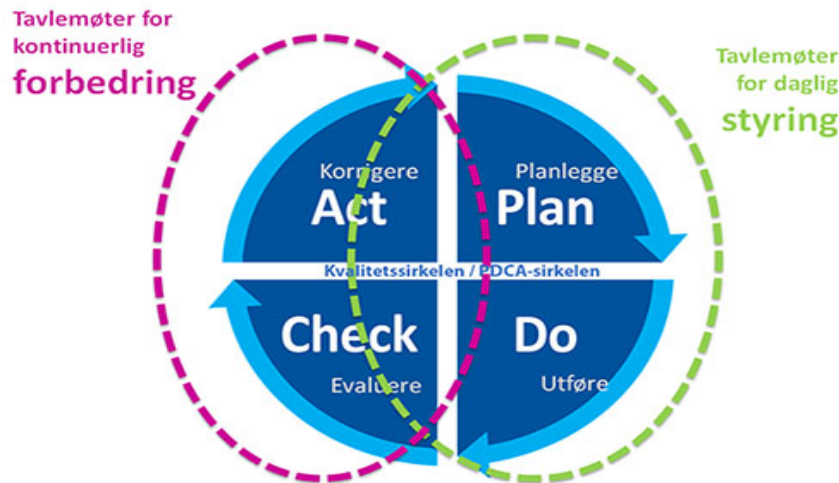
1. Daglig styring
2. Kontinuerlig forbedring

Til sammen utgjør metodikken en systematikk eller "motor" i arbeidshverdagen som bidrar til felles forståelse og læring knyttet til dagens situasjon og utfordringer - det vil si kontinuerlig læring og forbedring.

Implementeringen av de ulike tavlene og tavlemøtene er i tråd med LEAN-konseptet og jamfør «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgssektoren».

Tavlemøter for daglig styring har som navnet tilsier fokus på at daglig drift går som planlagt. Formålet er å skape en tverrfaglig, involverende dialog og oppfølging om ett eller flere tema som er viktig for enheten. Selve tavlen er praktisk hjelp til oppdatering

og visualisering. Regelmessig dialog ved tavlen gir rom for avklaringer, skaper overblikk og understreker fokusområder.



Figur 6. Bruk av tavlemøter som verktøy i forbedringsarbeidet, ref. Demings sirkel/kvalitetssirkelen/PDCA.

Det finnes ulike varianter av tavler i sykehuset som vektlegger forskjellige temaer:

- **Pulstavler** og pulsmøter har som formål å vurdere plan for dagen, sjekke ut at det er tilgjengelige ressurser for gjennomføringen og fange opp det som ikke gikk etter planen siden sist.
- **Pasientsikkerhetstavle/risikotavle** har som formål å skape overblikk over risikoområder, etablere regelmessig dialog om disse områdene og følge de opp. Pasientsikkerhetsprogrammets risikotavle – «I trygge hender 24/7» er ofte brukt som modell i kombinasjon med «Det grønne korset» (daglig risikoregistrering)
- **Måltavler** viser mål og løpende resultater for definerte deler av driften.

Klinikkene rapporterer at det er stor aktivitet på området pulstavler og pasientsikkerhet. Flere seksjoner er i opplæring, har planlagt innføring eller har innført daglig styring med tavlemøter. Mange seksjoner er pasientsikkerhet og risikovurderinger som en fast del av tavlemøtet, som screening og tiltak knyttet opp mot risikoområdene fall, trykksår og forebygging av urinveisinfeksjoner.

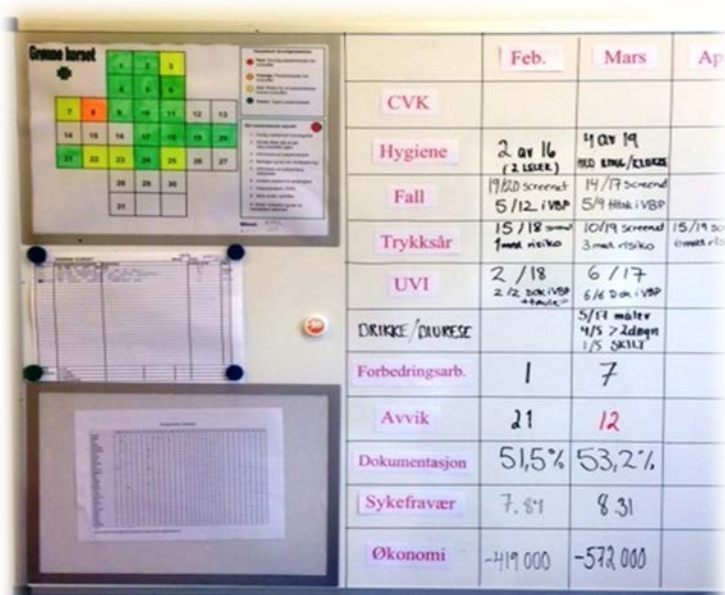
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon har denne høsten gjennomført sin egen interne pasientsikkerhetsuke med fokus på klinikkens handlingsplaner og implementering av ulike pasientsikkerhetsverktøy i daglig drift. Flere klinikkledere har startet med pasientsikkerhetsvisitter for å få større innsikt og oversikt over risiko i egen virksomhet. Det avdekker i noen grad nye utfordringer, men gir samtidig mulighet til å forebygge eventuelt planlegge håndtering av risikoforholdene.

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet har i 2017 hatt særlig fokus på bedre kunnskap og tiltak knyttet til pasienters ernæringsstatus og tidlig oppdagelse av forverret tilstand gjennom bruk av verktøyet National Early Warning Score (NEWS). Tidlig oppdagelse av en klinisk forverret tilstand, etterfulgt av rask og effektiv handling, kan redusere forekomsten av uønskede hendelser, sykdomsforverring og hjerrestans. NEWS er et anerkjent verktøy for å raskt kunne kartlegge pasientens tilstand basert på måling av fem kliniske verdier; systolisk blodtrykk, hjerterefrekvens/puls, respirasjonsfrekvens, oksygensaturasjon og temperatur - kombinert med vurdering av bevissthetsgrad og om pasienten får oksygen eller ikke.

Gjennom våren har sykehuset lært opp leger og sykepleiere i NEWS i en rekke avdelinger avdelinger. Implementering av NEWS og screeningsverktøy for ernæringsmessig risiko ble derfor etterspurt særskilt i ledelsens gjennomgang. Det er svært gledelig å kunne slå fast at implementering av NEWS ser ut til å være godt i gang. Det er også under utvikling og implementering egne verktøy tilpasset barn («Pediatrik tidlig varslingskår» - PEVS) og gravide/barselkvinner (Maternell tidlig varslingskår» - MTV)

Det var også mange positive erfaringer fra seksjoner som har tatt i bruk det nye verktøyet «screening for ernæringsmessig risiko» selv om verktøyet først var gjort tilgjengelig i august. Det meldes at screeningverktøyet brukes både ved innleggelse og i oppfølging av pasienten. Ernæringsstatus vurderes i visitter og det er lagt inn eget felt for ernæringsstatus i pasientens behandlingsplan. Dette gjør at tiltak er enklere dokumenteres og iverksettes enn tidligere.

Svært mange avdelinger har kommet godt i gang med «det grønne korset». Tavler med «det grønne korset» er i ferd med å bli tatt i bruk over hele sykehuset og vil framover bli sett på under pasientsikkerhetsvisittene. Hensikten med metoden er å forbedre pasientsikkerhet og pasientsikkerhetskultur ved å involvere og ansvarliggjøre medarbeiderne på alle nivåer når det daglig blir satt fokus på området. Metoden benyttes i tillegg til vanlig registrering av uønskede hendelser i Achilles.



Figur 7. Eksempel på pasientsikkerhetstavle med «det grønne korset» fra Medisinsk klinikk

2.10 Mini-metodevurdering

I sykehuset er det totalt publisert 26 mini-metodevurderinger siden oppstart av arbeidet i 2013 og det er flere nye arbeider som ikke er ferdigstilt og publisert.

	2013	2014	2015	2016	2017	Sum
Publiserte	1	2	15	5	3	26

Tabell 12. Publiserte mini-metode vurderinger per år

I sykehusets handlingsplan er det fastsatt at man ikke innfører vesentlig ny metodikk før de er vurderte i en metodevurdering. Erfaringene er at lederlinjen etterspør metodevurderinger som beslutningsgrunnlag og kunnskapsoppsummering som gir det aktuelle ledermøtet et blick inn i den kliniske problematikk. Sykehuset har også funnet det nyttig å vurdere mini-metodevurderinger utført ved andre sykehus og har faste rutiner for slik «gjenbruk». I oppfølgingsmøtene ble metodevurderinger fulgt opp overfor alle klinikker.

Tendensen er dessverre likevel fallende for nye initiativ. Alle mini-metodevurderinger gjøres av engasjerte klinikere som har sitt primæransvar i pasientbehandling, forskning og utdanning – derfor er det krevende å finne ledig tid til arbeidet. Dernest er det flere eksempler på at ferdigstilte mini-metodevurderinger er blitt videresendt til nasjonalt nivå grunnet berøring med nasjonale behandlingstjenester og/eller andre nasjonale interesser. Dette er adressert gjennom brev til Helse Sør-Øst RHF i januar og juni 2017.

På bakgrunn av sykehusets erfaringer har Helse Sør-Øst RHF etablert en regional kompetansetjeneste for metodevurdering ved Oslo universitetssykehus HF. Hovedoppgaven er å formidle og bygge opp kompetanse i helseforetakene gjennom metodestøtte, rådgivning og drift av et faglig nettverk/referansegruppe der man inviterer til halvdagsseminarer to ganger pr. år. Videre er kompetansetjenesten et viktig bindeledd i arbeidet med å etablere og formidle kontakt med relevante fagpersoner til å fylle rollen som fageksperter i ulike faser av nasjonale metodevurderinger.

I 2017 er referansegruppens møter utvidet til åpne seminar. I mai var da temaet «[Nye metoder og forskning](#)», og i seminar 24. november vil temaet være «Nye metoder og pakkeforløp».

3 Pasienter og pårørende

3.1 Opplæring

Å gi kunnskap til pasienter og pårørende er en viktig del av behandlingen. Sykehuset har ansvar for å legge til rette for at pasienter og pårørende får tilstrekkelig og kvalitetssikret kunnskap om sykdom/skade. Det er fokus på at pasient- og pårørendeopplæring integreres som en del av pasientforløpet.

I ledelsens gjennomgang har klinikkene gjort rede for hvordan de sikrer at pasienter- og pårørende får tilstrekkelig informasjon og opplæring, i hvilken grad det samarbeides med kommunal tjeneste og hvordan slik opplæring dokumenteres i pasientens journal.

Klinikk psykisk helse og avhengighet har i perioden arrangert flere temakvelder for pasienter, pårørende og andre interesserte. Disse evalueres som et viktig supplement til øvrig behandling, og andre klinikker har også mulighet til å delta på temakveldene og få kunnskap om viktige tema innen psykisk helse. Fagekspertene og pasienter med relevant erfaring bidrar med hver sin kunnskap og deltakerne gir svært gode tilbakemeldinger på form og innhold. I perioden omhandlet kveldene blant annet temaene «Å leve med Asperger syndrom: Relasjoner, tilknytning og mestring av hverdagen» og «Selvhjelp og profesjonell behandling ved angst».

Sykehuset i perioden lansert et e-læringskurs om epilepsi for pasienter, pårørende, helsearbeidere og andre interesserte. Kurset ble utarbeidet av fagpersoner fra Statens senter for epilepsi og brukere, og får svært gode tilbakemeldinger. E-læring er et viktig supplement til opplæring, og kan gi viktig kunnskap om sykdom/skade til personer i pasientens omgivelser. Dette oppleves trygt for pasienten og har en forebyggende effekt, blant annet med tanke symptomforverring.

Det utvikles stadig flere e-læringskurs til pasienter og pårørende i tillegg til lærings- og mestringskurs som holdes på sykehuset eller i kommune/bydel. Det arbeides aktivt på sykehuset med tilpasset informasjon og opplæring til pasienter og pårørende. Dette er en viktig del av pasientens behandling og en forutsetning for å gjøre samvalg der det finnes forsvarlige alternative behandlinger for pasienten. Sykehuset arbeider for at de ulike metodene for informasjon, opplæring og medvirkning integreres i pasientforløpsarbeidet.

I perioden er det gjennom et prosjekt utviklet en modell for helhetlig organisering av pasient- og pårørendeopplæringen i klinikk. Foranledningen var svært ulik organisering i klinikkene og oppgavene var liten grad lederforankret. Dette fører blant annet til at det er vanskelig å ha oversikt over opplæringstilbudene i sykehuset. Det er for tilfeldig hvilke pasientgrupper som får tilstrekkelig informasjon og opplæring. Det undergraver likeverdige helsetjenester. Den lovpålagte oppgaven om pasient- og pårørendeopplæring er underkommunisert i flere klinikker. Det er bred enighet om at en modell for helhetlig organisering vil øke kvaliteten og omfanget av opplæring til pasienter og pårørende, samt bidra til mer systematisk koding og registrering av aktivitet. Vedtak om helhetlig organisering av pasient- og pårørendeopplæring i klinikkene er i perioden behandlet i ledermøtet og skal følges opp om ett år.

Henvisningspraksis til kurs for pasienter og pårørende er tatt opp som tema i sykehusets «Forum for pasient- og pårørendeopplæring». Det er mye uklarhet rundt praksis for henvisninger til kurs. Det er satt i gang et arbeid for å få en riktig og felles prosedyre for hvordan det skal henvises.

Det er i perioden gjennomført årlige kurs for ansatte og brukere med en rolle i pasient- og pårørendeopplæring. Primærhelsetjenesten inviteres til disse kursene for å sikre kompetansedeling og økt samhandling om opplæring. Kurset har et praktisk pedagogisk fokus ved at det arbeides med metoder for å utvikle eller videreutvikle gode læringstilbud til pasienter og pårørende i helsetjenesten. I ledelsens gjennomgang er det vært fokusert på rutiner for dokumentasjon av opplæringstiltak i pasientens journal og epikrise, samt på om kursene har tilfredsstillende kvalitet.

Oslo universitetssykehus HF har ledet et samarbeidsprosjekt med Høgskolen i Oslo og Akershus for styrket kompetanse og samarbeid i pasient- og pårørendeopplæring. Prosjektet har utviklet en modell for kompetanseheving og samarbeid om pasient- og pårørendeopplæring i arbeidsliv, utdanning og praksisstudier. En sentral del av modellen er e-læringskurset «Innføring i pasient- og pårørendeopplæring». Kurset beskriver omfang, mangfold og ansvar for opplæring, samt gir eksempler på ulike pedagogiske metoder som kan anvendes i opplæringen. Kurset er blitt svært godt mottatt. Det arbeides for å integrere kurset i programplaner innen studier i helsefag og i sykehusets kompetansehevingsprogram.

I ny spesialistutdanning for leger er det egne læringsmål i pasient- og pårørendeopplæring, samvalg, kommunikasjon og brukermedvirkning. Dette er et svært viktig arbeid for å styrke kompetanse og ferdigheter i opplæring. Det er i perioden for første gang gjennomført undervisning for leger i spesialisering (LIS) del 1 i regi av pasient- og pårørendeopplæring i sykehuset.

3.2 Samvalg i behandlingen

Arbeidet med å implementere kravene om brukermedvirkning i behandling og forskning trenger fortsatt et betydelig fokus. I ledelsens gjennomgang ble klinikkene etterspurt om de benyttet samvalgsverktøy i behandlingen av pasienter. Hovedtrenden er at fleste avdelingene ikke har et spesifikt verktøy til dette formålet, men jobber aktivt med både muntlig og skriftlig informasjon til pasientene og har god dialog om behandlingsalternativer.

Enkelte avdelinger gjennomfører en utredningsdag hvor pasientene diskuterer valg av metode sammen med legene. I de mest alvorlige og risikofylte behandlingene ligger et samvalg til grunn før oppstart av behandling. Ledelsens gjennomgang viste at det kun unntaksvis er samvalgsverktøy i bruk innenfor de ulike behandlingene, men brukes for eksempel innenfor behandling av HIV og lavrisiko prostatakreft. Det er særlig interesse for utvikling av slikt verktøy innen medikamentell kreftbehandling. Foreløpig er dette på utprøvningsnivå.

De fleste klinikker i ferd med å finne hensiktsmessige måter å organisere brukermedvirkning i forskning i samarbeid med brukerråd og brukerorganisasjoner.

Brukermedvirkning er tema i de fleste seminarer og samlinger i forskningsmiljøene det siste året. Oslo universitetssykehus HF har i år arrangerte et introduksjonskurs om brukermedvirkning i forskning. Et brukerpanel ble etablert for å hjelpe forskerne med å redegjøre for brukermedvirkning i søknader om forskningsmidler til Helse Sør-Øst RHF. Tiltaket får gode tilbakemeldinger.

Koordinator/kontaktlege

Det er fortsatt sterkt fokus på å sikre at alle aktuelle fagmiljøer etablerer de lovpålagte funksjonene koordinator og kontaktlege. Koordinator skal sikre at pasienter med behov for koordinerte og sammensatte tjenester ivaretas gjennom hele pasientforløpet i et hjem til hjem perspektiv. Kontaktlege skal utnevnes for pasienter med alvorlig sykdom av en viss varighet.

I ledelsens gjennomgang ble klinikkene bedt om å klargjøre egne rutiner for utvelgelse av pasienter med rett til kontaktlege, hvilken informasjon pasienten får og hvilke oppgaver kontaktlegen har.

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering (KE) har vært pådriver for å igangsette et nettverk for å sikre implementeringen av koordinator- og kontaktlegefunksjonene internt i sykehuset, men dette har vist seg krevende å få på plass. Implementeringen er derfor et pågående arbeid i sykehuset.

Arbeidet støttes av prosedyrer som skal sikre innføringen, både på overordnet nivå og særskilte klinikkvise rutiner. Oppfølgingen av i hvilken grad kontaktlegefunksjonen er tatt i bruk, utfordres av at DIPS ikke har rapporteringsmulighet på antall tildelte kontaktleger men må telles manuelt. Dette er krevende for det store antallet leger i sykehuset. Det er fra flere helseforetak rettet en henvendelse til DIPS forvaltning om denne problemstillingen. Vi vil i det videre vurdere om det er nødvendig med en revisjon på feltet, alternativt om det kan følges tettere opp via sms-tilbakemeldingene.

Fokuset på å styrke samarbeidet mellom sykehuset og de koordinerende enhetene i sykehusets 12 områdebydeler har fortsatt høy prioritet. Helse Sør-Øst RHF igangsatte i fjor høst et arbeid for utvikling av en regional utviklingsplan for rehabilitering som er videreført i 2017.

Koordinerende enhet har en rådgivende funksjon for sykehusets klinikker om inngåtte avtaler med private rehabiliteringsinstitusjoner. Det er etter sommeren igangsatt kartlegging for å fremskaffe oversikt over alle bydelenes koordinerende enheter. Denne oversikten har tidligere vært ivaretatt av en regional koordinerende enhet, men ansvaret er nå lagt til de enkelte helseforetak.

3.3 Barn som pårørende

Alt helsepersonell har plikt til å ivareta barn og unge som pårørende (Helsepersonelloven § 10A). Oppnevningen av barneansvarlige er en lovpålagt oppgave i spesialisthelsetjenesten.

I sykehusets interne Handlingsplan 2015 – 2017 «Det gode pasientmøtet», er det nedfelt at pasientens evne til å ta ansvar for egen helse, behandling og omsorg skal styrkes.

Etableringen av en foretakskoordinator for barn og unge i sykehuset fra april 2016 bidrar til å videreutvikle og styrke fokus på barn og unge i sykehuset. Foretakskoordinator er leder av «Råd for barn som pårørende» og «Råd for ungdomshelse». Sykehuset har nå ca. 220 barneansvarlige som er koordinert gjennom «Råd for barn som pårørende».

Handlingsplanen «Barn som pårørende 2017 – 2019» er førende for arbeidet. En prioritert oppgave er å være pådriver for at bydeler i Oslo får barneansvarlige i kommunen. En slik funksjon vil bidra til, og systematisere, identifisering og kartlegging familiers behov for støtte og oppfølging. Bakgrunnen er anbefalinger i «Pårørendeveilederen» (Helsedirektoratet 2017) og hovedfunn i multisenterstudien «Barn som pårørende» (november 2015) som viser at både spesialist- og kommunehelsetjenesten bare delvis følger opp loven om barn som pårørende.

Sykehuset har sammen med Helseetaten og tre bydeler i Oslo blitt tildelt midler til prosjektet «Barneansvarlig i Oslos bydeler» for å undersøke hvordan informasjonsoverføringen til barn som pårørende kan sikres på best mulig måte fra spesialisthelsetjeneste til kommune. Prosjektorganisering skal være på plass i løpet av høsten, med oppstart i januar 2018 og med varighet frem til våren 2019.

3.4 Ungdomshelse

Råd for ungdomshelse ble etablert i sykehuset i 2016 og skal sikre likeverdig tilbud til ungdom og unge voksne på tvers av klinikkene i henhold til «Ungdomshelsestrategien» (2016 – 2021). Rådet er et rådgivende organ for sykehusledelsen og skal konsulteres i saker som omhandler pasienter i alderen 12-26 år.

Rådet for ungdomshelse jobber strategisk for å utarbeide og implementere en overordnet retningslinje. Retningslinjen/ prosedyren vil spesielt fokusere på å fremme gode overganger fra barne – og ungdomsavdelinger til voksenavdeling.

Rådet, skal være tverrfaglig sammensatt, og bestå av en koordinator for ungdomskontaktene fra hver klinikk, representant fra Ungdomsrådet, representant fra Barne- og ungdomsprogrammet og en representant fra Helseetaten (Helsestasjon for ungdom). Deltakelse fra behandler/lege vil rådet sikre ved å ha et nært samarbeid med ressurspersoner som ønsker å delta med sin faglige kompetanse, råd og veiledning ved forespørsler.

Rådet har i løpet av perioden begynt sitt arbeid mot å utvikle et ungdomsvennlig sykehus og har begynt å rekruttere ungdomsansvarlige i alle barne- og ungdoms- og voksenavdelinger. Alt arbeid vil gjøres i tett samarbeid med Ungdomsrådet. Arbeidet har fokus på å heve helsepersonells kompetanse og forståelse for ungdom og unge voksne, derunder særskilt øke kompetansen om alderstilpasset kommunikasjon.

3.5 Brukerundersøkelsen

Det er sendt 90.326 SMS til pasienter med invitasjon til å gi sykehuset tilbakemelding i løpet av tertialperioden. Invitasjon ble sendt til utskrevne pasienter fra sengeposter og til pasienter som hadde besøkt poliklinikk. Dette har gitt 24100 svar, en svarprosent på 24 %. Av disse skrev ca. 28 % en kommentar. Alle tilbakemeldingene inngår i rapporter til leder for de(n) aktuelle enhetene.

Andel positive av de som har besvart det enkelte spørsmål:

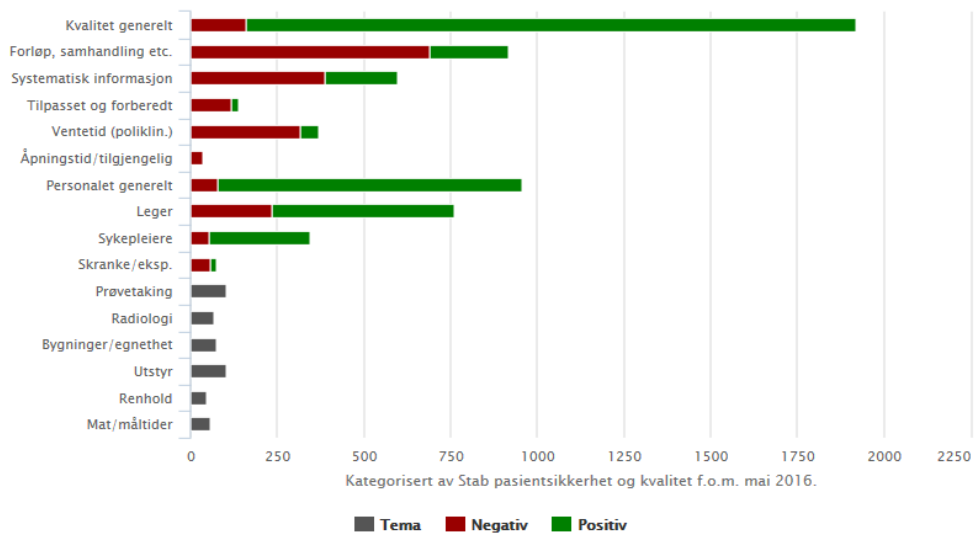
Spørsmål	Positiv respons
Behandlerne snakket så jeg forsto dem	96 %
Tillit behandlernes faglige dyktighet	94 %
Tillit øvrige personalets faglige dyktighet	92 %
Tilstrekkelig info om diagnose / plager	85 %
Behandlingen var tilpasset min situasjon	89 %
Involvert i avgjørelser om behandlingen	71 %
Arbeidet var godt organisert	84 %
Utstyret var i god stand	88 %
Tilfredsstillende hjelp, alt i alt	91 %
Ble ikke feilbehandlet	94 %
Ventetid	82 %
Utbytte av behandlingen, alt i alt	83 %

Tabell 13. Positive svar på spørsmål i skjema for brukertilbakemelding. Tallene er stabile over tid. Kilde: Achilles

I ledelsens gjennomgang ble det diskutert hvordan klinikkene benytter pasientenes tilbakemeldinger. Flere forteller at resultatene og kommentarene gjennomgås med personalet på personalmøter og settes opp på informasjonstavler/forbedringstavler.

Tilbakemeldingene inneholder alt fra mindre forbedringsforslag som skohorn på undersøkelsesrom, knagger til klær på toaletter og behovet for nye stoler på konsultasjonsrommene, til mer krevende forslag om å lage bedre rutiner knyttet til innleggelse og undersøkelse.

En gjennomgående tendens i friteksten er flere negative enn positive kommentarer om temaene forløp, samhandling, systematisk informasjon og ventetider. Det er også i spørringen «involvert i avgjørelser i egen behandling» at sykehuset skårer lavest. Det er en kopling mellom disse resultatene ved at pasientinvolvering vanskelig lar seg gjennomføre uten at helsepersonell har systematisert og klarlagt et forløp som kommuniseres med pasientene. Planmessighet i behandlingen av pasienter vil på ulike vis bli fulgt opp videre framover.



Figur 8. Brukerundersøkelse: Fordeling av innholdet i kommentarene

4 Arbeidsmiljø

I andre tertial ble det fokusert på følgende forhold innen Helse, Miljø og Sikkerhet:

- Risikovurdering/systematikk for håndtering av kjemikalier
- Sammenheng mellom meldte HMS avvik og klinikkens risikoforståelse
- Status for arbeid med *lokale* (per verneområde) tiltak etter HMS/vernerunde 2016
- Status for klinikkens overordnede arbeid med de fem viktigste HMS tiltakene (egenvurdert) fra HMS årsrapport 2016

Risikovurdering av kjemikalier i det elektroniske stoffkartoteket

Risikovurdering av kjemisk helsefare er et lovkrav. Klinikkerne ble spurt om ivaretagelse av kravet, og om egen utvikling gjennom 2017. Sykehuset har risikovurdert rett under 40 % av alle stoffer. Dette er en bedring fra 2016. Spesielt de klinikkene med mange kjemikalier har fremgang, men at det er behov for fortsatt fokus på området. Flere klinikker anbefales å ha økt rapportering i linjen på dette området.

Sammenheng mellom meldte HMS avvik og klinikkens risikoforståelse

Oversikt over kategoriene med flest meldte HMS avvik ble sammenholdt med klinikkens overordnede risikovurdering. Det er ulike kategorier som ligger høyest blant meldte avvik i de ulike klinikkene, men gjengangere er bemanning/arbeidspress, smittevern, fysisk arbeidsmiljø og vold/trusler/utagerende adferd (sistnevnte primært i Klinik for psykisk helse og avhengighet). De fleste klinikkene har god kongruens mellom avviksfrekvens og risikovurdering, men gjennomgangen viser også tilfeller av noe manglende samsvar.

Status for arbeid med lokale tiltak etter HMS/vernerunde

Klinikkerne ble forevist samlet status for alle egne enheters arbeid med tiltak etter HMS/vernerundene i 2016. Frist for utførelse er 13. oktober 2017. Det vil alltid være tiltak som tar lenger tid eller krever ressurser enhetene ikke disponerer. Imidlertid viser det overordnede bildet at mange enheter er godt i gang med å lukke og evaluere tiltakene. De fleste klinikkene har ikke rapportering av dette temaet i linjen, noe som bør være aktuelt.

Status for klinikkens overordnede arbeid med de fem viktigste HMS tiltakene (egenvurdert)

I forbindelse med HMS årsrapport prioriterte klinikkene de fem viktigste klinikkovergripende HMS tiltakene. De ble spurt om fremgang innen de fem. Tabell 14 vises et eksempel fra Akuttklinikken. En slik prioritering og påfølgende rapportering bidrar til å fokusere og løfte de viktigste områdene på overordnet nivå.

Nr.	Tema	Beskrivelse av tiltak
1	Samarbeid	Jobbe med holdninger og å vise respekt for andre, arbeid forankres i ledelsen - pågående program for å motvirke uakseptabel atferd sammen med TV og VO.
2	Brannvern	Alle må gjennomføre elæringsprogrammet.
3	Ergonomiske forhold	Jobbe videre med opplæring av forflytningsveiledere i alle avdelinger. Behov for ekstra bemanning.
4	Stikkskader	Flere gule bokser, lommebokser, bevisstgjøring. Stikkskadeprotokoll for Operasjon og Anestesisykepleie er valgt.
5	Sykefravær	Ombygging ferdigstilles. Økt lederfokus. Utvide kapasitet. Konkret samarbeid for å formalisere og bedre kommunikasjon med brukerklinikkene.

Tabell 14. Prioriterte HMS-tiltak. Eksempler fra Akuttklinikken.

5 Kommunikasjon og profilering

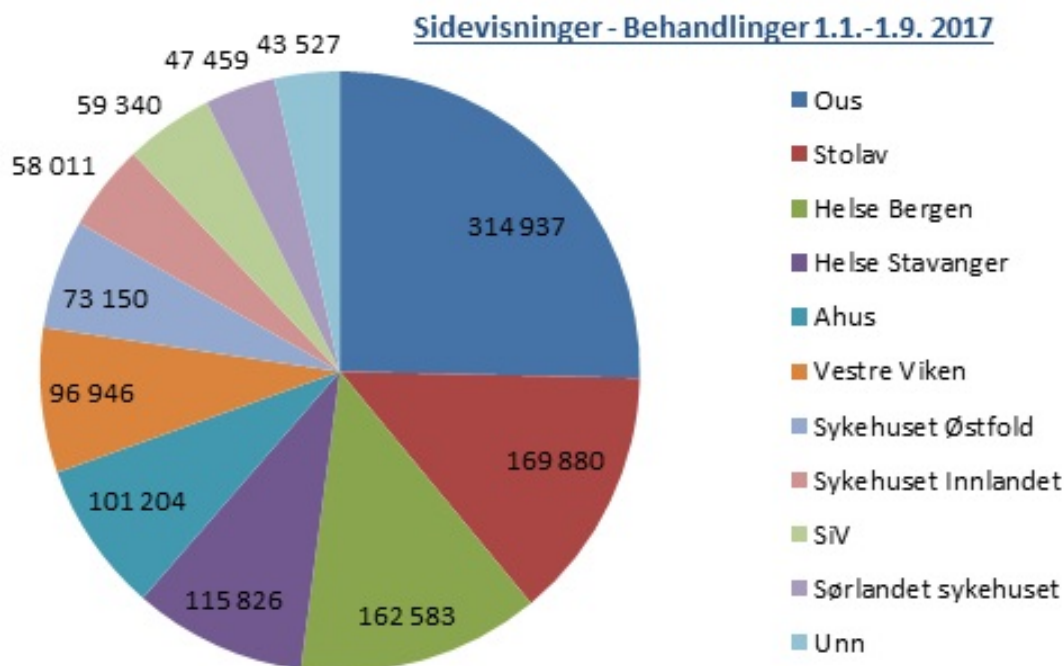
Oslo universitetssykehus HF ble en del av den nasjonale felles nettløsningen for spesialisthelsetjenesten 1. november 2016. Sykehusenes nettsider ligger med dette på samme tekniske plattform og har som mål å gi informasjon til pasienter og pårørende om hva som skjer før, under og etter behandling og undersøkelse -- og tydelig informasjon om oppmøtested.

Det er et viktig prinsipp for den nasjonale fellesløsningen at all pasientinformasjon som kan deles, skal deles mellom sykehusene. Innhold levert av Oslo universitetssykehus kan dermed også brukes av andre sykehus, og vice versa.

I sum har klinikkene levert godt på pasientinformasjon siste tertial. Det er nå totalt 631 pasienttekster om behandling og undersøkelse på [nettsiden](#), mot 456 på samme tidspunkt i 2016.

Nettsidene blir brukt

Tall fra analyseverktøyet Google Analytics viser at [oslo-universitetssykehus.no](#) er godt besøkt og at mange vil lese om behandlingene sykehuset tilbyr. Nettsidene har totalt hatt 3,5 millioner sidevisninger i perioden 1. januar til 30. september 2017. Selv om dette er svært gode tall, så gjenstår det mye arbeid før alle behandlinger og undersøkelser som utføres ved sykehuset er beskrevet på nettsidene. Arbeidet med å legge ut pasientinformasjon må fortsette slik at pasienter, pårørende og andre som besøker nettsidene får den informasjonen de er ute etter og trenger.



Figur 9. Tall fra Google Analytics for sidevisninger innen kategorien «behandlinger» ved de ti største sykehusene i Norge. Oslo universitetssykehus HF er en av få sykehus som leverer pasientinformasjon om

diagnoser til den offentlige helseportalen helsenorge.no. Tall fra analyseverktøyet deres viser gode lesertall også her og innhold sykehuset levererer er ofte på listen over de mest besøkte tekstene per måned (i snitt 3000 sidevisninger).

Redaksjonsmodellen

Med innføringen av ny nettløsning ble det etablert en mer sentralisert redaksjonsmodell i sykehuset enn tidligere, med definerte roller i både staber og klinikker. Alle klinikkene har organisert arbeidet i henhold til denne, men det varierer hvor godt modellen er implementert.

Nivå 1-prosedyren for utarbeidelse og koordinering av pasientinformasjon er oppdatert våren 2017, slik at den samsvarer med redaksjonsmodellen, samt retningslinjer og frister utarbeidet av nasjonalt redaksjonsråd for Felles nettløsning i spesialisthelsetjenesten.

Det tar tid å få redaksjonsmodellen, og særlig arbeidsprosessene mot det nasjonale nivået, til å sette seg i hele organisasjonen. Noen klinikker påpeker at redaksjonsmodellen oppleves fremmedgjørende og at de har liten innvirkning på publisering og utforming av pasientinformasjonen. Andre klinikker påpeker det er flere nasjonale prosesser i gang uten at fagdirektører eller fagmiljøer er med i dette arbeidet. Det er ytret ønske om bedre samkjøring av leveranser innen om fag- og pasientinformasjon.

Plan for arbeidet med pasientinformasjon

Det er stor variasjon mellom klinikkene om de har eller følger en plan for produksjon av pasientinformasjon.. De klinikkene som mangler plan for dette arbeidet, vil bli fulgt tett opp.

Risikovurdering

En risikovurdering av Felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten viser at det ikke er satt av tilstrekkelig med fagressurser til videreutvikling av nasjonalt fellesinnhold, eller til kvalitetssikring av tidligere publisert pasientinformasjon. Dette påvirker kvaliteten på det som presenteres, og sykehuset får ikke utviklet det innholdet som forventes så raskt som ønskelig.

6 Forskning, innovasjon og utdanning

6.1 Forskning

Grunnlaget for rapporteringen 2. tertial av data om publisering er sykehusets eget system Publika, som har en automatisert import av artikler fra Web of Science og Pubmed, basert på forfattere og enheter som er registrert i Publika. Rapporteringen er derfor konsentrert om antall artikler og andel artikler på nivå 2 (høyeste nivå). Doktorgradstall innhentes ved manuell rapportering fra Universitetet i Oslo, og rapporteres kun halvårlig. Totalvurderingen er at aktiviteten er god og i tråd med målsettingen.

Fra 2017 er det på forsøksbasis også rapport for kliniske studier, foreløpig kun med tall for prosjekter med industrifinansiering. Antall pågående prosjekter er her på samme nivå i 2. tertial som i 1. tertial, men det rapporteres om et synkende antall nye industrifinansierte studier og kapasitetsproblemer i flere klinikker. Totaloversikter som inkluderer forskerinitierte studier, vil først kunne rapporteres etter at alle REK-godkjente prosjekter er registrert i det nasjonale forskningsinformasjonssystemet CRISStin i oktober.

Utviklingen i publikasjonsaktivitet

Akkumulerte tall pr. 2. tertial er hentet fra sykehusets publikasjonsdatabase www.publika.no den 4. september 2017.

Klinikk	Pr 2T 2015	Pr 2T 2016	Pr 2T 2017
Klinikk psykisk helse og avhengighet	90	79	99
Medisinsk klinikk	199	210	250
Klinikk for hode-, hals- og rekonstruktiv kirurgi	18	30	42
Nevroklinikken	122	140	143
Ortopediklinikken	43	45	59
Barne- og ungdomsklinikken	72	99	112
Kvinneklinikken	44	55	61
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	177	176	223
Kreftklinikken	282	288	271
Hjerte-, lunge- og karklinikken	107	128	128
Akuttklinikken**	109	108	130
Prehospital klinikk	11	10	11
Klinikk for laboratoriemedisin	283	272	295
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	67	63	51
Oslo sykehusservice	64	70	67
Andre	3	2	1
TOTALT (unike artikler)***	1194	1300	1442

Tabell 15. Antall publiserte vitenskapelige artikler*, akkumulert pr. 31.8.

* Kun kategoriene vitenskapelige artikler og vitenskapelige oversiktsartikler (reviews) inngår i tabellen

Inkl. Intervensjonscenteret. *Merk at artikler telles hos flere klinikker når det er forfattere fra flere klinikker. I tallet for TOTALT er hver artikkel kun talt én gang, og dette er dermed lavere enn summen av klinikktallene.

Tallet for 2017 vil ventelig bli noe redusert ved den endelige tellingen, men vil sannsynligvis ende med økning fra 2016, totalt sett og i de fleste klinikker.

Tidsskriftsnivå

Målesystemet er basert på en nivåinndeling av vitenskapelige tidsskrifter, ut i fra nasjonalt publiseringsutvalgs og nasjonale faggruppers vurdering av kvaliteten på tidsskriftene:

- Nivå 2: Ledende tidsskrifter som utgir omtrent 20 % av publikasjonene. Vekt 3
- Nivå 1: Alle andre tidsskrifter som inngår i målesystemet. Vekt 1

Klinikk	Pr 2T 2015	Pr 2T 2016	Pr 2T 2017
Klinikk psykisk helse og avhengighet	31,1 %	36,7 %	38,4 %
Medisinsk klinikk	22,6 %	20,0 %	22,0 %
Klinikk for hode-, hals- og rekonstruktiv kirurgi	11,1 %	20,0 %	7,1 %
Nevroklinikken	19,7 %	22,1 %	19,6 %
Ortopediklinikken	16,3 %	33,3 %	28,8 %
Barne- og ungdomsklinikken	19,4 %	27,3 %	25,9 %
Kvinneklinikken	27,3 %	29,1 %	21,3 %
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	26,0 %	26,7 %	26,0 %
Kreftklinikken	30,1 %	23,3 %	22,5 %
Hjerte-, lunge- og karklinikken	23,4 %	21,9 %	17,2 %
Akuttklinikken	17,4 %	14,8 %	20,0 %
Prehospital klinikk	9,1 %	0,0 %	0,0 %
Klinikk for laboratoriemedisin	20,8 %	26,1 %	23,7 %
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	19,4 %	22,2 %	19,6 %
Oslo sykehusservice	18,8 %	20,0 %	14,9 %
Andre	0,0 %	0,0 %	0,0 %
TOTALT (ut fra unike artikler)	23,9 %	24,0 %	23,0 %

Tabell 16. Andel av artiklene som er publisert i tidsskrifter på nivå 2, pr. 31.8.

Andelen er redusert for sykehuset som helhet, og for de fleste av klinikkene. Antall artikler på nivå 2 har økt, men ikke i samme grad som antallet på nivå 1.

Doktorgrader avlagt ved universiteter og høyskoler og utført ved helseforetaket

Tallene pr 1. halvår 2017 viser at reduksjonen i antall doktorgrader ikke har fortsatt etter det markerte fallet gjennom 2015 og 2016, som var en utvikling vi også så nasjonalt. Reduksjonen de siste årene har vært forventet, gitt at flere sentrale finansieringskilder har lagt om sin finansiering i retning av flere postdoktorstipender og færre doktorgradsstipender.

Målesystemet for helseforetakene avviker fra universitets- og høyskolesektorens målesystem, og antall doktorgrader som krediteres i helseforetakenes målesystem kan derfor være lavere enn det antallet klinikkene vurderer at de har ytt reelle bidrag til. Det endelige tallet for 1. halvår 2017 vil bli noe redusert som følge av den årlige kvalitetssikringen og poengdeling med andre helseforetak, som foregår primo 2018.

Klinikk	Pr 1. halvår 2015	Pr 1. halvår 2016	Pr 1. halvår 2017
Klinikk psykisk helse og avhengighet	5,75	4	4
Medisinsk klinikk	3	4	7
Klinikk for hode-, hals- og rekonstruktiv kirurgi	1	1	1
Nevroklubnikken	10	11	9
Ortopediklubnikken	2,5	1	0
Barne- og ungdomsklubnikken	3	2	3
Kvinneklubnikken	3	0	1
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	5	4	5
Kreftklubnikken	19	10	13
Hjerte-, lunge- og karklubnikken	5,75	4	5
Akuttklubnikken	5	2	3
Prehospital klinikk	0	0	0
Klinikk for laboratoriemedisin	7	7	9
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	2	1	2
Oslo sykehusservice	0	1	0
TOTALT doktorgrader utført ved OUS	72	52	62

Tabell 17. Doktorgrader hovedsakelig utført ved Oslo universitetssykehus pr 1. halvår

Det er for 2015 tatt hensyn til at noen doktorgrader er delt mellom klubnikker og helseforetak.

Kliniske studier med industripartner

Nytt fra og med forrige tertial er en oversikt over kliniske studier med industripartner, innhentet fra Inven2, som håndterer avtaler om slike studier på vegne av Oslo universitetssykehus HF. Det er et mål fra eier å styrke infrastruktur for kliniske studier og at flere pasienter tilbys deltakelse i kliniske studier (tabellen viser ikke såkalte forskerinitierte kliniske studier uten industripartner).

Løpende avtaler med industripartner, håndtert av Inven2	Pågående pr 2. tertial 2017
Klinikk psykisk helse og avhengighet	
Medisinsk klinikk	61
Ortopedisk klinikk	4
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	2
Nevroklubnikken	19
Kvinneklubnikken	2
Barne- og ungdomsklubnikken	14
Kreftklubnikken	131
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	15
Hjerte-, lunge- og karklubnikken	14
Akuttklubnikken	5
Prehospital klinikk	2
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	3
Klinikk for laboratoriemedisin	4
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	
Sum løpende avtaler - studier med industripartner	276

Tabell 18. Pågående studier - løpende avtaler med industripartner håndtert av Inven2

Antall pågående studier er noe økt fra forrige tertial (fra 257 til 276), men antall nye studier som settes i gang er redusert noe de siste to årene – anslagsvis 10 prosent. Industrien rapporterer til Inven2 om manglende kapasitet i klinikkene til å påta seg nye studier i miljøer hvor de har mange studier/produkter planlagt fremover.

Andre kliniske studier og forskningsprosjekter

For andre kliniske studier og forskningsprosjekter med REK-godkjenning, vil fullstendig oversikt foreligge i CRISStin prosjektkatalog i løpet av oktober 2017. Dette vil i første omgang gi oss mulighet til å hente ut aggregerte prosjektoversikter på institusjonsnivå.

Parallelt med dette, er det i regi av driftsstyret på Kreftområdet i Oslo universitetssykehus (CCC-konseptet), igangsatt et pilotprosjekt for utviklingen av et Forskningsadministrativt system, der planen er å gjenbruke data fra CRISStin prosjektkatalog i kombinasjon med noe egenregistrering, for å få nødvendig oversikt over kliniske studier på Kreftområdet. Forskningsstøtte (Oslo sykehuservice) har fått i oppdrag å utarbeide en kravspesifikasjon med frist 1. november. Gitt nødvendig tilslutning, vil dette også danne grunnlag for en felles løsning for hele sykehuset.

6.2 Innovasjon

Alle ideer/oppfinnelser som kan kommersialiseres og/eller gi opphav til næringsutvikling vurderes og håndteres av Inven2¹. Innovasjonsavdelingen i Oslo universitetssykehus mottar og viderefører øvrige ikke-patenterbare ideer knyttet til produkt-, prosess- og tjenesteinnovasjoner. Innovasjonsavdelingen og Inven2 bistår også med innovasjonsarbeid for andre sykehus i regionen.

Antall innmeldte oppfinnelser til Inven2 er fortsatt meget tilfredsstillende i andre tertial 2017, når man ser på totalnivået i 2015 og 2016. Innovasjonsavdelingen har prioritert å gjennomgå og rydde prosjektporteføljen i Idépoliklinikken. Antall innmeldte ideer gjenspeiler denne prioriteringen, fremfor aktiv promotering for idéfangst.

Klinikk	Totalt 2015		Totalt 2016		Akkumulert pr 2. tertial 2017	
	Inven2	Idépolikl.	Inven2	Idépolikl.	Inven2	Idépolikl.
Klinikk psykisk helse og avhengighet	8	2	4	3	2	1
Medisinsk klinikk	3	2	2	3	2	4
Klinikk for kirurgi og nevrofag	3	3	3	-	-	-
Ortopedisk klinikk	-	-	-	1	0	0
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	-	-	-	3	4	0
Nevroklinikken	-	-	-	0	3	0
Kvinne- og barneklinikken	2	1	3	-	-	-
Kvinneklinikken	-	-	-	1	0	0
Barne- og ungdomsklinikken	-	-	-	0	1	2
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	13	0	19	1	-	-
Kreftklinikken	-	-	-	1	12	0
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	-	-	-	0	3	1
Hjerte-, lunge- og karklinikken	2	1	4	0	3	0
Akuttklinikken	6	10	4	1	12	1
Prehospital klinikk	-	-	0	0	-	0
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	35	1	31	-	-	-
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	-	-	-	2	1	1
Klinikk for laboratoriemedisin	-	-	-	4	16	3
Oslo sykehuservice og Direktørens stab	0	16	2	10	0	1
Næringsliv/andre	-	-	-	-	-	2
Totalt	65	36	72	30	53	16

Tabell 19. Nye innmeldte oppfinnelser (DOFI) til Inven2 og ideer til Idépoliklinikken ved Oslo universitetssykehus HF

Merknad: tall fra Inven2 AS følger i 2015/2016 gammel klinikkstruktur. Merk at ideer/DOFI telles hos flere klinikker når ideen involverer flere klinikker. I totalsum er hver DOFI kun talt én gang, og utgjør dermed ikke summen av de andre tallene.

¹ Inven2 er Norges største aktør innen kommersialisering av forskning og eies av Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus.

Pågående prosjekter

Antall pågående innovasjonsprosjekter som er registrert hos Idépoliklinikken er synkende. Noe av grunnen er at Innovasjonsavdelingen har gjennomgått porteføljen grundig, og inaktive prosjekter er tatt ut av statistikken.

Antall pågående prosjekter hos Inven2 er økende i 2.tertial. Hovedgrunnen er at rapporteringen i 2. tertial inkluderer prosjekter i andre faser, som ikke tidligere ble rapportert. Antallet er fortsatt økende om vi kun ser på antallet prosjekter som er i forretningsutviklingsfasen, slik som tall fra 1. tertial viser.

Klinikk	Innovasjonsprosjekter hos Inven2		Innovasjonsprosjekter hos Idépoliklinikken	
	1. tertial 2017	2. tertial 2017	1. tertial 2017	2. tertial 2017
Klinikk psykisk helse og avhengighet	1	2	4	2
Medisinsk klinikk	2	3	3	4
Ortopedisk klinikk	0	1	1	1
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	0	1	1	0
Nevroklubben	1	4	1	1
Kvinneklubben	1	0	1	1
Barne- og ungdomsklubben	2	3	0	1
Kreftklubben	22	34	0	1
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	7	2	1	1
Hjerte-, lunge- og karklubben	3	2	1	1
Akuttklubben	9	17	6	3
Prehospital klinikk	0	0	0	1
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	4	3	2	1
Klinikk for laboratoriemedisin	17	23	2	2
Kreftregisteret	0	0	1	1
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	1	1	8	5
Næringsliv/andre	-	-	5	5
Totalt	59	89**	37	30***

Tabell 20. Pågående innovasjonsprosjekter i porteføljen til Oslo universitetssykehus HF

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

** Endret tellemåte: inkluderer nå også prosjekter før og etter forretningsutviklingsfasen

*** Inaktive prosjekter er nå tatt ut av statistikken og trekkes tallet ned.

Det er fortsatt en utfordring at flere klinikker melder om vedvarende tidspress og kapasitetsproblemer når det gjelder ressurser til forskning og innovasjon. Antall aktive ideer og prosjekter er delvis avhengig av kapasiteten til Inven2, Innovasjonsavdelingen og klinikkene. Etter hvert som innovasjonskulturen og infrastrukturen i økende grad kommer på plass i sykehuset, vil Innovasjonsavdelingen iverksette tiltak for å øke idétilfanget, da man i større grad vil være i stand til å dedikere tiden som kreves til idéutvikling, testing og implementering.

6.3 Utdanning

Spesialistutdanning av leger

Oslo universitetssykehus HF har startet et prosjekt for planlegging og implementering av læringsmålene innen del 2 og 3 av ny spesialistutdanning. Det er oppnevnt ledere for spesialitetsspesifikke arbeidsgrupper innen alle de 43 spesialitetene ved sykehuset. Utdanningsavdelingen er i gang med oppstartsmøter i hver klinikk.

Første fase av prosjektet er å planlegge for implementering av læringsmålene i det som er felles kompetansemøduler, da disse allerede er forskriftsfestet. Neste fase blir å planlegge for implementering av læringsmålene innen hver spesialitet, så snart disse er forskriftsfestet (forventes vedtatt av Helsedirektoratet på nyåret).

Regionalt utdanningscenter for leger i spesialisering (RegUt)

Oslo universitetssykehus HF skal ivareta oppgaven med å drifte Regionalt utdanningscenter for leger i spesialisering (RegUt) for Helse Sør-Øst. Leder for enheten er nå på plass.

RegUt har opprettet et eget fagråd med medlemmer fra alle helseforetak i regionen, samt Diakonhjemmet og Lovisenberg. Fagrådet er et rådgivende organ som RegUt aktivt bruker i sin virksomhet. RegUt Helse Sør-Øst samarbeider tett med tilsvarende regionale utdanningscenter i øvrige helseregioner, for blant annet å sikre en likeverdig nasjonal spesialistutdanning av leger. Videre skal RegUt overta alle kurs som i dag organiseres av Legeforeningen (> 200 kurs årlig). I nærmeste framtid er implementering og kvalitetssikring av ny spesialistutdanning for leger i sykehusene i Helse Sør-Øst en viktig oppgave for RegUT.

Spesialsykepleiere

Det er fortsatt stor mangel på spesialsykepleiere. Det lages nå en strategisk handlingsplan som innebefatter både sykehusovergrepene og klinikkspesifikke tiltak. Det utredes hvorvidt det er behov for å etablere flere deltidsutdanninger fremfor utdanninger på heltid. Det jobbes videre med å integrere teoriundervisningen, som Akuttklinikken intensivavdeling gjennomfører for sine nyansatte sykepleiere, i intensivsykepleierutdanningen på Lovisenberg diakonale høgskole.

Praksisplasser innen helsefagene på bachelornivå

Det er en stor utfordring at høyskolene stadig etterspør et betydelig antall flere praksisplasser til sine studenter. Dette skjer til tross for at Kunnskapsdepartementet ikke har økt kravene til høyskolene om å utdanne flere. Denne problemstillingen drøftes med aktuelle utdanningsinstitusjoner og Helse Sør-Øst RHF, fordi det har betydning for en forutsigbar planlegging, finansiering, pasientsikkerhet, arbeidsmiljø og studentenes læringsmiljø.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

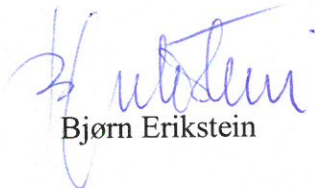
Dato møte: 26. oktober 2017
Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans
Vedlegg: Ingen

SAK 64/2017 BUDSJETT 2018

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Oslo den 19. oktober 2017



Bjørn Erikstein

1. Innledning

Denne styresaken gir en kort orientering om det videre arbeidet med budsjett 2018. Det er lagt spesiell vekt på inntektsforutsetningene og status i klinikkenes arbeid med gjennomføring av budsjett 2018.

2. Tidligere styrebehandling

Styret har behandlet saker om økonomisk langtidsplan og budsjett flere ganger i 2017. Ved behandling av sak 54/2017 den 29. september fikk styret en kort orientering av om arbeidet med budsjett 2018.

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.*

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.

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.*

3. Administrerende direktørs vurdering

Det har lenge vært kjent at budsjettsituasjonen i 2018 ville være krevende selv om store deler av inntektsforutsetningene har vært uavklart. I budsjettskriv til klinikken i juli 2017 skrev derfor administrerende direktør følgende:

«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 støtteklinikkene må det legges til grunn at det arbeides med forbedringer i størrelsesorden 3 prosent. 1 prosent av effektivitetsforbedringen skal konkretiseres som kostnadsreducerende tiltak.»

Regjeringens budsjettforslag for 2018 gir ikke grunnlag for endring av administrerende direktørs vurdering av budsjettsituasjonen for 2018. Fortsatt er imidlertid viktige deler av inntektsforutsetningene uavklart. Konsekvensene av et nytt ISF-regelverk for 2018 og et nytt takstsystem for polikliniske laboratorier er fortsatt ikke kjent. Men den kunnskapen vi nå har gir grunn til å anta at de negative konsekvensene for Oslo universitetssykehus HF vil kunne bli betydelige.

Som det fremkommer av sak 63/2017 om rapportering etter september, er det fortsatt usikkerhet knyttet til bruk av tildelt låneramme til finansiering av fase II investeringer til oppgraderinger og tilsynsavvik. Dersom midlene ikke kan brukes slik helseforetaket så langt har lagt til grunn, blant annet i Økonomisk langtidsplan, reduserer dette foretakets handlingsrom innenfor investeringsområdet i 2018 betydelig.

Administrerende direktør har spilt inn behov for finansiering av flere aktiviteter og oppgaver som utføres ved Oslo universitetssykehus HF og som ikke var kjent i forbindelse med fastsettelse av rammer i Økonomisk langtidsplan. Det pågår en dialog med Helse Sør-Øst RHF om mulige løsninger for dette i budsjett 2018.

Administrerende direktør har fordelt oppgaven med resultatforbedring til klinikkene, jf omtalen ovenfor. Klinikken leverte 12. oktober oversikt over tiltak som er planlagt så langt for 2018. Leveransen omfatter tiltak både med bakgrunn i programmet Forbedret drift og andre klinikkspesifikke tiltak.

Administrerende direktør er fornøyd med budsjettarbeidet i klinikkene så langt. Basert på klinikkens leveranser per 12. oktober er det identifisert tiltak med en økonomisk verdi på om lag 370 millioner kroner.

4. Faktum

Ved behandling av økonomisk langtidsplan 2017-2020 ble den økonomiske utfordring for budsjett 2017 vurdert. Det er etter dette ikke tilkommet vesentlig ny informasjon om inntektsforutsetningene. Statsbudsjettet ble lagt frem den 12. oktober. Helse Sør-Øst RHF har planlagt å distribuere inntektsrammer til helseforetakene den 6. november.

Klinikkene ble i budsjettskriv i juli bedt om å planlegge for forbedring av resultatene/drift i størrelsesorden 2-3 prosent for budsjett 2018. Klinikken leverte 12. oktober status for tiltaksarbeidet mv. Dette ble gått igjennom i budsjettseminar med klinikkledere og hovedtillitsvalgte tirsdag 17. oktober.

I punktene 4.1 og 4.2 under redegjøres for hovedpunkter fra statsbudsjettet for 2018 og problemstillinger vedrørende finansiering der Oslo

universitetssykehus HF har en dialog med Helse Sør-Øst RHF. Etter dette følger i pkt 4.3 en orientering om klinikkens arbeid med budsjett 2017.

4.1 Statsbudsjett 2018

Regjeringen la 12. oktober frem forslag til statsbudsjett for 2018.

Regjeringen varsler der at dagens modell for organisering av spesialisthelsetjenesten med fire helseregioner blir videreført.

Budsjettforslaget legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen på 2,0 prosent i 2018. Veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering. Regelen om at rusbehandling og psykisk helsevern hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikk videreføres. Det er budsjettert med en vekst på om lag 6,8 pst. innenfor laboratorie- og radiologiske undersøkelser i helseforetakene. For pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering (ISF) legges det til rette for en vekst på om lag 1,6 pst. fra 2017 til 2018.

Det er som utgangspunkt for budsjetttrammene forutsatt en samlet lønns- og prisvekst på 2,7 prosent. Denne er imidlertid på flere inntektsområder underregulert. Det foreslås blant annet et trekk i basisramme og aktivitetsbaserte inntekter mv på 0,5 prosent for å gi insentiver til mer effektiv statlig drift og skape handlingsrom for prioriteringer (avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen – ABE-reformen)).

Basert på foreløpig informasjon innebærer endringene i ISF-ordningen innenfor somatikken betydelig negative omfordelingseffekter for Oslo universitetssykehus HF. Helse Sør-Øst RHF har dialog med Helsedirektoratet for å få mer informasjon om årsaken til endringene.

Finansieringssystemet for laboratorieanalyser legges om fra 2018:

- Den aktivitetsbaserte refusjonen justeres ned i størrelsesorden seks-syv prosent.
- Dette kompenseres i basisrammen til de regionale helseforetakene, hvor Helse Sør-Øst RHF får 215 millioner kroner.
- Da det antas at takstene kan ha medført noe høyere kostnadsdekning enn tilsiktet, reduseres bevilgningen nasjonalt med 20 millioner kroner.

I møte om ISF 2018 har Helsedirektoratet i sin presentasjon skrevet at RHF-ene skal utjevne endring i refusjoner per HF i innføringsåret.

For ytterligere å stimulere til økt effektivisering, underreguleres de aktivitetsbaserte refusjonene for laboratorie- og radiologiområdet med om lag 40 millioner kroner medregnet ABE-reformen.

Til grunn for basisbevilgningen for 2018 ligger et anslått nivå for helseforetakenes samlede pensjonskostnader på 12 900 millioner kroner. Dette er 800 millioner kroner lavere enn bevilgningsnivået for 2017. Av den reduserte bevilgningen på 800 millioner kroner er Helse Sør-Øst sin andel 431 millioner kroner, jfr. Magnussen-andelen.

Øremerkede midler fra 2017 til Raskere tilbake-formål samles i ordinær ramme og skal legges til rette for videreføring og videreutvikling av gode tilbud til bl. annet arbeidsrettet rehabilitering, innenfor ordinær pasientbehandling. Oslo universitetssykehus HF sin ramme for Raskere tilbake i budsjett 2017 er på 61,4 millioner kroner.

Det er i statsbudsjettet gitt informasjon om at følgende større investeringer (over 500 millioner kroner) er under planlegging:

- Nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet ved Oslo universitetssykehus (se nærmere beskrivelse under)
- Ny regional sikkerhetsavdeling ved Oslo universitetssykehus
- Trinnvis utvikling av Gaustad og Aker ved Oslo universitetssykehus
- Protonsenter (det utredes to protonsentre og det skal planlegges for bygging av ett senter innen 2022)

Det foreslås bevilget 90 millioner kroner til nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet i 2018. Samlet låne-ramme er satt til 2,7 milliarder 2018-kroner. Etablering av et nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet er definert som en viktig del av framtidens Oslo universitetssykehus HF. Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok i fjor at Oslo universitetssykehus HF skal utvikles med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. Det er behov for nytt klinikkbygg på Radium-hospitalet fordi store deler av virksomheten foregår i bygninger som er gamle, lite funksjonelle og i dårlig stand.

Nye prosjekter som får lån fra 2018 underlegges ny rentemodell som innebærer generelt at helseforetakenes rentevilkår økes med om lag 1 prosentpoeng i forhold til dagens rentebetingelser.

4.2. Inntektsforutsetninger for Oslo universitetssykehus HF 2018

Helse Sør-Øst RHF tildelte foreløpige budsjetttrammer for 2018 i forbindelse med behandlingen av Økonomisk langtidsplan sist vår. Det foreligger nå ingen ny informasjon om den ordinære rammetildelingen.

Det er dialog med Helse Sør-Øst RHF om flere forhold i foretakets inntektsramme for 2018, og da særlig forhold som ikke var kjente på det tidspunktet da inntektsrammene for økonomisk langtidsplan forelå.

I tabellen under gis en oversikt over en del av disse forholdene:

Sak	Kort beskrivelse
Regionalt utdanningssenter	OUS har behov for økte ressurser til drift av regionalt utdanningssenter.
Behandlingslinje for ervervet hjerneskade hos barn og unge	Oslo universitetssykehus har fått et oppdrag over to år til å etablere og lede et prosjekt med å videreutvikle og implementere denne behandlingslinjen, med en finansiering på 4,3 millioner kroner. Foretaket har imidlertid ikke fått økte ressurser til behandling av økt antall pasienter.

TBI – traumatisk hodeskade – tidlig rehabilitering	Det er behov for å økt behandlingsskapasitet for voksne pasienter med alvorlig traumatisk hjerneskade. En opprusting av kompetanse, bemanning og skjerming av eksisterende areal med mulighet til bufferseng disposisjon er vurdert som nødvendig.
Spinraza	Nytt legemiddel som gis til barn med Spinal muskelatrofi. Kostnad per barn er pt 6 mnok i oppstartsåret og deretter 3 mnok per år. Saken forventes behandlet i Beslutningsforum i oktober.
Kreftmedikamenter - immunterapi	Jfr HSØ skal legemidler som er godkjent i Beslutningsforum dekkes av pasientens opptaksområde fram til det inngår i ISF-systemet.
Utredning ved SSE	Det er ønskelig med en «utreisetakst» slik at personell kan reise til pasienten for å vurdere behov for behandling i stedet for at pasient og pårørende må reise til OUS.
Behov for økt bevilgning til regionale funksjoner innenfor PHV	OUS har sendt konkrete søknader til HSØ.
Samhandlingsreformen (uttrekk basisramme og tilbud i Oslo kommune)	HSØ følger opp problemstillinger ifht betalingsansvar når KAD bruker ressurser innenfor for eksempel lab.området ved OUS, manglene etablering av øyeblikkelig-hjelp-tilbud innenfor PHV/TSB og pasienter som venter på kommunalt tilbud innenfor BUP-området
Finansiering av kostnader ifm etablering av internasjonale helseteam (ETM)	ETM medfører ekstrakostnader ved OUS. OUS har oversendt kostnadsestimat til HSØ og bedt om finansiering.
Ny avtalt bakvaktordning for luftambulansse	Det vil bli økte kostnader til dette, og OUS har bedt HSØ om finansiering.
Etablering av barnepalliativt team	Det er laget nye nasjonale retningslinjer for etablering av barnepalliative team ved regionsykehusene. OUS har bedt HSØ om finansiering.
Nye metoder/nye medikamenter som medfører økte ressurser innenfor patologi knyttet til molekylær kreftdiagnostikk	Oslo universitetssykehus HF har et økende press på etablering av mer molekylær kreftdiagnostikk. Dette er diagnostikk som er svært kostnadskrevende, spesielt knyttet til varekostnader, men også økt bemanning. Diagnostikken kan imidlertid redusere behov for behandling på klinisk side. OUS har bedt HSØ om finansiering.
Ny behandling ved bruk av antistoff	Det påløper store kostnader til bruk av antistoff. Så fremt det er gitt godkjenning på gruppenivå er det avklart med HSØ at kostnadene skal dekkes av pasientens opptaksområde.
Overføring av Vestby kommune fra AHUS til Østfold	Det er laget nye nasjonale retningslinjer for etablering av barnepalliative team ved regionsykehusene. OUS har bedt HSØ om finansiering.

4.3.Klinikkenes arbeid med budsjett 2018

Prinsipper og mål for klinikkvise rammer budsjett 2018

Det overordnede målet for fastsetting av klinikkvise rammer er at de skal sikre høyest mulig grad av effektivitet i helseforetaket, dvs. mest mulig helse i hver krone. I dette ligger at prinsippene for rammefordeling skal stimulere til effektiv utnyttelse av ressurser.

Et annet overordnet mål ved fordeling av rammer mellom klinikker i foretaket er rettferdighet (dvs at rammene gir en rimelig og akseptabel fordeling av ressurser mellom de ulike fagområdene).

Prinsippene for fordeling av rammer skal også spore til effektiv kapasitetsutnyttelse, dvs. at den stimulerer til spesielt statisk effektivitet. Dette kan enten legges inn eksplisitt i modellen i form av incentiver til pasientgjennomstrømning (stykkpris), eller i at man vektlegger dette som et moment i forbindelse med retningen på tildelinger over tid.

Det er også viktig at prinsipper for fordeling av rammer er konsistente i forhold til vedtatte strategier i foretaket, f.eks. krav om nullvekst i bemanning og krav om overholdelse av øvrige budsjettkrav som er fastsatt. Prinsipper for fordeling av rammer i 2018 må derfor ikke oppleves å gi positive incentiver for bemanningsvekst og underskudd i driften.

Prinsipper for fordeling av rammer i Oslo universitetssykehus HF må også sikre praktisk gjennomførbarhet, etterprøvnbarhet og robusthet. I dette ligger blant annet at prinsippene som velges må være gjennomførbare med en rimelig grad av ressursforbruk.

Rammefordelingsmodell OUS HF budsjett 2018

Det er over pekt på to hovedmotiver for utformingen av prinsipper for fordeling av rammer; prinsippene skal sikre effektivitet, både statisk og dynamisk, og oppleves rettferdig.

Ulike prinsipper for fordeling av rammer har fordeler og ulemper knyttet til disse to overordnede formålene. En retrospektiv modell basert på beregnede kostnader er uhensiktsmessig og sikrer verken effektivitet eller rettferdighet. En stykkprismodell bør ikke virke for sterkt. Kapasitetsutnyttelse bør heller sikres ved tett oppfølging. En behovsbasert modell er ikke egnet innenfor et sykehusforetak fordi den er for usikker i måling og ikke tar hensyn til funksjonsfordeling.

En inkrementell modell basert på historiske kostnader synes derfor å være den eneste reelle løsningen, og er modellen for fordeling av rammer for de fleste offentlige virksomheter. En slik modell hvor prinsippene for fordeling av rammer vil være basert på historiske kostnader (prognose) må tilpasses slik at den tar hensyn til fordelene ved spesielt de prospektive modellene. Et hovedpoeng er at man må gi stegene langsiktig retning.

Rammefordelingen er ett av flere virkemidler Oslo universitetssykehus HF kan ta i bruk for å nå sine mål. Ideelt sett benyttes rammefordelingsmodellen som

virkemiddel når dette er mer effektivt enn andre styringstiltak som for eksempel rapportering og tett oppfølging.

Klinikkvise krav i rammefordelingen ut over lønn- og pris vil i 2018 være begrunnet i forhold til:

- Ulik styringsfart fra 2017(prognose korrigert for engangseffekter)
- Ulik utvikling av årsverk siste år
- Skjønn knyttet til:
 - Ulik produktivitet(Intern benchmarking)
 - Prioriteringer og funksjonsdeling
 - Variasjoner i kapasitet og kapasitetsutnyttelse
 - Ulikheter knyttet til behov

Det legges ikke opp til større endringer fra hvordan rammene ble fastsatt for 2017 til fordeling av rammer for 2018.

Det viktigste ved fastsetting av rammer vil være at prioriteringer, prestasjoner og behov fokuseres gjennom analyser og løpende rapportering, ikke gjennom mekaniske endringer i måten man fastsetter rammer på. Historien må være med, men retningen i rammene vil i stor grad være basert på utøvelse av skjønn og ledelse.

Omstilling – budsjett 2018

Erfaringene fra omstillinger i driften så langt kombinert med omfanget av de økonomiske utfordringene framover tilsier at gjennomføringskraft i klinikkene må suppleres med tiltak på sykehusnivå. Dette betyr et sterkere fokus på at mange av de tiltakene som må gjennomføres i enhetene i linjen er generiske (i stor grad like på tvers av linjeorganisasjonen). Dette har vært et viktig område i budsjettprosessen for 2018 i foretakets ledergruppe gjennom programmet Forbedret drift 2017 – 2021.

I foreløpig budsjettleveranse fra klinikkene 12.10.2017 var klinikkene pålagt å kategorisere tiltakene i samsvar med prosjekter som gjennomføres i programmet forbedret drift 2017 - 2021.

Klinikkenes rapporterte status på tiltak viser at hovedfokus i omstillingsarbeidet for budsjett 2018 vil være på tiltak som omhandler styring og kontroll av bemanningsressurser. Utover dette melder klinikkene tiltak innenfor områdene poliklinikk, operasjon, medikamenter, lønnsomme investeringer, økt pasientbehandling uten vekst i bemanning og reduserte kostnader til innkjøp av varer og tjenester. De økonomiske konsekvensene av forbedringstiltakene innarbeides i de klinikkvise tiltakslistene. Status pr 12. oktober i klinikkenes arbeid med tiltak for budsjett 2018 har en økonomisk verdi på om lag 374 millioner kroner.

Status tiltak budsjettleveranse 12.10.2017	MNOK
Bedre innkrevningsrutiner	14
Begrense medikamentkostnadene	16
Lønnsomme investeringer	11
Forbedring av operasjonsdriften	31
Reduksjon av arealkostnader	0
Redusere innkjøpsutgiftene	16
Bedre gjennomføring av poliklinisk drift	12
Reduksjon og bemanningskostnader og ressursbruk	144
Øvrige klinikkvise tiltak	129
Sum tiltak	374

Behov for tiltak i budsjettet for 2018 vil bli avstemt mot endelige inntektsrammer som Helse Sør-Øst fastsetter i foreløpig tildeling 6. november. Frem mot styrebehandling i desember vil klinikkene gjennomføre nødvendig kvalitetssikring av tiltakene for å sikre en høyest mulig realiseringsgrad i 2018.

Klinikkene er bedt å vektlegge følgende i forbindelse med kvalitetssikring av tiltak i budsjett 2018:

- Tiltaket bør ha høy sannsynlighet for å lykkes
- Tiltaket bør vurderes til å ha et godt økonomisk potensiale (dokumentert økonomisk effekt)
- Tiltaket som krever organisatoriske endringer på tvers av klinikker må være «avstemt med nabo»
- Alle tiltakene må være konkretisert med en eier i lederlinjen som er ansvarlig for gjennomføring

4.4. Tidsplan for styrets behandling av budsjett 2018

Ut fra mottatt tidsplan for arbeidet med budsjett 2018 vil helseforetaket få foreløpige inntektsrammer fra Helse Sør-Øst RHF for 2018 6. november.

Helseforetakets investerings- og driftsbudsjett legges frem for styret til behandling 15. desember 2017.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

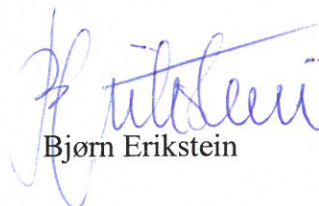
Dato møte:	26. oktober 2017
Saksbehandler:	Direksjonssekretær
Vedlegg:	Utkast til avtale om virksomhetsoverdragelse av Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse fra Oslo universitetssykehus til Folkehelseinstituttet

SAK 65/2017 VIRKSOMHETSOVERDRAGELSE AV NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR MIGRASJONS- OG MINORITETSHELSE FRA OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF TIL FOLKEHELSEINSTITUTTET

Forslag til vedtak:

- 1. Styret slutter seg til avtale om virksomhetsoverdragelse av Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse fra Oslo universitetssykehus HF til Folkehelseinstituttet.*
- 2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å slutføre og signere avtalen om virksomhetsoverdragelse.*

Oslo, den 19. oktober 2017



Bjørn Erikstein

Bakgrunn

I forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2017 vedtok Stortinget at det skulle tas sikte på å overdra Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse (NAKMI) fra Oslo universitetssykehus til Folkehelseinstituttet med virkning fra 1. januar 2018, jf. Prop. 129 (2016-2017) og Innst. 401 (2016-2017).

Helse og omsorgsdepartementet har i brev 16. mars 2017 og 5. september 2017 gitt Folkehelseinstituttet i oppdrag å gjennomføre overdragelsen. Helse Sør-Øst RHF har fått tilsvarende oppdrag i foretaksmøte 19. juni 2017 og har i brev av 2. oktober 2017 formidlet dette oppdraget til Oslo universitetssykehus HF.

Virksomhetsoverdragelsen beskrives i denne saken og vedlagte utkast til overdragelsesavtale legges frem for vedtak i styret.

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse ble opprettet ved Ullevål sykehus i 2003. Virksomheten holder til på Aker sykehus og har 15 ansatte. Den er organisert som en del av Medisinsk klinikk.

Senteret arbeider for å fremme kunnskap om helse og omsorg for innvandrere og deres etterkommere i Norge. Målet er å skape og formidle forskningsbasert kunnskap som fremmer god helse og likeverdige helsetjenester for personer med innvandrerbakgrunn. Senterets kjerneaktiviteter er forsknings-, utviklings- og formidlingsarbeid, herunder opplæring, veiledning og rådgivning. Senteret driver ikke pasientbehandling.

Senteret finansieres over statsbudsjettet og får et årlig oppdrags- og tilskuddsbrev fra Helsedirektoratet med beskrivelse av oppdrag, mål og føringer.

Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse har sammenfallende formål med Folkehelseinstituttet som skal produsere, oppsummere og kommunisere kunnskap for å bidra til godt folkehelsearbeid og gode helse- og omsorgstjenester. Med virksomhetsoverdragelsen ønsker Helse- og omsorgsdepartementet å samle kompetansen og kapasiteten som driver med forsknings-, utviklings- og formidlingsarbeid i forbindelse med asylsøkeres og innvandreres helse i en felles organisasjon for å bidra til en faglig styrking ved å skape et større og mer robust fagmiljø og gi tettere faglig samarbeid.

Senteret blir overdratt til Folkehelseinstituttet som en samlet enhet og organisert som en avdeling i område for helsetjenester. Senterets virksomhet gir mulighet for synergi og samhandling med flere fagmiljø og den permanente organiseringen skal bestemmes gjennom en prosess med involvering av ansatte både i senteret og i Folkehelseinstituttet for øvrig.

Virksomheten vil etter overføringen flytte til Folkehelseinstituttets lokaler på Myren i Oslo. Det overføres ikke fast eiendom, lokaler, innredning eller annet utstyr, med unntak av noe mindre IT-utstyr som mobiltelefoner og nettbrett.

Tre forskningsprosjekter som ikke er avsluttet på overdragelsesdato overdras til Folkehelseinstituttet. Før overføring gjøres det et arbeid for å sikre at nødvendige godkjenninger og databehandleravtaler foreligger samt at det ikke overdras sensitiv informasjon.

Med virksomhetsoverdragelsen overføres de ansatte til Folkehelseinstituttet. Overdragelsen skjer etter arbeidsmiljølovens regler om virksomhetsoverdragelse. Det vil si at ansatte tar med seg sine rettigheter og plikter over til Oslo universitetssykehus, slik dette følger av loven.

Ved overføringen blir ansatte innmeldt i Folkehelseinstituttets eksisterende pensjonsordning i Statens pensjonskasse.

Det er ikke vurdert å være noen spesiell risiko i forbindelse med virksomhetsoverdragelsen. Overdragelsen gjennomføres i en koordinert samarbeidsprosess mellom Folkehelseinstituttet og Oslo universitetssykehus. Ansatte holdes orientert. Den 4. oktober 2017 ble saken drøftet i henhold til hovedavtalen § 29, arbeidsmiljøloven § 16-5 og kapittel 8. Arbeidstakersiden hadde ikke innsigelser til overdragelsen.

Med overdragelsen overtar Folkehelseinstituttet det statlige tilskuddet til driften av Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse fra og med 2018. Senteret har noen prosjekter som finansieres ved ekstra tilskudd eller ekstern finansiering fra Helsedirektoratet og andre oppdragsgivere. For prosjekter som ikke er avsluttet og som skal videreføres etter overdragelsen vil prosjektenes øremerkede finansiering overføres til Folkehelseinstituttet. Virksomhetsoverdragelsen gir ikke andre økonomiske overføringer eller forpliktelser mellom partene.

Administrerende direktør anbefaler styret å gi sin tilslutning til avtalen om virksomhetsoverdragelse av virksomheten i Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse.

Det bes om at administrerende direktør gis fullmakt til å slutføre overdragelsesavtalen og signere den på vegne av helseforetaket.

Utkast

Avtale

om virksomhetsoverdragelse av

**Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og
minoritetshelse**

fra

Oslo universitetssykehus HF

til

Folkehelseinstituttet

Dato:

Dato:

.....
Folkehelseinstituttet

.....
Oslo universitetssykehus HF

1. Innledning

Helse og omsorgsdepartementet har i brev av 16. mars 2017 og 5. september 2017 gitt Folkehelseinstituttet i oppdrag å gjennomføre overdragelse av Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse fra Oslo universitetssykehus HF til Folkehelseinstituttet. Helse Sør-Øst RHF har fått tilsvarende oppdrag i foretaksmøte 19. juni 2017 og har i brev av 2. oktober 2017 formidlet dette oppdraget til Oslo universitetssykehus HF.

Denne avtalen regulerer virksomhetsoverdragelsen mellom partene, som er Oslo universitetssykehus HF (organisasjonsnummer 993 467 049) og Folkehelseinstituttet (organisasjonsnummer 983 744 516).

2. Virksomheten som overføres og overdragelsesdato

Virksomheten i Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse overdras fra Oslo universitetssykehus HF til staten ved Folkehelseinstituttet, fra og med overdragelsesdato 1. januar 2018.

Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse overføres vederlagsfritt som en helhet og pågående virksomhet, inneholdende ansatte, utvalgte avtaler, tillatelser med mer.

Begge parter vil bidra til at overdragelsen skjer uten avbrudd i driften i virksomheten slik at forpliktelser og rettigheter ivaretas og kunder og samarbeidsparter sikres leveranser.

3. Skjæringstidspunkt for ansvar

Skjæringstidspunkt for ansvar er overdragelsesdato.

Forpliktelser utover normal drift, med konsekvenser for Folkehelseinstituttet, som Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse pådrar seg etter signering av denne avtalen og frem til overdragelsestidspunktet, skal avtales skriftlig mellom partene.

4. Personalforhold

4.1. Overføring av ansatte

Ansatte i Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse overføres fra Oslo universitetssykehus til Folkehelseinstituttet fra og med overdragelsesdato, etter arbeidsmiljølovens regler om virksomhetsoverdragelse. Det vil si at arbeidstakere som overføres tar med seg sine individuelle rettigheter og plikter slik disse følger av lovens kapittel 16. En oversikt over ansatte som overføres utarbeides som vedlegg til denne avtalen.

4.2. Gjennomføring av overdragelsen

Partene vil sammen ivareta informasjonen til de ansatte om overføring av ansatte fra Oslo universitetssykehus til Folkehelseinstituttet. Hver av partene er ansvarlig for at det gjennomføres drøftinger og gis informasjon i tråd med arbeidsmiljølovens regler i kapittel 16.

4.3. Opplæring

Oslo universitetssykehus vil legge til rette for at personell kan få nødvendig opplæring i Folkehelseinstituttet sine rutiner med videre før overdragelsesdato. Folkehelseinstituttet forplikter seg til å gi nødvendig opplæring.

4.4. Økonomisk ansvar for forpliktelser

Forpliktelser opparbeidet før overdragelsesdato overfor ansatte som virksomhetsoverdras, står Oslo universitetssykehus økonomisk ansvarlig for. Ansvaret omfatter:

- Eventuell utestående lønn som følge av forsinkelser i lokale lønnsforhandlinger for 2017
- Overtid/kompensasjonssaldo opptjent av de ansatte før overdragelsesdato
- Variabel lønn opptjent av de ansatte før overdragelsesdato
- Lønn for ikke avviklede feriedager før overdragelsesdato.
- Reiseregninger for reiser gjennomført før overdragelsesdato

Ansatte som omfattes av virksomhetsoverdragelsen vil ikke kunne ta med seg opptjente avspaseringstimer (tidskonto) utover 45 timer til Folkehelseinstituttet. Oslo universitetssykehus skal informere de ansatte om dette.

Oslo universitetssykehus skal i størst mulig utstrekning la ansatte som omfattes av virksomhetsoverdragelsen ta ut oppsparte/opptjente rettigheter og betale ut alle forpliktelser til de ansatte før overdragelse til Folkehelseinstituttet.

4.5. Pensjoner

Ved overføringen blir ansatte innmeldt i Folkehelseinstituttets eksisterende pensjonsordning i Statens pensjonskasse.

4.6 Ansvar oppstått før overføring

Eventuelle ansvar knyttet til personell påført før overdragelsesdato forblir Oslo universitetssykehus ansvarlig for.

5. Eiendom

Virksomheten i Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse vil samtidig med overdragelsen bli samlokalisert med Folkehelseinstituttet. Det overføres ikke fast eiendom eller lokaler som del av overdragelsen.

Eventuelle leiekostnader påløpet før overdragelsesdato belastes OUS.

6. Utstyr

Hvis ikke annet er spesielt nevnt i denne avtalen overtar ikke Folkehelseinstituttet utstyr eller andre eiendeler i forbindelse med at de overtar virksomheten.

Oslo universitetssykehus beholder innredningen i de lokaler som benyttes av Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse på Aker sykehus.

7. IKT

Fra overføringsdato er Folkehelseinstituttet ansvarlig for og sørger for, tilgang og drift av nødvendig IKT-systemer for Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse.

Det overføres ikke lisenser, programvare eller maskinvare som tilhører Sykehuspartner HF. Som maskinvare i denne sammenheng regnes også kopimaskiner, skannere, skrivere og telefoner.

Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse har to egne tjenere (servere), de overdras ikke til Folkehelseinstituttet. Serverne skal være tilgjengelig for Folkehelseinstituttet i minimum en måned etter overdragelsesdato. Oslo universitetssykehus er ansvarlig for at serverne står sikret i sine lokaler og at data blir slettet på forsvarlig måte. Øvrig IT-utstyr og programvare som inngår i virksomheten og ikke eies av Sykehuspartner HF overdras til Folkehelseinstituttet. Det utarbeides en egen prosjektplan for overføringen.

Folkehelseinstituttet overtar fra overdragelsesdato avtaler i forbindelse med Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse sin hjemmeside og domenet «nakmi.no».

Overføring av virksomhetsinformasjon (data) er regulert i avtalens punkt 9.

8. Forskningsprosjekter

Alle på overdragelsesdato pågående forskningsprosjekter hvor Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse er ansvarlig for prosjektet alene, og der avtaler med underleverandører ikke er til hinder, er del av virksomhetsoverdragelsen. Informasjon, resultater, data og eventuell annet forskningsmateriale og dokumentasjon knyttet til pågående forskningsprosjekter overdras vederlagsfritt og til videre bruk.

I alle på overdragelsesdato pågående forskningsprosjekter hvor Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse har samarbeid med andre områder ved Oslo universitetssykehus, eller med eksterne parter, skal Oslo universitetssykehus ved Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse ta initiativ til at det inngås egen avtale for det enkelte prosjekt om fremtidig prosjektansvar, resultater, data, eventuell annet forskningsmateriale og dokumentasjon, samt immaterielle rettigheter tilknyttet forskningsprosjektene.

Partene er innstilt på at pågående forskningsprosjekter som er samarbeidsprosjekter med andre områder i Oslo universitetssykehus vil kunne fortsette som samarbeidsprosjekter etter overdragelsen.

Før overdragelsen av pågående forskningsprosjekter kan finne sted skal Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse ha en gjennomgang av hvert prosjekt med avdeling for informasjonssikkerhet og personvern i Oslo universitetssykehus for å avklare godkjenning av studien med datagrunnlag, herunder om nødvendige databehandleravtaler foreligger. Studier og forskningsprosjekter som ikke overføres skal være avsluttet og data være anonymisert.

9. Overføring av virksomhetsinformasjon

Dokumenter etablert før overdragelsestidspunktet og som er arkivert i Oslo universitetssykehus (herunder personalmapper), forblir i Oslo universitetssykehus.

Oslo universitetssykehus vil gi Folkehelseinstituttet informasjon og dokumentasjonen på forespørsel, slik at Folkehelseinstituttet er i stand til å videreføre forpliktelser og rettigheter knyttet til drift av alle deler av virksomheten som overdras.

Etter overdragelsestidspunktet benyttes Folkehelseinstituttets systemer for arkiv, dokumentstyring, personalforhold og avviksrapportering.

Annen virksomhetsinformasjon som er nært knyttet til virksomheten og som befinner seg hos Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse, overføres sammen med virksomheten til Folkehelseinstituttet på følgende vilkår:

Informasjon som overføres skal ikke inneholde sensitive opplysninger.

Den enkelte ansatte i Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse skal forsikre seg om at informasjon på eget filområde (hjemmeområde) og e-poster ikke inneholder sensitive opplysninger og bekrefte dette ved signatur før informasjonen kan overføres til Folkehelseinstituttet. Det samme gjelder for informasjon i eventuelle egne «skyggearkiver».

Ledere i Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse skal forsikre seg om at informasjon på felles filområder og felles e-poster ikke inneholder sensitive opplysninger og bekrefte dette ved signatur før informasjonen kan overføres til Folkehelseinstituttet. Det samme gjelder for informasjon i eventuelle felles «skyggearkiver».

10. Overføring av tjenesteansvaret for Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse

Fra overdragelsestidspunktet den 1. januar 2018, overtar Folkehelseinstituttet ansvaret for å yte oppgavene tillagt Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse.

Partene er enige om at overføringen skal skje på en slik måte at tjenesteytingen fra Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse oppbevares i overføringsfasen, uten unødvendig avbrudd.

For prosjekter som Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse viderefører etter overdragelsen, overtar Folkehelseinstituttet ansvaret for prosjektet (gjennomføring, ferdigstilling og økonomi osv.).

11. Økonomi

11.1 Overføring av finansiering

Driften av virksomheten i Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse har hovedsakelig vært finansiert gjennom øremerkede tilskudd tildelt etter søknad til Helsedirektoratet, se statsbudsjettets kapittel 762 post 70. Finansiering av driften i Folkehelseinstituttet reguleres av statsbudsjettet.

Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse har i tillegg noen prosjekter som finansieres ved ekstra tilskudd/ekstern finansiering fra Helsedirektoratet og andre oppdragsgivere. For prosjekter som ikke er avsluttet og som skal videreføres etter overdragelsen vil prosjektets øremerkede finansiering overføres til Folkehelseinstituttet.

Med unntak av mellomværende som eventuelt følger av punkt 11.5 i denne avtalen, medfører ikke virksomhetsoverdragelsen andre økonomiske overføringer eller forpliktelser mellom partene.

11.2 Regnskapsmessig virkning

Virksomhetsoverdragelsen har regnskapsmessig virkning fra overføringsdato.

11.3 Investerings- og etableringskostnader i Folkehelseinstituttet

Eventuelle investerings- og etableringskostnader i forbindelse med driften av Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse som følge av overtakelsen påligger det Folkehelseinstituttet å betale.

11.4 Egne kostnader i forbindelse med overdragelsen

Hver av partene bærer sine egne kostnader i forbindelse med utredning, etablering av dokumenter og prosess for å gjennomføre virksomhetsoverdragelsen, herunder kostnader forbundet med ivaretagelse av plikter som avgivende og mottakende arbeidsgiver.

11.5 Oppgjørsordning

For kortsiktige fordringer og gjeld som gjelder transaksjoner før overføringsdato innkrever Oslo universitetssykehus utestående fordringer og utbetaler skyldig gjeld.

Forpliktelser som gjelder forhold før overføringsdato, og som eventuelt må utbetales fra Folkehelseinstituttet i 2018, skal det etableres en oppgjørsordning for.

Leverandørgjeld som Oslo universitetssykehus eventuelt utbetaler i 2017 for vare- og tjenestekjøp som blir overført til Folkehelseinstituttet per 1. januar 2018, faktureres Folkehelseinstituttet samlet før 30. juni 2018.

Eventuelle feilutbetalinger vil håndteres fortløpende.

12. Eventuelle endringer i ressursgrunlaget

Dersom en part mener det er forhold som gjør at ressursgrunlaget er feil eller mangelfullt, skal parten ta dette videre i egen linje.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 26. oktober 2017
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Årsplan

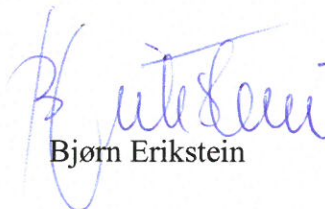
SAK 66/2017 PLAN FOR STYRET I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Styret setter opp et styremøte i begynnelsen av desember for å kunne behandle konseptfaserapport for klinikkbygg på Radiumhospitalet og konseptfaserapport for bygg til Regional sikkerhetsavdeling. Styrets behandling vil være grunnlag for Oslo universitetssykehus sitt innspill til styrebehandlingen i Helse Sør-Øst den 14. desember.

Forslag til vedtak

1. *Styret tar saken til orientering.*
2. *Reservetidspunkt for styremøte den 23. november 2017 utgår.*
3. *Styret setter opp et møte 4. desember 2017 fra klokken 10 til klokken 12.*

Oslo, den 19. oktober 2017



Bjørn Erikstein

Årsplan for styret i Oslo universitetssykehus HF

Møte	Vedtaksaker	Orienteringssaker
23. november 2017 kl 10-16	<i>Reservetid</i>	
4. desember 2017 kl 10-12	Konseptfaserapport klinikkbygg på Radiumhospitalet Konseptfaserapport RSA	
15. desember 2017 kl 10-16	Budsjett 2018 Valg av styret i Kreftregisteret	Rapportering per november Plan for styret ADs orienteringer
16. februar 2018 kl 10-16	Årlig melding 2017	Rapportering per januar Oppfølging styresaker Plan for styret ADs orienteringer Oppdrag 2018
22. mars 2018 kl 10-16	Oppdrag og bestilling 2018 Årsoppgjør 2017	Rapportering per februar Plan for styret Økonomisk langtidsplan ADs orienteringer
25. april 2018 kl 10-16	Økonomisk langtidsplan 2019-2022 Plan for internrevisjon 2018-2019	Rapportering per mars Plan for styret Årsrapport HMS 2017
31. mai 2017 kl 10-16	<i>Reservetid</i>	
21. juni 2018 kl 10-16	Styremøter i 2019 Ledelsens gjennomgang	Tertialrapportering 1. tertial med ledelsens gjennomgang Budsjett 2019 ADs orienteringer
27. september 2018 kl 10-16		Tertialrapportering 2. tertial Plan for styret Eierskap i selskaper Oppfølging styresaker Budsjett 2019 Møte med Brukerutvalget ADs orienteringer
25. oktober 2018 kl 10-16		Rapportering per september med Ledelsens gjennomgang Plan for styret Budsjett 2019 ADs orienteringer
25. oktober 2018 kl 16-20	Styreseminar	Styreevaluering
29. november 2017 kl 10-16	<i>Reservetid</i>	
14. desember 2018 kl 10-16	Budsjett 2019 Oppnevne valgstyre	Rapportering per november Plan for styret ADs orienteringer

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 26. oktober 2017

Saksbehandler: VAD fag, pasientsikkerhet og samhandling

Vedlegg: Ingen

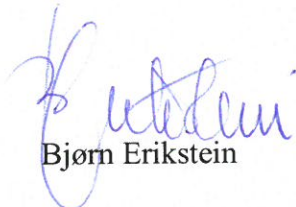
SAK 67/2017 MØTE MED BRUKERUTVALGET

Styret har en gang i året møte med helseforetakets brukerutvalg. Utvalget vil presentere sitt arbeid og kan ta opp tema med styret.

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 19. oktober 2017



Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 26. oktober 2017

Saksbehandler: Leder Direktørens kontor

Vedlegg:

SAK 68/2017 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER

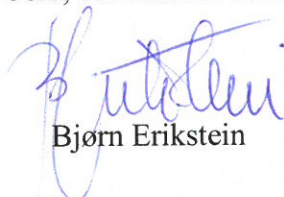
Følgende legges frem til orientering:

1. Eiendom
2. Pasientsikkerhet
3. Brukermedvirkning
4. Organisering i Direktørens stab
5. Medieomtale

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, 19. oktober 2017



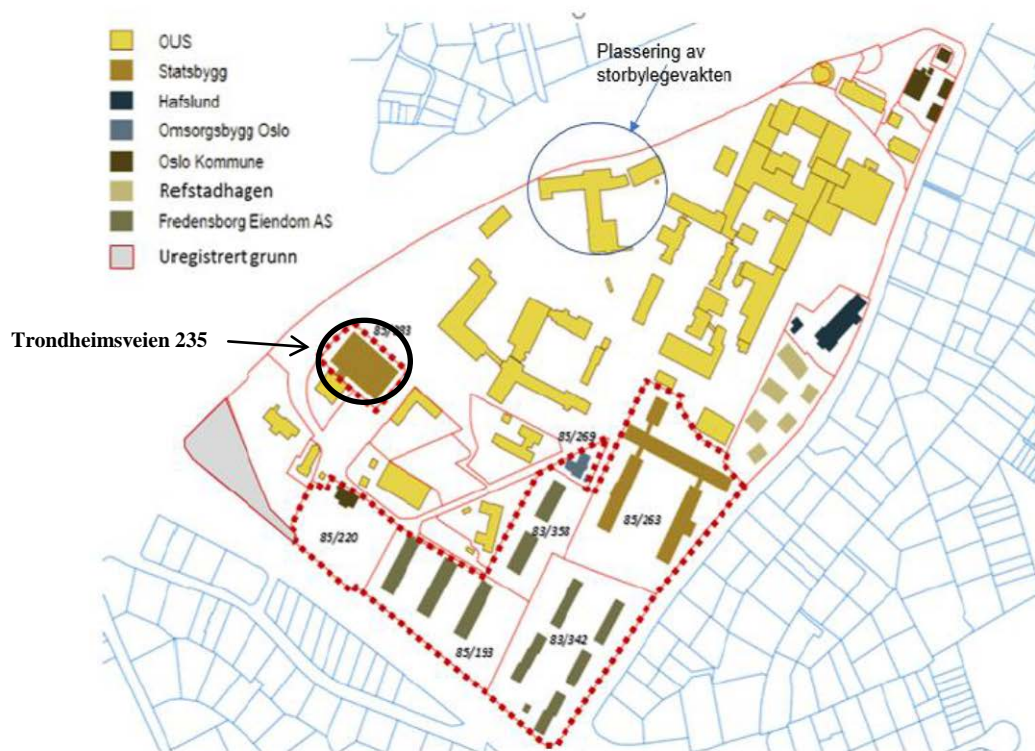
Bjørn Erikstein

1. EIENDOM

Tilbud på Trondheimsveien 235 på Aker sykehus tomten

Foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF har vedtatt at et lokalsykehus på Aker er del av Oslo universitetssykehus HF sitt fremtidige mål-bilde. Konseptfasearbeidet for lokalsykehuset på Aker er planlagt gjennomført i 2018.

I idéfasen er det foreslått å bygge ut somatikk på nedre del av tomten mot ring 3 og psykisk helsevern på østsiden mot Sinsenveien. Området på Aker består av flere tomter hvor Oslo universitetssykehus eier flesteparten. Det er imidlertid også tomter, eid av andre som vil bli berørt av sykehusutbyggingen. For å sikre tilstrekkelig utbyggingsareal, utvidelsesmuligheter og god adkomst i forbindelse med etablering av et lokalsykehus på Aker sykehus vil det derfor kunne bli behov for å erverve eiendommer. En av disse eiendommene er tomt gnr. 85, bnr. 283 som er ringet inn på kartet nedenfor. Eiendommen eies av Statsbygg som leier den ut til Sophies Minde Ortopedi AS. Helse Sør-Øst RHF har orientert Statsbygg og Helse- og omsorgsdepartementet om utbyggingsplanene. Statsbygg har informert om at de har budsjettert med salg av denne tomt i 2017, og har tilbudt Oslo universitetssykehus HF å kjøpe eiendommen. Det pågår dialog mellom partene om erverv av tomten.



Figur 11 Oversikt over tomteforhold på Aker

2. PASIENTSIKKERHET

Pasientsikkerhetsuke 13. – 17. november 2017

Sykehuset vil i perioden 13.-17. november arrangere en intern pasientsikkerhetsuke der alle avdelinger og klinikker fokuserer ekstra på bedring av pasientsikkerheten i foretaket. I tillegg til en rekke lokale tiltak vil det bli arrangert en rekke kurs, temasamlinger og stands ved alle de fire store lokalisasjonene. Fredag 17. november arrangeres et heldags pasientsikkerhetsseminar i Store auditorium på Rikshospitalet med en rekke spennende interne og eksterne foredragsholdere. Styrets medlemmer er velkommen til å delta på seminaret – påmelding for styret kan gjøres via styrets sekretær.

Program pasientsikkerhetsseminar:

Tid:	Tema:
07.45-08.00	Åpning av seminaret Ved adm.dir. Bjørn Erikstein
08.00-08.30	Resultater fra den norske pasientsikkerhetskampanjen Anne Grete Skjellanger, leder av pasientsikkerhetsprogrammet i Helsedirektoratet
08.35-09.05	Ledelse 10 år frem? Hva kreves av oss ledere og hvordan gjøre det? Inger Meland Buene, Avdelingssjef ved Sykehuset i Vestfold
09.10-9.30	Hvem fører i livets siste dans? Beslutninger i livets slutfase. Ved Berit Hofset Larsen
9.30-9.50	PAUSE
9.50 - 10.10	Når noe går galt men ikke hos oss - hvordan håndterer vi det? Gjennomgang av en case v/avdelingsoverlege Anne Cathrine Braarud, Prehospital klinikk
10.15 - 10.55	Pasientsikkerhet og risiko i OUS – et lite innblikk Overlege Anders Baalsrud
11.00-11.25	Helsekommunikasjon og språkbarrierer - hvordan unngå misforståelser når pasient og behandler har ulikt morsmål. Ved Thor Indseth fra Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse.
11.30-12.15	LUNSJ
12.15-12.45	Sepsis – fortsatt en utfordring i dagens akuttinntak Overlege Anders B Martinsen
12.50-13.20	Arbeidsmiljøet kan gå ut over pasientsikkerheten – en historie fra virkeligheten. Ved avdelingsleder Arnt Fiane, Thoraxkirurgisk avdeling.
13.25-13.55	Sikkerhetskultur i luftambulansetjenesten i lys av havariet på Sollihøgda; flysikkerhet vs. pasientsikkerhet Stephen Sollid, klinikkleder prehospital klinikk Sykehuset i Stavanger
13.55-14.10	PAUSE
14.10-14.40	Når fylkeslegen kommer....hva fører til en tilsynssak? Ved Fylkeslege i Oslo og Akershus Jan Petter Odden
14.40-15.00	Oppsummering v/ Sølvi Andersen ass. direktør for fag, pasientsikkerhet og kvalitet

3. BRUKERMEDVIRKNING

Regional konferanse om brukermedvirkning

Oslo universitetssykehus HF har fått i oppdrag fra Helse Sør-Øst å arrangere en regional konferanse om brukermedvirkning. Konferansen holdes 22.-23. mars 2018 på Thon hotell arena Lillestrøm.

Målgruppen for konferansen er representanter for brukerutvalg i Helse Sør-Øst, fagdirektører og ansatte i regionens helseforetak og sykehus, som har en relevant rolle og interesse for brukermedvirkning. Det tas sikte på likeverdig deltagelse mellom fagfolk og brukere i både planlegging, gjennomføring og deltagelse. Det er nedsatt en programkomité som er ledet av Brukerutvalgets leder, Tove Nakken.

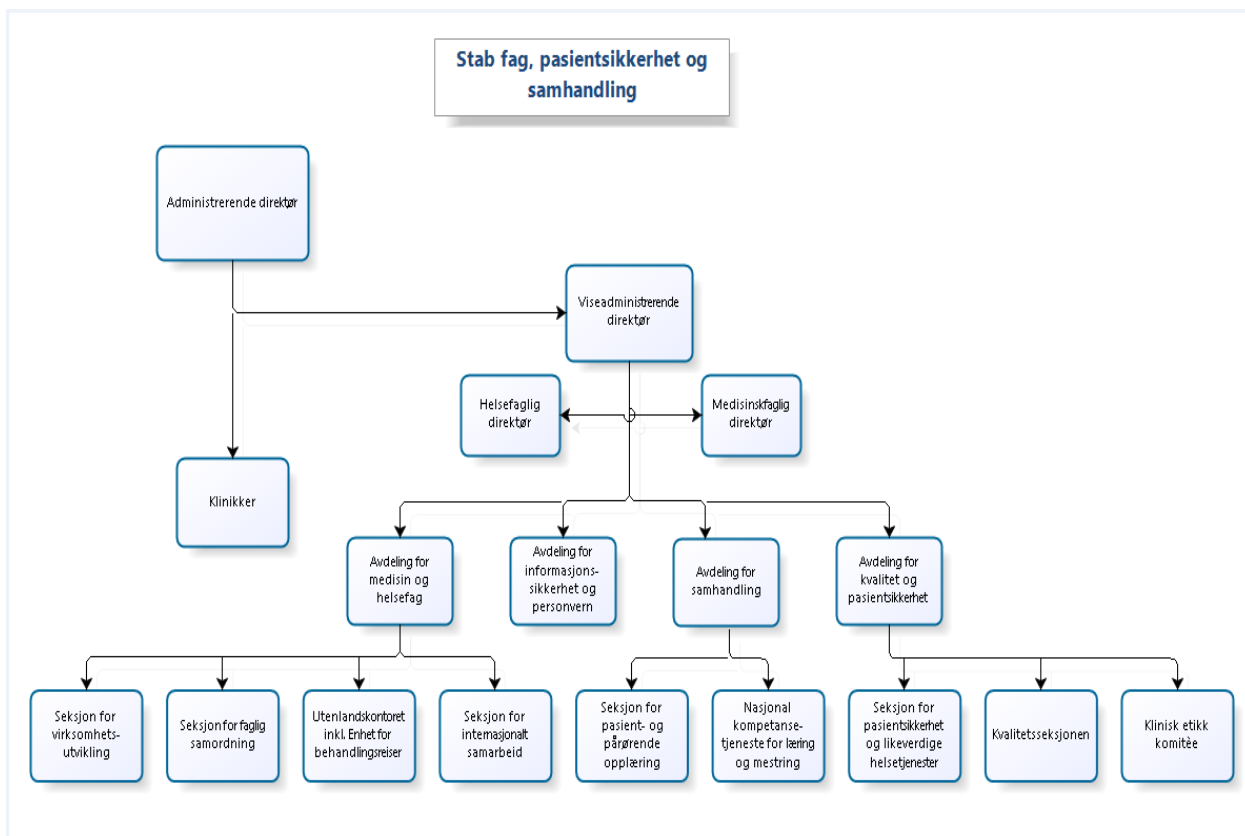
Målet med konferansen er å motivere sykehusene og deres brukerutvalg til å arbeide for å styrke pasientene og deres pårørende i sin rolle i behandlingsforløpet. Temaet som er valgt for denne konferansen er «Brukerinvolvering som forutsetning for pasientsikkerhet». Et viktig prinsipp i pasientsikkerhetsarbeidet er at pasienter og pårørendes kunnskap og erfaringer skal benyttes for å redusere risiko for uønskede hendelser, og være sentral i utviklingen og forbedringen av tjenestetilbudet både på individnivå, tjenestenivå og systemnivå. Konferansen vil belyse områder som er relevante for å bedre pasientinvolveringen i pasientsikkerhetsarbeidet, med et særskilt fokus på kommunikasjon og informasjon, eldrehelse, tvang og e-Helse.

Helse Sør-Øst bidrar med finansiering av planlegging og gjennomføring av konferansen med inntil 300.000 kr. Brukerrepresentantene skal få konferanse og opphold dekket av disse midlene.

4. ORGANISERING I DIREKTØRENS STAB

Organisering av Stab fag, pasientsikkerhet og samhandling

I forbindelse med organisasjonsprosessen som ble gjennomført i 2015-2016, ble det blant annet vurdert tilpasninger i direktørens stab. Med virkning fra 15. november 2016 ble de tre tidligere stabsenhetene Medisin, helsefag og utvikling, Pasientsikkerhet og kvalitet og Samhandling og internasjonalt samarbeid slått sammen til en stabsenhet med navnet Stab for fag, pasientsikkerhet og samhandling. Stab fag, pasientsikkerhet og samhandling ledes av viseadministrerende direktør Lisbeth Sommervoll. Fra 1. februar 2017 var alle avdelingsledere på plass i den nye stabsenheten, samt medisinskfaglig- og helsefaglig direktører og det ble umiddelbart satt i gang et videre organisasjonsarbeid i to av de nye avdelingene. Fra 1. juli var avdelingene ferdig organisert, seksjonert og ansatte innplassert.



5. MEDIEOMTALER 1. – 30. SEPTEMBER 2017

I september ble det registrert 1121 mediesaker om sykehuset, mot 1011 i august.

Periode	Antall saker	Vekting/etterlatt inntrykk	Vekting prosent	Kommentar
Sept 2017	1121		Positiv: 25 Nøytral: 54 Negativ: 4 Ikke vektet: 17*	Den store andelen nøytrale saker skyldes omfattende medieomtale av en sak om en pasient som ble overført fra Haukeland.

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

Sentrale saker i perioden:

Organdonasjon

Også i september var det stort fokus på organdonasjon, blant annet i forbindelse med organdonasjonsdagen. Eksempelvis så hadde Stavanger Aftenblad en artikkel om en kvinne som har levd med sin brors nyre i 40 år. Senere hadde A-magasinet en artikkel der de fulgte en lungetransplantasjon, og filmen «Snyltefaen» om Mathias som fikk ny lever ble publisert på Aftenposten TV. Samme uke ble nyre nr. 3000 fra levende giver transplantert ved Rikshospitalet, og dette fikk stor oppmerksomhet i sosiale medier og ble plukket opp av mediene, herunder NRK Østlandssendingen. I samtlige saker bidro fagpersoner fra sykehuset.

Spinal muskelatrofi (SMA)

TV2 hadde i september flere innslag om pasienter med SMA, med fokus på legemiddelpris og avgjørelsen i Beslutningsforum som er forventet i oktober. Ansatte ved barneavdelingen ble trukket frem som fagpersoner i nyhetssakene.

Utvidet nyfødtscreening

I september sa Beslutningsforum ja til nyfødtscreening for en komplisert immunsviktsykdom. Beslutningen medførte mye medieoppmerksomhet, og fagpersoner fra sykehuset uttalte seg i ulike kanaler.

Pasient overført fra Haukeland

En pasient ble i september overført fra Haukeland til sykehuset for en såkalt «second opinion» og saken medførte stor oppmerksomhet i mediene, og mye arbeid for medievaktene og involverte ved begge sykehusene som bidro til korrekt fremstilling i en meget vond sak.

Retinakirurgi ved Vestre Viken

Drammens Tidende og NRK Buskerud har hatt en rekke saker vedrørende retinakirurgi ved Vestre Viken, som ifølge ansatte ved Vestre-Viken urettmessig ble stoppet av Helse Sør-Øst. HSØ og våre ansatte uttalte seg om uriktigheten i saken og nådde delvis frem med fakta.

Leger mot nedleggelse av Ullevål

I slutten av september omtalte Dagens Medisin et opprop fra en rekke leger som ønsker å stoppe utviklingsplaner for OUS, og spesielt nedleggelse av Ullevål sykehus. Helse Sør-øst svarte ut saken i Dagens Medisin og på egne nettsider, da utviklingsplanene nå ledes av HSØ.

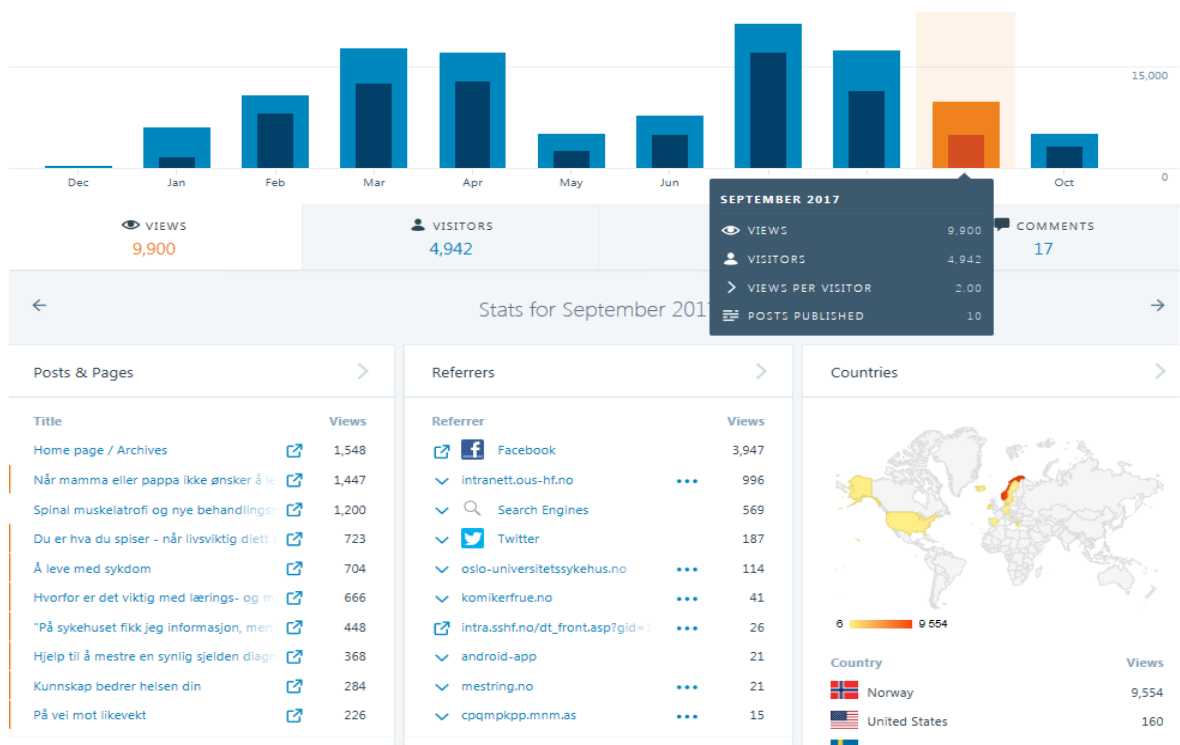
Sykehuset i sosiale medier:*Mest leste saker på sykehusets Facebook og rekkevidden av disse:*

Sak	Nådd
Vi delte video fra Ekspertsykehuset om den første hjertetransplantasjonen i Norge, ved pensjonert overlege og kirurg Odd.	101.920
«I dag ble nyre nummer 3000 fra levende giver transplantert på Rikshospitalet»	86.615
«I dag gjennomførte vi aortascreening nr. 10 000 her ved Oslo universitetssykehus (Aker)»	48.021
«Vi gratulerer Ida Skrinde Leren ved kardiologisk avdeling på Oslo universitetssykehus med Kongens gullmedalje for beste doktorgrad i medisin»	47.878
Ambulansetjenesten fra Oslo universitetssykehus stilte i Oslo maraton med store ekstra ressurser for å trygge liv og helse til deltagerne.	34.213

Mest leste saker på Ekspertsykehuset i september, samt rekkevidden av disse:

Temaet for bloggen Ekspertsykehuset var: Læring, mestring og brukermedvirkning. Sykehusets fagfolk bidro med 10 blogger, 3 artikler, 1 video og 2 nyhetssaker. Bloggen har gode lesertall, og ble i september lest 9900 ganger. To saker fikk spesiell oppmerksomhet: «Kurs i forkant av femdkirurgi» og «Forebygging og behandling av

brannskadde barn». Disse ble i tillegg vist i God Morgen Norge, med fagpersoner fra sykehuset i studio.



Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 26. oktober 2017

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Ingen

**SAK 69/2017 LØNNSREGULERING FOR ADMINISTRERENDE
DIREKTØR FOR 2017**

Saken behandles uten publikum jf. helseforetaksloven § 26 a. Forslag til vedtak blir lagt frem i møtet.

Oslo, den 19. oktober 2017

Gunnar Bovim
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 26. oktober 2017
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg:

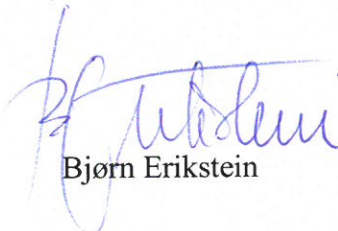
**SAK 70/2017 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA
STYREMØTE 26. OKTOBER 2017**

Protokoll blir lagt frem for vedtak i slutten av styremøtet.

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 26. oktober 2017.

Oslo, den 19. oktober 2017



Bjørn Erikstein