

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 27. oktober 2016
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Sakliste

SAK 61/2016 GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Oslo, den 20. oktober 2016

Anne Carine Tanum
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

Møtenavn:	Styremøte 7/2016
Dato møte:	27. oktober 2016
Møtetid:	Klokken 8.00 - 14.00
Møtested:	Radiumhospitalet, Forskningsbygget, seminarrom 1 og 2.

61/2016	Beslutning:	Godkjenning av innkalling og sakliste
62/2016	Beslutning:	Godkjenning av protokoll styremøte 29. september 2016
63/2016	Beslutning:	Ledelsens gjennomgang 2. tertial 2016
64/2016	Orientering:	Rapport per september 2016
65/2016	Orientering:	Budsjett 2017
66/2016	Beslutning	Kjøp av vaskeritjenester
67/2016	Beslutning:	Virksomhetsoverdragelse av Rettsmedisinske fag
68/2016	Orientering:	Plan for styrets arbeid
69/2016	Orientering:	Administrerende direktørs orienteringer
70/2016	Orientering	Presentasjon i møte av IKT-området
71/2016	Beslutning:	Lønn til administrerende direktør

Anne Carine Tanum
sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

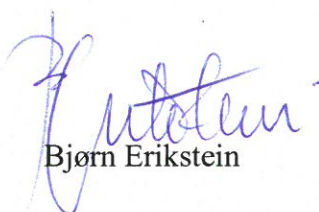
Dato møte: 27. oktober 2016
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Protokoll fra styremøte 29. september 2016

**SAK 62/2016 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA
STYREMØTE 29. SEPTEMBER 2016**

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 29. september 2016.

Oslo, den 20. oktober 2016



Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

UTKAST

Protokoll

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	29. september 2016
Dato møte:	29. september 2016 kl 8.00 – 13.10 på Radiumhospitalet i Oslo
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

Tilstede: Bjørg Månun Andersson, Else Lise Skjæret-Larsen, Svein Erik Urstrømmen, Anne Carine Tanum, Berit Kjøll, Ole Petter Ottersen, Aasmund Magnus Bredeli (ikke tilstede under sak 60/2016)

Forfall: Stener Kvinnsland,

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

Tilstede ellers: observatør fra brukerutvalget, konsernrevisjon og publikum

Sak 50/2016 Godkjenning av innkalling og sakliste

Styreleder Stener Kvinnsland hadde forfall. Møtet ble ledet av nestleder Anne Carine Tanum.

Vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Sak 51/2016 Godkjenning av protokoll styremøte 23. juni 2016

Vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 23. juni 2016.

Sak 52/2016 Rapport per august 2016

Vedtak:

Styret tar rapportering per august til orientering.

Sak 53/2016 Budsjett 2017

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 54/2016 Fullmakt til 2017-anskaffelser

Vedtak:

Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler om investeringer i bygg for 100 millioner kroner og investeringer i medisinsk-teknisk utstyr for 150 millioner kroner av investeringsrammen for 2017.

Sak 55/2016 Eierskap i selskaper

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 56/2016 Oppfølging styresaker

Vedtak:

Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak fram til og med august 2016 til orientering.

Sak 57/2016 Plan for styrets arbeid

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 58/2016 Administrerende direktørs orienteringer

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 59/2016 Møte med Brukerutvalget

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 60/2016 Presentasjon av senter for fremragende forskning NORMENT

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Stener Kvinnsland
styreleder
(forelagt)

Anne Carine Tanum
nestleder

Berit Kjøll

Björg Månum Andersson

Ole Petter Ottersen

Aasmund Magnus Bredeli

Svein Erik Urstrømmen

Else Lise Skjæret-Larsen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 27. oktober 2016

Saksbehandler: Kst. direktør for pasientsikkerhet og kvalitet

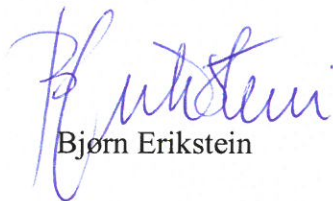
Vedlegg: 1. Risikovurdering med tiltaksplaner etter 2. tertial 2016
2. Utvalgte områder og kommentarer fra 2. tertial 2016

SAK 63/2016 LEDELSENS GJENNOMGANG 2. TERTIAL 2016

Forslag til vedtak:

Styret tar ledelsens gjennomgang fra 2. tertial 2016 til etterretning.

Oslo, den 20. oktober 2016



Bjørn Erikstein

Sammendrag

Den overordnede oppgaven for Oslo universitetssykehus HF i 2016 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 det ikke går ut over pasientbehandlingen. Helseforetaket fikk 18. februar 2016 tildelt sitt oppdrag fra eier, Helse Sør-Øst RHF. I tillegg har det vært foretaksmøter 9. juni, 24. juni og 13. oktober 2016.

I ledelsens gjennomgang 2. tertial er helseforetakets handlingsplan 2016 supplert med nye føringer fra eier og eksterne myndigheter lagt til grunn. Ledelsens gjennomgang ble holdt i september med hver klinikkleder, tilhørende klinikkstab og avdelingsledelse. Fokus var virksomhetsstyring, status måloppnåelse på utvalgte deler av handlingsplan 2016 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 andre resultater som påvirker pasientsikkerhet og kvalitet. Dette gjelder blant annet forløpstid i pakkeforløp, forekomst av uønskede hendelser, sykehusinfeksjoner og antibiotikabruk, bruk av pasienttilbakemeldinger, bruk av nasjonale kvalitetsregistre og indikatorer, oppfølging etter revisjoner, pasient- og pårørendeopplæring, avvikshåndtering, forbedringsarbeid i klinikken, forskning, innovasjon og utdanning.

Administrerende direktørs vurderinger og anbefalinger

Risikostyring er et viktig ledd i Oslo universitetssykehus HF sin totale virksomhetsstyring med oppfølging hvert tertial. Risikovurderingen 2. tertial inneholder ingen nye risikomomenter og er en oppfølging av analyser og tiltak presentert i 1. tertial.

Avdelingene har deltatt i klinikkleders gjennomgang og har oppdatert risikovurderingene ut fra situasjonsbildet ved utgangen av august. Innspillene fra klinikkene er tatt med i helseforetakets reviderte risikovurdering. Oppsummert risikoanalyse er bearbeidet i direktørens stab med innspill fra hovedverneombud, tillitsvalgte og sentralt Arbeidsmiljøutvalg før endelig beslutning i helseforetakets ledergruppe.

Det er flere risikomomenter som knytter seg til tyngre infrastruktur og som derfor tar tid å bringe til en tilstand med varig effekt. Det er likevel gledelig å registrere kontroll og fremgang innen enkelte risikoområder som «forløpstider og pakkeforløp kreft», «bemanningsstyring», «biobankvirksomhet» og «IKT-kostnader».

Selv om helseforetaket har store utfordringer og relativt høy risiko innen enkelte områder, er vurderingen at oppfølgingsregimet som er utviklet gjennom 2016 gir administrerende direktør mer helhetlig styring og intern kontroll. I tillegg til den gledelige utviklingen helseforetaket har på ventelister og fristbrudd, mottas det positivt at ledelsen også tydeligere setter temaer innen pasientsikkerhet, kvalitet og faglige resultater på dagsorden.

Fremstillingen av Ledelsens gjennomgang 2. tertial har to vedlegg; vedlegg 1 - risikovurdering og vedlegg 2 - utvalgte områder og kommentarer. Det jobbes fortsatt med evaluering av kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalgene og revisjon av helseforetakets kvalitetspolitikk. Det er derfor ikke et vedlegg om kvalitetssystemet (vedlegg 3) denne gangen.

De viktigste momentene i vedlegg 1 og 2 er referert kort videre i saksfremlegget.

Vedlegg 1 Risikovurdering – 1. tertial 2016

Tar utgangspunkt i pasientens perspektiv – (pasientbehandlingen)

Sykehusets viktigste oppgave er å avdekke risiko knyttet til pasientbehandlingen, og det gjennomføres mange tiltak for å begrense denne risikoen. Det er gledelig å konstatere en stabil positiv utvikling med økende kontroll på fristbrudd og reduserte ventetider for både eksterne og interne ventende. Ventetider og fristbrudd vil fortsatt ha stor oppmerksomhet for å stabilisere situasjonen og eventuelt bedre resultatene ytterligere. Sentrale virkemidler for å nå disse resultatene har vært bedre opplæring, tiltak for økt aktivitet, hyppige og pålitelige data tatt opp i ledermøte hver uke.

Sykehusets IKT-system DIPS har gitt forventede forbedringer. Det er fortsatt en utfordring innen radiologi at helseforetaket har to separate system. Det samme er tilfelle for laboratoriene. Det er også krevende at det ikke er etablert sømløse IKT-systemer innen sykehus og mellom sykehus, avtalespesialister og kommunetjenesten. Samhandlingsoverlege og praksiskonsulent bidrar positivt til å oppdatere og forenkle helseforetakets henvisningsadresser og til å forsterke samhandlingen med kommunetjenesten. Det gir ny giv i satsningen mot fastleger og kommunen.

Sykehuset har velfungerende pakkeforløp innen flere kreftformer, spesielt tykk- og endetarmskreft, føflekk- og hjernekreft. Det er fortsatt utfordringer i pakkeforløpene prostatakreft, brystkreft og underlivskreft hos kvinner. Det fokuseres på utrednings- og behandlingsskapasitet, ledelse og samhandling i pakkeforløpene innad og mot andre helseforetak for å bedre situasjonen. Ny modul for pakkeforløp i DIPS Arena forventes å forenkle registrering, monitorering og styrke ledelsens styringsinformasjon knyttet til pakkeforløpene. Samlet risikobilde for forløpstider og pakkeforløp kreft er justert ned i 2. tertial.

Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt

Sykehuset har fortsatt en stor arbeidsmiljøutfordring på grunn av bygningsmassens standard og plassforhold. Pålegg gitt av både Arbeidstilsynet, Branntilsynet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap er gradvis lukket og situasjonen bedret, men det gjenstår fortsatt flere tiltak fram mot 2019.

Det er i T1 og T2 2016 meldt inn 3057 HMS-avvik. I samme periode er det meldt inn 334 skader, hvorav 108 av dem var fraværsskader (H1= minst en dags fravær etter skade). Til sammenligning rapporterte bygnæringen gjennomsnittlig H1-verdi på 5,2 i 2015. Det arbeides med ulike tiltak for å minimere risiko ved vold, utagerende adferd og trusler, men også hyppig forekommende mindre alvorlige hendelser som stikkskader.

Arbeidspress og for liten bemanning rapporteres ofte i avvikssystemet. Avvikene omhandler individuelt opplevd arbeidspress, ubalanse pleiepersonell og pleietyngde /antall pasienter og/eller ikke tilstrekkelig kompetanse i vaktsituasjonen. Det er store ulikheter mellom enheter og klinikker, og det jobbes systematisk med å forbedre situasjonen der arbeidsbelastningen oppleves for høy.

Brudd på arbeidstidsbestemmelsene 2. tertial 2016 er redusert med 12,7 % sammenlignet med tilsvarende periode i 2015. Sett samlet har alle klinikkene vist en positiv utvikling. Risikobildet for bemanningsstyring er justert ned i 2. tertial.

Fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon – (forskning innovasjon og utdanning)

Det pågår et omfattende arbeid for å forbedre IKT-situasjonen for forskere, både i regi av Oslo universitetssykehus HF, Sykehuspartner og Helse Sør-Øst RHF. Risikobildet vil endres når systemene er implementert. Risiko knyttet til biobankvirksomhet er nedjustert i 2. tertial. Det har nå gjennomført nødvendige avklaringer og tiltak vedrørende lagringsforhold er på plass. Det er fortsatt like utfordrende å avsette tid og ressurser til kliniske studier, utdanning og innovasjon kombinert med klinisk virksomhet. Eier stiller i oppdragsdokumentet særskilte krav til forbedret infrastruktur og støttefunksjoner for kliniske studier og innovasjoner. Kravene er særskilt fulgt opp i ledelsens gjennomgang med klinikkene. Det arbeides med samarbeidsløsninger om innovasjoner med Oslo kommune, men foreløpig er finansiering uavklart.

Den nye spesialistutdanningen for leger er krevende for helseforetaket og følges tett på av utdanningsseksjonen. Det er fortsatt stor mangel på spesialsykepleiere innen flere fagområder. Utdanningskapasiteten ved høyskolen har økt innen anestesisykepleie. Det arbeides videre med nye studietilbud, styrking av innholdsmessig kvalitet og samarbeid knyttet til praksisdelen.

God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør –(økonomi og infrastruktur)

Aktiviteten 2. tertial har i rapporteringen fra NPR vist seg å være bedre enn først antatt. Kostnadsnivået ved tertialavslutningen var høyere enn budsjettert både for lønns-, vare- og andre driftskostnader. Gjennomføringsgraden av nye effektiviseringstiltak vurderes som god, men det er fortsatt risiko for at helseforetakets økonomiske resultat avviker negativt fra styringsmålet.

Den lave investeringsgraden og fornying av medisinsk teknisk utstyr bekymrer fortsatt. Det samme gjelder plassforhold og utbedring av bygningsmassen. I økonomisk langtidsplan 2017 – 2020 legges det til grunn et høyere investeringsnivå for å komme ut av situasjonen. For å kunne investere i ønsket takt, er det kritisk viktig at det holdes kontroll med driftskostnadene. IKT-kostnadene er i større grad under kontroll og risikobildet er følgelig nedjustert i 2. tertial.

Det er et jevnt antall kritiske feil i viktige IKT-applikasjoner. Dette vil først bedres når felles regionale prosjekter gjennomføres innen klinisk dokumentasjon og infrastruktur.

Vedlegg 2 Ledelsens gjennomgang – 2. tertial 2016

I styresak 43/2016, ledelsens gjennomgang 1. tertial ble det gjort rede for en foreslått endring i rapporteringen til styret. Sykehuset vil i tillegg til sentrale og kritiske aktiviteter gjennom året, velge ut ulike områder for nærmere presentasjon for styret i Ledelsens gjennomgang. Dette for å fordele og begrense omfanget av detaljer og omfattende saksfremlegg for styret, men samtidig ivaretar styrets ansvar og ønske om en helhetlig gjennomgang av helseforetakets aktivitet og utvikling.

Ledelsens gjennomgang er et verktøy for intern kontroll av helseforetakets lovpålagte oppgaver innen pasientbehandling, forskning og innovasjon, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende, men også for god virksomhetsstyring og resultatoppnåelse i forhold til oppdrag, mål og pasientopplevd kvalitet. I 2. tertial har oppfølgingen i helseforetaket satt fokus på virksomhet knyttet til pasient- og pårørendeopplæringen. Dette er nærmere belyst i vedlegg 2, kap.3.

Virksomhetsstyring, intern styring og kontroll

I ledelsens gjennomgang 2. tertial er intern kontroll av ulike virksomhetsområder, kvalitets- og pasientsikkerhetsselementer videreført.

Det meldes stadig flere uønskede hendelser i helseforetaket, og det er en gledelig utvikling så lenge ikke antallet alvorlige hendelser øker tilsvarende. Økningen tolkes dit hen at helseforetaket fortsetter å ha en meldekultur i positiv utvikling. Kjennskap til uønskede hendelser uten alvorlig konsekvens vil i seg selv gi mulighet for å iverksette flere forebyggende, risikoreduserende tiltak som på sikt vil kunne redusere forekomsten av mer alvorlige hendelser og pasientskader.

Det beskrives flere interne kontroll-tiltak som helseforetaket arbeider med herunder oppfølging av interne og eksterne revisjoner, minimetodevurderinger og miljø-sertifisering.

Pasientbehandling med fokus på pasientsikkerhet og samhandling

Sykehuset har i 2. tertial arbeidet videre med identifisering og oppfølging av tiltak for å bedre forløpstidene i pakkeforløpene. Det er utviklet møtestrukturer for å forbedre samhandlingen i pakkeforløpene internt mellom avdelinger i Oslo Universitetssykehus HF, med fastleger og andre helseforetak. Det er etablert forløpskoordinatorer og forløpsteam med forløpsleder i hvert pakkeforløp. I teamene gjennomgås rapporter om pakkeforløpene, kapasitets- og kvalitetsmessige utfordringer og det iverksettes kvalitetsforbedrende tiltak. Ikke alle forløpsteamene er foreløpig like godt i gang, men det jobbes videre med dette.

Registrering av pakkeforløpsmålepunkter i DIPS har vært en svært ressurskrevende oppgave for pakkeforløpskoordinatorene. Etter at DIPS Arena med ny funksjonalitet ble implementert i helseforetaket i slutten av mai, har det pågått opplæring i registrering av forløpstider i ny modul for pakkeforløpene. Rapporter i DIPS Arena vil forenkle monitorering av pakkeforløpene i OUS. Det er foreløpig ikke utarbeidet rapporter i DIPS Arena for pakkeforløp, men testing av rapporter er planlagt høsten 2016. Rapportene vil også forbedre ledelsens styringsinformasjon.

Sykehuset har velfungerende forløp innen flere kreftformer, spesielt er måloppnåelsen god innen tykk- og endetarmskreft, føflekk- og hjernekreft. Imidlertid har helseforetaket fortsatt utfordringer innen forløp som prostatakreft, brystkreft og underlivskreft hos kvinner. De utilfredsstillende resultatene innen enkelte pakkeforløp har trigget en betydelig satsning på å forbedre effektivitet og drift i helseforetaket gjennom bedre utnyttelse operasjonsstuer og økt operasjonskapasitet, bedre samhandling og utnyttelse av ressurser på tvers innen Avdeling for kreftbehandling, bedre MR-kapasiteten, innføre regionale MDT videokonferansemøter og flere andre tiltak hvor LEAN forbedringsmetodikk benyttes. Dette er nærmere beskrevet i vedlegg 2, pkt 2.1.

Sykehuset har i 2. tertial fulgt opp den offensive tilnærming til bruk av nasjonale kvalitetsindikatorer og nasjonale kvalitetsregistre. I alt dreier det seg om 87 nasjonale kvalitetsindikatorer for helseforetakene hvorav 33 danner grunnlag for nasjonal kvalitetsbasert finansiering. Oslo universitetssykehus HF drifter selv 19 av de 52 nasjonale kvalitetsregistrene. 8 er knyttet til Kreftregistret og de 11 resterende er knyttet til fagmiljø i ulike klinikker. De øvrige registrene driftes av andre regionssykehus.

Oslo universitetssykehus HF har overveiende gode resultater å vise til i de nasjonale målingene, men noen utfordringer med sammenligningsgrunnlaget. Det samarbeides videre med Folkehelseinstituttet om mer sofistikerte analyser som i framtid kan gi bedre sammenligningsgrunnlag. I ledelsens gjennomgang 2. tertial presentert klinikkene hvordan de benyttet kvalitetsregistre til forbedring og utvikling i klinikken. Det er flere eksempler i

helseforetaket på forbilledlig bruk av nasjonale kvalitetsregistre, mens enkelte enheter bør øke sin fokus på dette.

Sykehuset har 2. tertial fulgt opp prevalens av helsetjenesteassosierte infeksjoner i klinikkene. Sykehusets prevalensandel de siste 12 månedene (3. tertial 2015 og 1.+2. tertial 2016) av infeksjonene som rapporteres til Nasjonalt folkehelseinstitutt, er på 5,2 %. Det er litt høyere enn det nasjonale måltallet på 4,7% og lengre fra regionale måltallet på <3%. Det arbeides videre med flere smitteforebyggende tiltak i helseforetaket.

Pasienter med multiresistente bakterier er et økende problem i sykehus generelt. Oslo universitetssykehus HF har i oppdragsdokumentet ansvar for å etablere et antibiotikastyringsprogram i sykehus, og har også fått ansvaret med å utvikle et regionalt kompetansesenter for smittevern. Dette arbeidet er godt i gang.

Det fremgår i vedlegg 2, både antall og kategori av uønskede pasienthendelser og andel med betydelig skade/død. Det er små variasjoner i andel registrerte saker med betydelig skade/død. Det er laget en oppsummering av klage- og tilsynssaker via Pasientombudet eller Fylkesmannen, og saker hvor helseforetaket har fått brudd på lov eller forskrift er gjengitt i anonymisert kortversjon.

Vi har også valgt å gjengi et knippe med tilbakemeldinger fra brukerundersøkelsen som initieres ved sms-forespørsel til pasienter som har oppgitt sitt mobilnummer. Tilbakemeldingene skal benyttes i forbedringsarbeid i helseforetaket.

Opplæring av pasienter og pårørende

I 2. tertial har vi som nevnt innledningsvis valgt å ha tydeligere fokus på helseforetakets lovpålagte oppgave innen opplæring av pasienter og pårørendeopplæring. I ledelsens gjennomgang ble alle klinikkene bedt om å redegjøre for hvordan pasient- og pårørendeopplæring i kvalitetssikres klinikken. Det ble før utgangen av 2015 gjennomført en revisjon i helseforetaket som har avdekket svikt i oversikt over tilbud, enkelte mangler i utformingen av kursene, svikt i journaldokumentasjonen hos pasienter som er gitt tilbudet og manglende plan for samarbeid med primærhelsetjenesten om de tilbudene som klinikkene har for pasient- og pårørendeopplæring.

I møtene ble det også fokusert på tydeliggjøring av barneansvarlig lege for pasienter under 18 år, kjennskap til retningslinjen «Barn som pårørende» og «Råd for barn som pårørende». Det ble også gjort en utsjekk av rutinene for registrering i DIPS av pasienter med mindreårige barn.

Det er vedtatt å danne et Råd for ungdomshelse med oppstart i september 2016. Klinikken gjorde i ledelsens gjennomgang rede for hvordan de vil sikre bedre overgang fra barne- og ungdomsavdeling til voksenavdeling (ved 18 årsalder).

Forskning og utvikling

Akkumulerte tall på publikasjonsaktivitet j.fr. helseforetakets publikasjonsdatabase www.publika.no viser en fortsatt økende aktivitet 2. tertial sammenlignet med 2014 og 2015, både for helseforetaket totalt og i de fleste klinikker. Andelen av artikler publisert i tidsskrifter på nivå 2 er også økende for helseforetaket totalt, men ikke nødvendigvis for alle klinikker.

Den nasjonale trenden med reduksjon i antall doktorgrader viser seg gjeldende også i Oslo universitetssykehus og må sannsynligvis sees i sammenheng med omleggingen av finansieringen til flere postdoktorstipender og færre doktorgradsstipender.

Inven2 registrerte en økning i antall innkomne idéer sammenlignet med tidligere år i motsetning til Innovasjonsseksjonen hvor innmeldinger avtar. Flere klinikker melder i sine redegjørelser og risikovurderinger at et vedvarende tidspress går ut over forskning og innovasjon. Det arbeides med tiltak av strukturell karakter for å snu den negative trenden.

Oslo universitetssykehus er medvirkende i sentrale planleggingsoppgaver i ny modell for utdanning av leger i spesialisering. Flere arbeidsgrupper har arbeidet med utviklingen av del 1 i spesialistutdanningen med læringsmål og aktiviteter for indremedisin, kirurgi, psykiatri. Utdanningsseksjonen er også i gang med spesialistutdanningen i større fag der rotasjonsordninger og vaktbelastning er utfordrende med hensyn til læringsmål.

I samarbeid med Høyskolen i Oslo og Akershus tilpasses utdanningen av spesialsykepleiere både med hensyn til kapasitet (flere utdanningsplasser i anesthesisykepleie) og innhold – herunder utdanning av akuttsykepleiere til akuttmottakene og kvalitet i praksisopplæringen.

Oslo universitetssykehus HF tok i mot de første lærlingene i helsearbeiderfaget 24. august 2016.



Innholdsfortegnelse

1. Risikovurdering 2. tertial 2016 – beskrivelse av områder	1
Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv	1
Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt	2
Fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon	3
God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør	4
2. Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv (Pasientbehandling)	5
3. Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt.....	10
4. Fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon (Forskning, innovasjon og utdanning).....	12
6. God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør (Økonomi og infrastruktur)	14

1. Risikovurdering 2. tertial 2016 – beskrivelse av områder

Risikovurderinger og risikostyring er et viktig ledd i Oslo universitetssykehus sin virksomhetsstyring med rapportering og oppfølging hvert tertial. Arbeidet systematiseres gjennom en aggregering av lokale risikoanalyser fra alle deler av sykehuset. Denne framstillingen representerer risikobetraktninger på overordnet nivå i sykehuset og den er bearbeidet i direktørens stab og gjennomgått med hovedverneombud og hovedtillitsvalgte.

Risikoanalysen tar utgangspunkt i sykehusets Handlingsplan 2016 som er tuftet på strategidokumentets fire områder. Det forventes tilsvarende etableringer av lokale handlingsplaner på alle virksomhetsnivå. Det arbeides med å samordne tiltak fra risikoanalysen og andre kilder som revisjoner, arbeidsmiljøundersøkelser og brukerundersøkelser, inn i sykehusets og underliggende virksomheters handlingsplaner. Et skritt i dette arbeidet har vært å gi de fire risikoområdene samme benevnelse som hovedområdene i sykehusets strategi (benevnelsene som ble brukt tidligere er satt i parentes).

Risikovurderingen i 2. tertial er en oppfølging av analyse og tiltak presentert i 1. tertial. Avdelingene har ikke utarbeidet nye risikovurderinger for dette tertialet, men har deltatt i klinikkledernes gjennomgang og eventuelle revisjon. Innspill derfra er tatt med i den reviderte risikovurderingen på sykehusnivå. De fleste tiltakene er langsiktige og videreføres fra 1. tertial.

Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv

(Pasientbehandling)

Sykehusets viktigste og største utfordring er risiko knyttet til pasientbehandlingen, og det gjennomføres mange ulike tiltak for å begrense risiko. Som kjent er det allerede utført et omfattende og viktig arbeid knyttet til fristbrudd og langtidsventende, dels gjennom opplæring i korrekte registreringer i DIPS, dels gjennom en betydelig innsats for å korte ned ventetider og dels gjennom etablering av bedre lederverktøy for styring og oppfølging. Sykehuset har nå i større grad kontroll med fristbrudd og eksterne langtidsventende, men vil vektlegge ukentlig oppfølging fremover for å bedre resultatene ytterligere. Interne ventelister som omfatter pasienter inne i et forløp, vil i økende grad få oppmerksomhet fra ledelsen. Resultatene viser jevn nedgang i antall ventende og antall som venter utover tentativ dato for behandling eller kontroll. Når det gjelder kapasitet, har sykehuset fortsatt en vedvarende utfordring knyttet til utilfredsstillende arealer. Dette kan periodevis skape problemer med korridorpasienter i klinikker med stor andel øyeblikkelig hjelp.

DIPS – PAS/EPJ systemet har gitt forventede forbedringer i sykehuset. Ulike IKT-systemer innenfor radiologi og medisinske laboratorier er fortsatt problematisk. Elektronisk utsending av laboratoriesvar og epikriser representerer gradvise framskritt.

I dag mottar sykehuset omlag 50% av henvisningene elektronisk fra fastlegene. Elektroniske henvisninger mellom sykehus utprøves fortsatt i et samarbeid med Vestre Viken HF. Samhandlingsoverlege og praksiskonsulent har i dette tertialet gjort et betydelig arbeid for å oppdatere og forenkle sykehusets henvisningsadresser. Det forventes at dette vil øke andelen elektroniske henvisninger. Nye tjenestebaserte henvisnings-adresser publiseres 1. november 2016 i Norsk helsenett's adresseregister.

Pakkeforløp for kreft stiller store krav til koordinering. Det er innført 28 pakkeforløp i sykehuset, med forløpskoordinatorene, forløpsteam og forløpsledere. Sykehuset får månedlige rapporter fra NPR, og det er utviklet rapporter i sykehusets LIS. Sykehuset har etablert gode forløp innen flere kreftformer, spesielt er måloppnåelsen god innen tykk- og endetarmskreft, føflekk- og hjernekreft. Risikoen for dette området er noe nedjustert i 2. tertial. Imidlertid har sykehuset fortsatt stor utfordringer innen enkelte forløp som prostatakreft, brystkreft og underlivskreft hos kvinner. Det er kartlagt utfordringer knyttet til sentrale funksjoner som radiologi, patologi og deler av behandlingen. Det arbeides med tiltak for å bedre situasjonen.

Andel sykehusinfeksjoner og infeksjonsforekomsten av resistente bakterier er bekymringsfulle, og det arbeides både med presentasjon av robuste data og med handlingsplaner som skal bidra til økt fokus og forbedringstiltak. Det planlegges innført et elektronisk antibiotikastyringssystem, og en prosjektgruppe er i gang med arbeidet. I tillegg har sykehuset fått i oppgave å etablere et regionalt kompetansesenter.

Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt

(Arbeidsmiljø)

Av fysiske arbeidsmiljøutfordringer er bygningsmassens tekniske standard (eksempelvis VVS-forhold og elektro) og "plassforhold" fortsatt krevende. Pålegg om tiltak gitt av både Arbeidstilsynet, Branntilsynet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, er gradvis lukket og situasjonen bedret, men det gjenstår fortsatt flere tiltak fram mot 2019.

Det har i T1 og T2 2016 blitt meldt inn 3057 HMS-avvik. Antall registrerte HMS-avvik per netto månedsverk utgjør med dette 0,09 for T1 og T2 til sammen. Det har i samme periode blitt meldt inn 334 skader, hvorav 108 av dem var fraværsskader (H1=minst en dag fravær etter skade). Dette tilsvarer en H2-verdi (=alle skader med el uten fravær) på 14,0 og en H1-verdi på 4,5. Til sammenligning rapporterer byggenæringen gjennomsnittlig H1-verdi på 5,2 i 2015. De største skade-kategoriene (H2) er «fysisk arbeidsmiljø» (134 skader, hvorav flest skader er forårsaket av fall, slag, støt og klem), etterfulgt av «vold/trusler/utagerende adferd» (102 skader) og «smittevern» (41 skader, hvorav de fleste stikkskader). Det er innført nytt sikkerhetsutstyr som skal redusere risikoen for stikkskader, men så langt er det ikke sett noen tydelig effekt av dette. For å øke fokus på området er det igangsatt et nettverk av « stikkskade ressurspersoner» i alle avdelinger. Arbeidsmiljø-avdelingen koordinerer og står for opplæring. Ellers arbeides det med ulike tiltak innen sikkerhet for å minimalisere risiko ved vold / trusler samt skape økt bevissthet på problemstillingen i sykehuset.

I tråd med oppdragsdokumentet er det startet opp en intern arbeidsgruppe i sykehuset som skal se på synergier og gjensidige avhengigheter mellom pasientsikkerhet og helse, miljø og sikkerhet. Avviksregistrering i gråsonen mellom de to er et av områdene man ser på.

Arbeidspress og ikke tilstrekkelig bemanning er områder som rapporteres hyppig gjennom avvikssystemet. Avvikene omhandler både individuelt opplevd arbeidspress, ubalanse mellom antall ansatte vs. pasientantall / pleietyngde, og ubalanse i enheters totale kompetanse ved at ansatte på vakt ikke alltid har riktig kompetanse. Her er det store forskjeller mellom enheter og klinikker, og det jobbes systematisk med å forbedre situasjonen i flere av enhetene der arbeidsbelastningen oppleves for høy.

I 2. tertial 2016 er det registrert totalt 20 226 brudd på arbeidstidsbestemmelsene (alle typer inkludert bestemmelser om ukefri, søndager på rad og planlagt arbeidstid som ikke har vært rapportert tidligere). Sammenlignet med 2. tertial 2015 er dette en nedgang på 12,7 prosent. Andre tertial viser stigning i antall brudd i tråd med tidligere år, men sett samlet har alle klinikkene vist en positiv utvikling. Risikobildet 2. tertial justeres noe ned som følge av bedret oversikt og kontroll.

Direktørens HR-stab viderefører avdelingsmøter og en tett dialog med klinikkene om problemstillinger knyttet til AML-brudd. Det videreføres tilbud om opplæring i regelverk og ressursplanlegging. Videre rettes det innsats inn mot enheter med særskilte utfordringer, som eksempelvis kan skyldes kompetansemangel, sykefravær eller uhensiktsmessig turnus.

Fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon

(Forskning, innovasjon og utdanning)

Arbeidet med å forbedre IKT-situasjonen for forskere pågår fortsatt, både i regi av Oslo universitetssykehus, hos Sykehuspartner og i Helse Sør-Øst som har opprettet et eget program for forskning under satsingen Digital fornying. Mange av tiltakene er under utarbeiding, men ennå ikke iverksatt. Risiko er derfor inntil videre uendret. Problemet er løftet av flere klinikker i risikoanalysene. IKT-løsninger for medisinske kvalitetsregistre er fortsatt krevende, og med økte kostnader knyttet til nasjonalt pålagte løsninger

Risiko knyttet til biobankvirksomhet er dette tertialet nedjustert, som følge av flere avklaringer og tiltak knyttet til lagringsforhold. Dette gjenstår å implementere, men det kan synes som om finansielle forhold – gjennom interne og eksterne bevilgninger – endelig kan bidra til tilfredsstillende lokale lagringsfasiliteter.

Det er fortsatt krevende å avsette tilstrekkelig tid og ressurser til kliniske studier, utdanning og innovasjon, kombinert med klinisk virksomhet og effektiviserings-kravene klinikkene står overfor. Eier stiller i oppdrag og bestilling for 2016 særskilte krav til forbedret infrastruktur og støttefunksjoner for kliniske studier. Det er et langsiktig arbeid å forbedre dette vesentlig. Prioritering av området er fremhevet i budsjettskriv til klinikkene for 2016 og 2017 og i sykehusets handlingsplan for 2016. Likeledes stilles det forventninger om økt innovasjonsaktivitet og en styrket infrastruktur for utprøving av nye innovasjoner. Etablering av en testarena for innovasjon er utredet i et forprosjekt, men finansiering er fortsatt uavklart og må vurderes opp mot andre investeringsbehov de kommende år.

I evaluering av spesialistutdanningen for leger fremkommer mangelfull supervisjon og veiledning av leger i spesialisering som ett av flere problemområder ved sykehuset. Utdanningsseksjonen følger dette tett opp overfor klinikkene og deltar i evalueringsmøter med spesialitetskomiteer. Det er videre blitt svært krevende å gjennomføre strukturerte utdanningsløp for leger i spesialisering som skal ha gruppe 1-tjeneste ved Oslo universitetssykehus. Problemet er en konsekvens av at stillingene nå omgjøres til faste stillinger, der det må inngås avtaler med andre helseforetak om å levere en tidsbegrenset og "skreddersydd" gruppe 1-tjeneste på 1,5 års varighet. Tjenesteplanene for disse stillingene er i dag primært lagt opp etter driftsbehovet ved avdelingene, og det vil få økonomiske og driftsmessige konsekvenser å lage

utdanningsløp basert på andre premisser. I forbindelse med ny spesialiststruktur for leger, er sykehuset pålagt å opprette et regionalt utdanningscenter for leger i spesialisering. Dette er opprettholdt som risikofaktor, da finansiering av nødvendige stillinger til senteret p.t. ikke er avklart. Sykehuset har tett dialog med eier om dette.

God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør

(Økonomi og infrastruktur)

Ved utgangen av 2. tertial var rapportert aktivitet innen somatikk noe lavere enn budsjettet. Senere tall (rapportering av 2. tertial til Norsk pasientregister) viser at aktiviteten likevel var om lag som budsjettet. Kostnadsnivået var høyere enn budsjettet innenfor både lønns-, vare- og andre driftskostnader.

Styret ble forelagt nye tiltaksplaner den 23. juni og klinikkene rapporterer månedlig på gjennomføring av tiltakene. Gjennomføringsgraden vurderes som god for tiltakene, men det er fremdeles risiko for avvik fra styringsmålet på 225 mill. kroner i overskudd. Det er i prosess et salg av en eiendom som kan påvirke resultatet vesentlig.

Problemene med for lav investeringsgrad, fornying av medisinsk-teknisk utstyr og utbedringsbehov i bygningsmassen er fremdeles betydelige selv om sykehuset fra 2013 har blitt tilgodesett med økte årlige investeringsmidler. I økonomisk langtidsplan 2017-2020 er behovet for omfattende investeringer innenfor medisinsk-teknisk utstyr og bygg tydeliggjort. Lånefinansiering 2016 – 2019 fra Helse- og omsorgsdepartementet inngår som en viktig del av sykehusets investeringsbudsjett. Flere tiltak er iverksatt og vedlikeholdet og oppgraderingen av tekniske forhold er dermed bedret på flere områder. Svakere driftsresultat enn budsjettet, gir fortsatt risiko for utilstrekkelig finansiering av de samlede planlagte investeringene både inneværende år og for kommende år.

Det er et jevnt høyt antall kritiske feil i flere viktige IKT-applikasjoner. Dette vil først bedres når felles regionale prosjekter gjennomføres innen klinisk dokumentasjon og infrastruktur. Risikoen for svikt i bemanningsstyringen er nå betydelig redusert som følge av tilrettelagt oppfølging og kontinuerlig tilbud om GAT-opplæring. Sykehusets hovedoperativsystem (ikke servere) gikk ut av support fra Microsoft i april 2014, og utskifting i ferd med å bli ferdigstilt. Som en følge av dette er risikoen for avvik i IKT-kostnader justert noe ned. Sykehuspartners leveranser og oppfølging i den daglige drift vurderes som uforandret. Det er etablert et godt samarbeid mellom Sykehuspartner og sykehuset innenfor området kvalitet/ virksomhetsstyring.

Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv - risikoreducerende tiltak

Risiko	Vurderinger/ tiltak
Sykehusinfeksjoner - økende resistens-utvikling	OUS følger handlingsplan for smittevern 2014 – 2018. Det er satt i gang et arbeid knyttet til antibiotikastyring.
Kapasitet og standard - medisinsk-teknisk utstyr	Det arbeides videre med årlige investeringer i tråd med Områdeplan for utskiftning av medisinsk teknisk utstyr.
Byggstandard	Egen vedlikeholdstiltaksplan videreføres i 2016.
Forløpstider og pakkeforløp kreft	<p>Sykehuset har velfungerende forløp innen flere kreftformer, spesielt er måloppnåelsen god innen tykk- og endetarmskreft, føflekk- og hjernekreft. Imidlertid har sykehuset fortsatt utfordringer innen forløp som prostatakreft, brystkreft og underlivskreft hos kvinner.</p> <p>Det er etablert forløpskoordinatorer, men det fokuseres fortsatt på tilstrekkelig utrednings- og behandlingsskapasitet, ledelse og samhandling i pakkeforløpene innad i OUS og mot andre helseforetak.</p> <p>Det pågår opplæring i registrering av forløpstider i ny modul for pakkeforløp i DIPS Arena. Det er foreløpig ikke utarbeidet rapporter i DIPS Arena for pakkeforløp. Testing av rapporter i DIPS Arena er planlagt høsten 2016. Rapporter i Arena vil forenkle monitoreringen av pakkeforløpene i OUS.</p>
Legionella Radiumhospitalet/ Ullevål	Legionellasituasjonen på Radiumhospitalet er under kontroll. Det tas fortsatt regelmessig kontrollprøver, men det er ikke påvist Legionella etter oktober 2014. Det er påvist lave til moderate mengder av Legionella micdadei noen steder på Ullevål. Det er satt i gang risikoreducerende tiltak som økt temperatur, gjennomskylling etc.
Ventelister / fristbrudd / behandlingskapasitet	<p>Det arbeides fortsatt med å sikre at alle pasienter har time innen riktig tid og at sykehuset får riktige ventelistedata. Kvalitetsindikatorer som fortsatt benyttes er bl.a oppfølging av pasientforløp (inkludert pakkeforløp), gjennomgang og rydding av eksterne og interne ventelistedata, "time i hånden", epikrisetid, samarbeid med eksterne aktører og løpende kvalitetssikring av NPR-tilbakemeldingen.</p> <p>I 2016 har sykehuset forsterket oppfølgingen av pasientene som står på interne ventelister. Det tas ut data på antall pasienter hvor tentativ dato for neste oppmøte er passert, andel pasienter som ikke får innfridd "time i hånden" og en rapport på pasienter med åpen henvisningsperiode uten ny planlagt kontakt.</p> <p>Det er hittil registrert 1 reelt fristbrudd i Fristbruddportalen. Ellers er registrerte fristbrudd kommentert med "planlagt behandlingsdato i OUS" eller "ønsker ikke tilbud fra HELFO". Hyppigste årsaker til fristbrudd er at time er avtalt og tildelt pasient kort tid etter frist, eller en forsinkelse i oppretting av ikke registrerte rettighetsopplysninger fra andre HF.</p> <p>Det gjennomføres svært mange tiltak i tråd med Oppdrag og bestilling 2016 og konsernrevisjonens merknader for å sikre overholdelse av ventetider. Tiltakene ble utdypet i risikobeskrivelsen 1. tertial 2016.</p> <p>Arbeidet med løsning på organisatoriske flaskehalser og kapasitetsutfordringer som hindrer effektiv flyt i behandlingstilbud fortsetter. Det er iverksatt prosjekter som kan se på mulige nye arealløsninger for å oppnå mer effektiv drift.</p>

Risiko	Vurderinger/ tiltak
Responstid/ ambulansestyling AMK	Det er initiert et arbeid for ny permanent AMK sentral fordi man på sikt vil få betydelige kapasitetsproblemer igjen.
	Etablere bedre teknologiske løsninger i AMK som elektronisk beslutningsstøtte og flåtestyring - midlertidig i OUS og varig iht nasjonale prosesser. Dette inkluderer også EPJ.
	Vurderer bemanningen i henhold til de øvrige tiltakenes effekt og tidspunkt for effektivering.
Operasjons- kapasitet	En operasjonsstue i Operasjon 3 er midlertidig fristilt til bruk for ØNH- og plastisk kirurgi fram til innflytting av karkirurgi. I tillegg er en operasjonsstuedag i Operasjon 3 overført fra HLK til funksjonell nevrokirurgi. Tiltaket videreføres.
	2 operasjonsstuer i bygg 17 på Ullevål er foreløpig ikke innredet og vil med tilgjengelige investeringsmidler kunne bestykkes og ferdigstilles.
	4-5 operasjonsstuer på Aker ble frigjort da legevakta flyttet tilbake ultimo 2015. Dette frigjorde 4 – 5 operasjonsstuer på Aker hvorav to er oppgradert første halvår 2016.
	Det gjennomføres et pilotprosjekt på Aker hvor faglærte ansatte fra sterilsentralen læres opp til å avlaste spesialsykepleiere ved operasjonsstuene.
	Turnusløsninger vurderes som tiltak for å beholde allerede tilsatte operasjonssykepleiere.
	Systematisk kartlegging av sykehusets utstyr; standard og servicebehov foregår årlig i et samarbeid mellom klinikkene og MTV.
Intern overflytning av kritisk syke pasienter	Omfanget av interne overflyttinger særlig fra Aker er kartlagt og risikogrupper identifisert. Ansatte læres opp i National Early Warning Score.
Kapasitet radiologi og svartider patologi	Øke fokus på pakkeforløp for kreft der radiologi og patologi ofte representerer flaskehals. Det er etablert en prioritet «pakkeforløp» i Doculive patologi.
	Det er anskaffet ny CT til hhv. US og RH, men installasjonene kommer høst 2016.
	Det er besluttet samling av brystdiagnostisk senter (BDS) i OCCI-bygget på Radiumhospitalet og planleggingen er i full gang.
	Det er lagt en plan for oppstart av video-MDT-møter for hode-hals-kreft mellom Rikshospitalet og Radiumhospitalet for å unngå dobbeltarbeid for radiologene ved de to lokalisasjonene og for å forbedre forløpstiden i pakkeforløp hode-hals-kreft.
	Prioritere opplæring av nyansatt personale i radiologi med sikte på å øke kapasiteten
	Kjøp av bildediagnostikk hos private der dette gir et faglig tilfredsstillende tilbud og bidrar til en samlet kapasitetsøkning i Helse Sør-Øst.
	Harmonisere protokoller for radiologi i regionen.
	Omstrukturere og bedre logistikk og arbeidsflyt knyttet til patologiske undersøkelser og svar. Nye lokaler er tatt i bruk og avdelingen jobber med å samle og samordne den faglige virksomheten.
	Utarbeidet foranalyse om strekkodemerking og elektronisk overføring av pasient-ID på pasientprøver som kan monitorere arbeidsflyt og ressursbruk.
	Omdisponering og kompetansebygging innen histologi pågår

Risiko	Vurderinger/ tiltak
Intensiv- og intermediær-senger	<p>Ferdigstillelsen av sengesentralen på Rikshospitalet og overflytting av pasienter fra HLK ut av AKU har gitt en økt po-/intensivkapasitet i Akuttklinikken.</p> <p>Sykehuset har ikke lyktes med noen vesentlig økning i antall intensivsykepleiere. Det er utviklet et trainèe-program hvor ordinære sykepleiere deltar i en intern opplæring på 6-8 mnd. Tiltaket videreføres og tas i bruk også i HLK.</p> <p>Kartlegging av intermediærsenger er avsluttet. Intermediærkapasiteten utvides gradvis gjennom videreføring av foreslåtte tiltak og vil på sikt kunne avlaste intensiv. Tiltaket videreføres.</p> <p>Thoraxkirurgisk intensiv mangler fortsatt flere årsverk og kompenseres med innleide vakter spesielt i helgene. Det er igangsatt et prosjekt for å se på organisering inkl. mulig samarbeid med øvrige intensivenheter i AKU.</p>
Mangel på spesialsykepleiere og annet personell	<p>Et analysemiljø for strategisk kompetanseutvikling er etablert i HSØ for å oppnå oversikt over sårbare fagmiljø og tilby prognoser for ledere i OUS. I dette arbeidet inngår både god utnyttelse av IKT-verktøy og optimal bruk av disse.</p> <p>Samarbeidsgruppe (etablert i 2013, ledet fra MHU) med representanter fra HR-stab, stab MHU, stab FIU og OSS skal arbeide for at kompetanseutvikling i OUS samkjøres. Samarbeidsgruppen har utviklet flere tiltak med hensyn til utdanning, rekruttering og for å beholde spesialsykepleiere. Det ble gjort rede for mange av tiltakene som samarbeidsgruppen jobber med i risikobeskrivelsen 1. tertial.</p>
Henvisningsmottak - elektroniske henvisninger	<p>Henvisningsmottaket er nå innkjørt og fungerer i tråd med forventningene. Med elektroniske henvisninger mellom sykehus, vil effektivitet og kvalitet forbedres ytterligere.</p>
Dokumentasjonen i el. pleie- og omsorgsmeldinger	<p>Det er gjort en gjennomgang av sykehusets praksis vedrørende dokumentasjon i elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger som fortsatt viser forbedringsmuligheter.</p> <p>Det er satt i gang et opplæringsprogram ved medisinsk klinikk vedrørende dokumentasjonskrav i pleie- og omsorgsmeldinger. Programmet vil bli evaluert og justert.</p> <p>Det skal videre breddes et systematisk arbeid i hele sykehuset med opplæring av ansatte vedrørende dokumentasjonskrav i pleie- og omsorgsmeldinger.</p>
Bruk av DIPS - PAS/EPJ	<p>Opplæring i bruk av DIPS pågår fortsatt og oppfølging på rett bruk av DIPS, dels for registrering av ventetid slutt, og dels for aktivitetsregistrering og timebokføring på poliklinikk. Intergrasjon av kurveverktøyet (Metavision) har generert nye opplæringsbehov for helsepersonell.</p> <p>Det er en betydelig forbedring av signering av prøvesvar for de fleste brukere. Risikoen for alvorlige konsekvenser er betydelig redusert.</p>
IKT - RIS/PACS-og lab.systemer	<p>Følges opp i tett dialog med RKL/HSØ samtidig som nødvendige interne oppgraderinger ivaretas.</p>
Utsending av epikriser og laboratoriesvar	<p>Utsending av epikriser og laboratoriesvar utrulles gradvis under overvåknings-verktøyet Message Tracking Monitor (MTM) ved Sykehuspartner, ved KDI, i EPJ fase 2 og i DigSam-prosjektet. Verktøyet har hatt visse svakheter som nå er i ferd med å rettes opp, og det arbeides med å overføre ansvar til linje. I tillegg arbeides det med å begrense muligheten til å benytte uriktige adresser for brukerne, og</p>

Risiko	Vurderinger/ tiltak
	<p>formidle korrekt bruk av tjenestebasert adressering. Målet for oppfølgingen er å kutte papir der det fortsatt sendes ut.</p> <p>Ferdigstille en avstemningsløsning for kontroll av patologisvar som sendes internt fra Doculive-Patologi til DIPS.</p> <p>Gjennomføre revisjon/stikkprøvekontroll av svarutsendinger etter overgang til elektronisk utsending.</p>
Utskrivning av pasienter / legemiddel-avstemming	<p>Opplæring i aktuelle nivå 1-prosedyrer.</p> <p>Fokus på legemiddelavstemming i alle klinikker.</p>
Svikt i oppfølging av pas. i overgang til primærhelsetjenesten	<p>Det er stort fokus på å sikre at epikriser og laboratoriesvar kommer frem til korrekt mottaker. Utsendelsene monitoreres via systemet MTM. Brukerfeilene er redusert i vesentlig grad, dette innebærer at OUS nå vurderer å stoppe utsendinger av papirepikriser parallelt med den elektroniske .</p> <p>Det jobbes fortsatt med etablering av koordinatorene i alle klinikker som driver pasient-behandling. I flere klinikker er funksjon tilsvarende koordinator på plass. Koordinatorene skal ivareta pasientforløpene fra hjem til hjem, ha fokus på overgangene i forløpene og arbeide aktivt ut mot primærhelse-tjenesten. Etablering av kontaktlegefunksjon vil ytterligere bidra til å sikre koordinerte tjenester internt i OUS og i overgangene ut mot fastleger og andre henvisere.</p> <p>PLO-meldinger er nå breddet til nesten alle landets kommuner. Elektroniske Dialogmeldinger mellom sykepleiere i OUS og sykepleiere i kommunen sikrer rask avklaring f.eks. i forbindelse med utskrivninger. OUS arbeider aktivt for at også elektroniske dialogmeldinger mellom leger kan realiseres så raskt som mulig.</p> <p>Det arbeides med å sikre at OUS ulike samhandlingsparter deltar i pasient-forløpsarbeidet fra "hjem til hjem". De inngåtte samarbeidsavtalene benyttes som strategiske virkemidler i arbeidet. Det samme gjelder for felles handlingsplaner. Nå skal OUS sammen med tre bydeler og sykehjemsetaten i Oslo kommune delta i et tre-årig nasjonalt program som nettopp skal sikre helhetlige og trygge pasientforløp for eldre og sårbare pasienter.</p>

Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt - risikoreducerende tiltak

Risiko	Tiltak
Bemanningsstyring	Økt kunnskap om og lojalitet til regel- og avtaleverk gjennom kurs, veiledning og tettere avdelingsvis oppfølging; full bruk av GAT som planleggings- og styringsverktøy.
Stor arbeidsbelastning	Gjennomgå arbeidsplaner, benytte bemanningspool, vurdere omfordeling og prioritering av oppgaver. Eget prosjekt om bemanningsstyring er opprettet.
Byggstandard	Vedlikeholdsplan i samråd med Arbeidstilsynet. Løpende vurdering av eksisterende areal.
Arbeidstidsbrudd og oppfølging av disse	Oppfølging av alle typer brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Tett dialog med den enkelte klinikk om tiltak for å redusere arbeidstidsbrudd. Faste tertialvise møter med alle avdelingsledere vedr status og tiltak.
Kjemikaliesikkerhet	Forum for kjemikaliesikkerhet i HSØ. Sende ut klinikkrapporter om status vedrørende stoffkartoteket, lokale risikovurderinger og substitusjon.
Mangel på spesialsykepleiere	Det er redegjort for flere rekrutteringstiltak j.fr strategisk kompetanseplanlegging og -styring, videreføring av prosjekt om frigjøring av tid for operasjons-sykepleiere for økt operasjonskapasitet, styrke OUS' omdømme som en attraktiv arbeidsplass; egen handlingsplan utarbeidet for 2015-2016.
Stikkskader	For å øke fokus på området er det igangsatt et nettverk av «stikkskade ressurspersoner» i alle avdelinger. Arbeidsmiljøavdelingen koordinerer og står for opplæring.
Kulturutfordringer	Overordnet er det viktig med ny forankring og videreføring av kulturkompetanseprogrammet. Alle klinikker bør ha tilstrekkelig antall kulturkonsulenter. Det skal arbeides med kulturbygging på flere nivåer og arenaer, og med forskjellige innfallsvinkler. Hovedinnsatsen skal gjøres i klinikkene.
Vold og ulykker	Opplæring etter modell/best practice fra PHA. Vurdere fysiske barrierer. Det vurderes å utvide forsikringsordninger innenfor enkelte utvalgte enheter.
Trusler ovenfor ansatte	Opplæring etter modell/best practice fra PHA. Vurdere fysiske barrierer.


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

Fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon <small>Inkluderer også forskning, innovasjon, fagutvikling, kompetanseutvikling og utdanning</small>		Sykehusnivå				
		Meget liten (1)	Liten (2)	Moderat (3)	Stor (4)	Svært stor (5)
Konsekvens (5) Svært alvorlig (4) Alvorlig (3) Moderat (2) Lav (1) Ubetydelig						
			Spes. utdanning leger - veiledning og supervisjon			
			Kliniske studier - infrastruktur og støttefunksj. Opprette reg. utdann. senter for LIS Mangel på praksis plasser for spesialiserte kepl.	IKT-infrastruktur til forskn. og kvalltelsregistre Arealer til forskning Innovasjonsprosjekter - infrastruktur/støttefunksj. Spesialiststud. leger - skreddersydd gruppe 1-4.		
			Lower og etikk i forskning - avvikssaker Biobankvirksomhet			
10			Sannsynlighet			

Fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon - risikoreduserende tiltak

Risiko	Tiltak
Spesialistutdanning leger - veiledning og supervisjon	OUS er i ferd med å rigge et prosjekt for del 1 av ny spesialistutdanning for leger, der det blant annet skal kartlegges hvor mange og hvem som trenger veiledningskurs - samt hvordan dette skal gjennomføres.
IKT-infrastruktur til forskning og kvalitetsregistre	Følge opp tiltak igangsatt av program for forskning i HSØ gjennom arbeidet i rådgivningsgruppen og programstyret. Faste møter mellom Stab forskning, innovasjon og utdanning, IKT-stab og Sykehuspartner, Avdeling forskning. Følge opp prosjektet Klinisk datavarehus i OUS gjennom styringsgruppen.
Biobankvirksomhet	Arbeide videre med etablering av prospektive forskningsbiobanker basert på bredt samtykke, i samarbeid med aktuelle klinikker.
Arealer til forskning	Aktivt bidra i planleggingen av nye arealer/bygg til OUS (oppfølging av idefase), slik at forskningens behov blir tydelig belyst og integrert i videre planlegging.
Innovasjon - infrastruktur og støttefunksjoner for gjennomføring av innovasjonsprosjekter	Følge opp foranalyse for testarena innovasjon i henhold til Ledermøtets vedtak, herunder bringe satsingen inn i den ordinære budsjettprosess og investeringsprioriteringer.
Leger i spesialisering - "skreddersydd" løp for gruppe 1-tjeneste på 1,5 års varighet	Oppfordre avdelingene til å legge til rette for skreddersydde løp.
Kliniske studier - infrastruktur og støttefunksjoner	Støttefunksjoner for kliniske studier skal prioriteres av Forskningsstøtte (OSS) innen rammen av tilskuddet til regional forskningsstøtte. Fortsatt deltakelse i det nasjonale samarbeidet Norcrin om infrastruktur for kliniske studier.
Opprettelse av regionalt utdanningscenter for LIS	Koordinator er ansatt. Det er ansatt (midlertidig) en pedagogisk ressurs i 40 % stilling for å utvikle kurs. Ansettelsesprosess pågår for leder av senteret. Dette er en kombinert stilling, der leder også skal ha bistilling ved UiO og således må gjennom vitenskapelig bedømming før ansettelse kan skje. Prosessen tar tid. Det pågår en prosess mot eier for å sikre en tydelig og forutsigbar finansiering av senteret.
Mangel på praksisplasser for spesialsykepleiere.	Være i dialog med praksiskoordinator og aktuelle ledere, samt andre helseforetak for å øke den totale kapasiteten på praksisplasser i Osloregionen, samt være i dialog med aktuelle høyskoler.
Lover og etikk i forskning - avvikssaker	Etablere forskningsetisk utvalg i løpet av 2016 i samarbeid med UiO, og i denne forbindelse også revidere forskningsombudets mandat. Videreføre obligatorisk kursvirksomhet i regi av både OUS og Det medisinske fakultet.

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

God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør Inkluderer samhandling, generell administrasjon, økonomi, innkjøp, IKT, bygginger, lokaler, transport, kjøkken, tekniske og andre interne tjenester samt ytre miljø Resultat i iht budsjett 2016		Sykehusnivå 11.10.16 				
		Meget liten (1)	Liten (2)	Moderat (3)	Stor (4)	Svært stor (5)
Svært alvorlig (5)						
Alvorlig (4)			Økonomisk bærekraft Ineffektiv bygn. Masse/Stort vedlikeholdseterslep			
Moderat (3)			Dyrene legemidler Sikre sykehusets inntekter (hoteller) Lev eransert fra Sykehuspartner Arealnapphet i sentrale områder			Gammelt medisinsk teknisk utstyr
Lav (2)			IKT - Konsolidering av IKT-systemer - felles radiologiløsning Kontrollmiljø (økonomi, juridisk) IKT-kostnader			
Ubetydelig (1)						
4	7	Sannsynlighet				

God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør - risikoreduserende tiltak

Risiko	Tiltak
Resultat i henhold til budsjett 2016	Det er etablert nye tiltak som skal bedre det økonomiske resultatet for inneværende år. Gjennomføringsgraden for tiltakene er god. Det er likevel fremdeles risiko for avvik fra styringsmålet.
Økonomisk bærekraft	Langsiktig plan for forbedring av økonomisk resultat er behandlet av styret 23. juni. Prosjektorganisering av tiltak for forbedring av økonomisk resultat er under etablering. Styret orienteres fortløpende.
Ineffektiv bygningsmasse/stort vedlikeholds- etterslep	Lån for oppgradering og lukking av avvik ble innvilget for årene 2016-2019 og OUS HF prioriterer de viktigste prosjektene innenfor denne lånerammen inn mot hvert års investeringsbudsjett. Idéfase OUS HF er behandlet av HSØ og byggeprosjekter går videre til konseptfaser.
Gammelt medisinsk teknisk utstyr	Øke investeringsnivået i tråd med økonomisk langtidsplan. (avhenger av resultat og langsiktig økonomisk bærekraft).
Dyrere legemidler	Vurdere legemidler der det er rimeligere alternativer og der bruk kan avsluttes tidligere uten negativ medisinsk effekt. Mer aktiv bruk av Legemiddelkomitéens kompetanse i lederlinjen i OUS HF. Dette arbeidet inngår i prosjektorganisering (omtalt tidligere)
Sikre sykehusets inntekter (hoteller)	Det pågår løpende arbeid for å prioritere rett koding av aktivitet, dette er intensivert 2. tertial 2016. Det pågår dialog med Helse Sør-Øst, andre HF og Helsedirektoratet for vurdering av flere inntektsområder for OUS HF (Sykehotell, laboratorier, gjestepasienter med mer).
IKT-kostnader	Begrense omfang og bruk av utstyr i OUS HF. Velge rimeligere alternativer der dette er mulig.
Leveranser fra Sykehuspartner	Fortsette den løpende dialogen med Sykehuspartner i form av kundemøtene.
Arealknapphet i sentrale områder	Ytterligere prioritering av bruken av sentrale arealer.
IKT: Konsolidering av IKT-systemer	På kort sikt driftes det videre med allerede etablerte løsninger som delvis kompenserer for risikoene som først blir løst med nye systemer.
Kontrollmiljø (økonomi, juridisk)	Fortsette arbeidet med etablering av helhetlig internkontroll innenfor økonomiområdet i hele virksomheten.

Målgruppe: Styret
Faglig ansvarlig: Kst. stabsdirektør Sølvi Andersen
Stab pasientsikkerhet og kvalitet
Dato: 28.10.2016



www.oslo-universitetssykehus.no

Oslo universitetssykehus eies av Helse Sør-Øst og består av blant annet Aker sykehus, Ullevål sykehus, Rikshospitalet og Radiumhospitalet. Post til foretaksledelsen: Oslo universitetssykehus, Postboks 4950 Nydalen, 0424 Oslo. Sentralbord: 02770.



1 Innledning	3
2 Virksomhetsstyring, intern styring og kontroll	4
2.1 Oppdrag og bestilling.....	4
2.2 Hendelsesregistrering og avvikshåndtering.....	5
2.3 Kontrolltiltak (revisjoner).....	7
2.4 Riksrevisjonen om bierverv.....	9
2.5 Mini-metodevurdering.....	9
2.6 Miljø-sertifisering i henhold til ISO14001-2015	10
3 Pasientbehandling med fokus på pasientsikkerhet og samhandling	11
3.1 Pasientforløpsarbeidet.....	11
3.2 Nasjonale kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre	15
3.3 Uønskede pasienthendelser	16
3.4 Sykehusinfeksjoner.....	18
3.5 Varsel til Statens helsetilsyn etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a	21
3.6 Klage og tilsynssaker om forsvarlighet i pasientbehandlingen.....	21
3.7 Brukerundersøkelsen	24
3.8 Barn som pårørende.....	26
3.9 Pasientinformasjon:.....	28
4 Opplæring av pasienter og pårørende	29
5 Forskning og utvikling	31
5.1 Forskning.....	31
5.2 Innovasjon.....	33
6 Utdanning av helsepersonell	36

1 Innledning

Formålet med ledelsens gjennomgang i sykehuset er å sikre god virksomhetsstyring og resultatoppnåelse i forhold til oppdrag, mål og resultatindikatorer. 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, infrastruktur og andre medisinske- og ikke-medisinske støttefunksjoner.

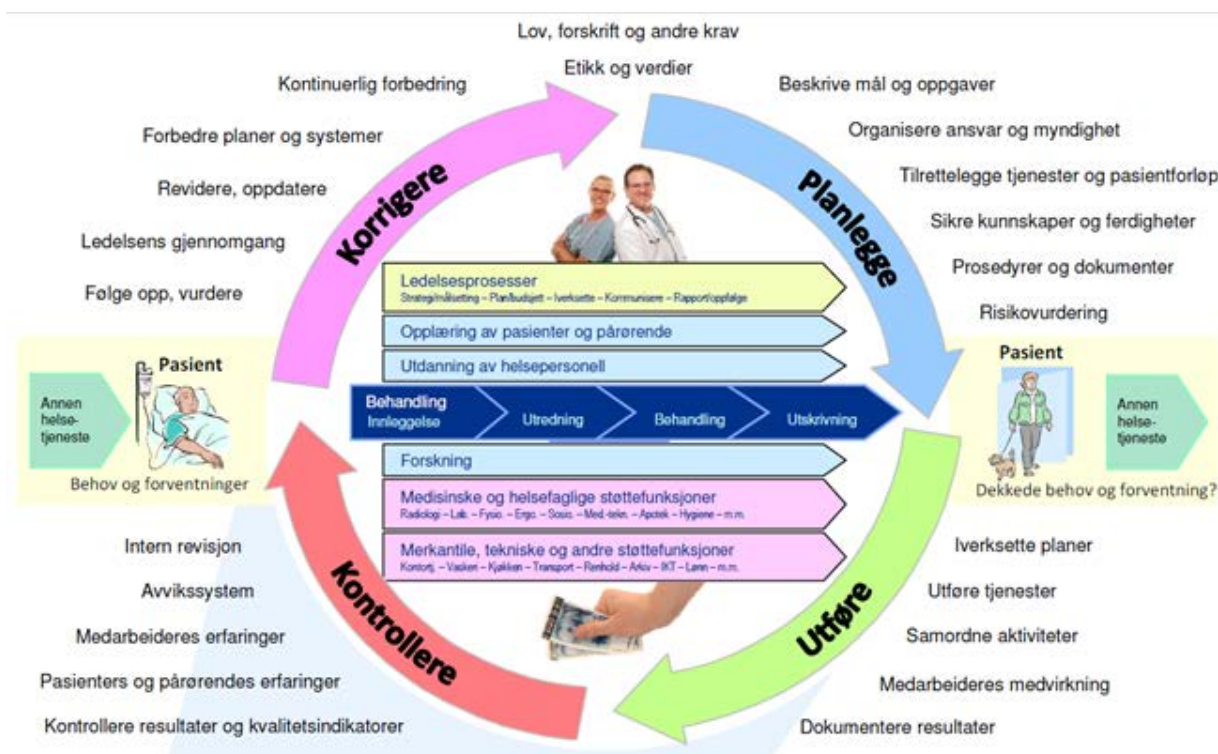
Videre skal ledelsens gjennomgang sikre at kvalitetssystemet regelmessig gjennomgås for å påse at systemet og kvalitetselementene fungerer hensiktsmessig, er tilstrekkelige og effektive. Dette kan dreie seg om ulik aktivitet satt i system som eksempelvis mål og handlingsplaner, organisering, styring av kompetanse, bemanningsstyring, dokumentstyring, risikovurderinger (vedlegg 1), kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre, pasienterfaringer, uønskede pasienthendelser, revisjoner og tilsyn, arbeidsmiljø og HMS.

Moderne sykehusdrift er i en kontinuerlig dynamisk utvikling. Nye føringer fra politisk og overordnet myndighet, bestillinger i sykehuset oppdrag, innovasjoner og teknologisk utvikling, ny medisinsk- og helsefaglig kunnskap, nye rettigheter til pasienter og generelle pasientforventninger er alle betydningsfulle drivere til en forventet positiv utvikling av helsetjenestene. For at sykehusets faktiske tilbud og virksomhet skal utvikles i et parallelt tempo, vil det være nødvendig med mer ledelsesfokus på systemelementene som skal understøtte god kvalitet i kjerneprosessene. Som kjent er det allerede tatt skritt i den retningen med ny organisering, planlegging om modernisering av infrastruktur, etablering av felles overordnet mål og handlingsplaner. Videre vil dette bli fulgt opp med større fokus på pasientsikkerhet, kvalitet og ansattes helse, miljø og sikkerhet gjennom kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre, oppfølging og organisatorisk læring av uønskede hendelser og tilsyn, brukertilbakemeldinger fra pasienter, økt satsning på interne revisjoner, kvalitetsforbedringsarbeid mm. Dette er vektlagt tyngre i ledelsens gjennomgang 2016 og er speilet i gjennomføring og saksfremstillingen av ledelsens gjennomgang.

Administrerende direktør og stabsdirektører har ledelsens gjennomgang hvert tertial med hver av klinikkene. I møtene deltar klinikkleder, klinikkstab og avdelingsledere i klinikken. Det er i dette saksfremlegget trukket ut et utvalg av temaer som presenteres nærmere.

2 Virksomhetsstyring, intern styring og kontroll

Ledelsens gjennomgang 2. tertial bærer preg av en «løypemelding» midtveis i året, som gir rom for korrigerende og/eller forsterket innsats for å oppnå fastlagte mål. Denne interne kontrollen er i tråd med sykehusets kvalitetssystem for styring og kontroll for kontinuerlig forbedring som illustrert i figuren under.



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

2.1 Oppdrag og bestilling

Virksomheten til Helse Sør-Øst er basert på lover og forskrifter, med særlig vekt på helseforetaksloven, spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Rammene for virksomheten er nærmere definert i vedtekter og avtaler. Den nasjonale helsepolitikken og oppgavene til det regionale helseforetaket konkretiseres og utdypes i Nasjonal helse- og omsorgsplan, oppdragsdokument og foretaksmøter.

Ledelsens gjennomgang og oppfølging i 2. tertial bygger på sykehusets handlingsplan 2016, eventuelt supplert med nye interne eller eksterne føringer fra foretaksmøter, revisjoner eller andre myndighetspålegg. Handlingsplan 2016 er som tidligere beskrevet tuftet på oppdragsdokumentet for Oslo universitetssykehus HF og sykehusets avledede resultatmål fra Strategi 2013 – 2018.

Utviklingen i klinikkens aktivitet og ressursbruk rapporteres i ukentlige møter med gjennomgang av «min rapport», i månedsoppfølging med direktørens stab, i ordinære ledermøter og ved tertialavslutning 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.

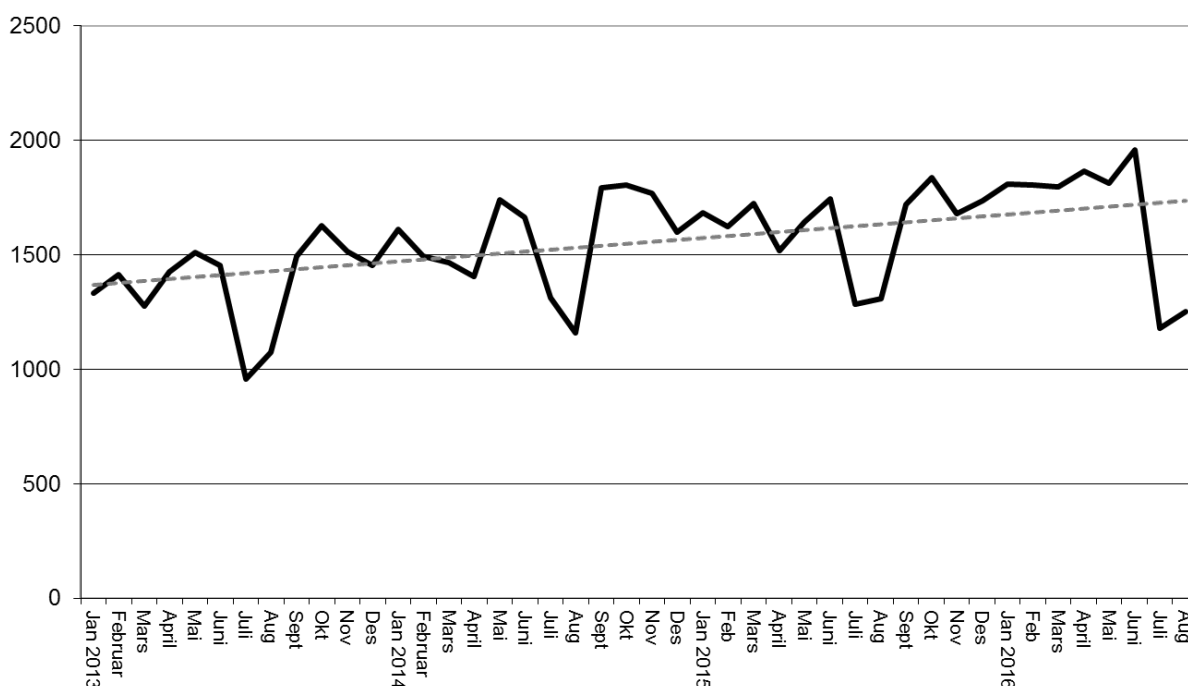
I september ble ledelsens gjennomgang 2. tertial (tertialmøtet) holdt med alle klinikkledere og deres ledergrupper. Arbeidet med å oppsummere er nå igangsatt gjennom forberedelser til «Årlig melding».

2.2 Hendelsesregistrering og avvikshåndtering

Sykehuset og de enkelte enheters evne til å forbedre praksis som følge av uønskede hendelser og nesten-uhell er avhengig av en strukturert tilnærming med gode analyser, kartlegging av problemer, iverksetting av virkningsfulle forbedringstiltak og ledelse med fokus på kontinuerlig forbedring. I tillegg medfører mange hendelser en plikt til å varsle tilsynsmyndigheter. I sykehuset er dette arbeidet samlet i et elektronisk hendelsesregistreringssystem, Achilles.

Alle avviksregistreringer kategoriseres i en av hovedkategoriene «Pasienthendelse», «HMS hendelse» eller «Andre avvik og forbedringsforslag».

Det er registrert 6203 uønskede hendelser/avvik og forbedringsforslag ved sykehuset i andre tertial 2016. Dette er en økning på 3,7 % fra samme periode i fjor. Antall dokumenterte tiltak er 2476, og det er en økning på 36 % i forhold til samme periode i fjor.



Figur 2. Uønskede hendelser og risikoforhold registrert per måned med trendlinje. Kilde: Achilles

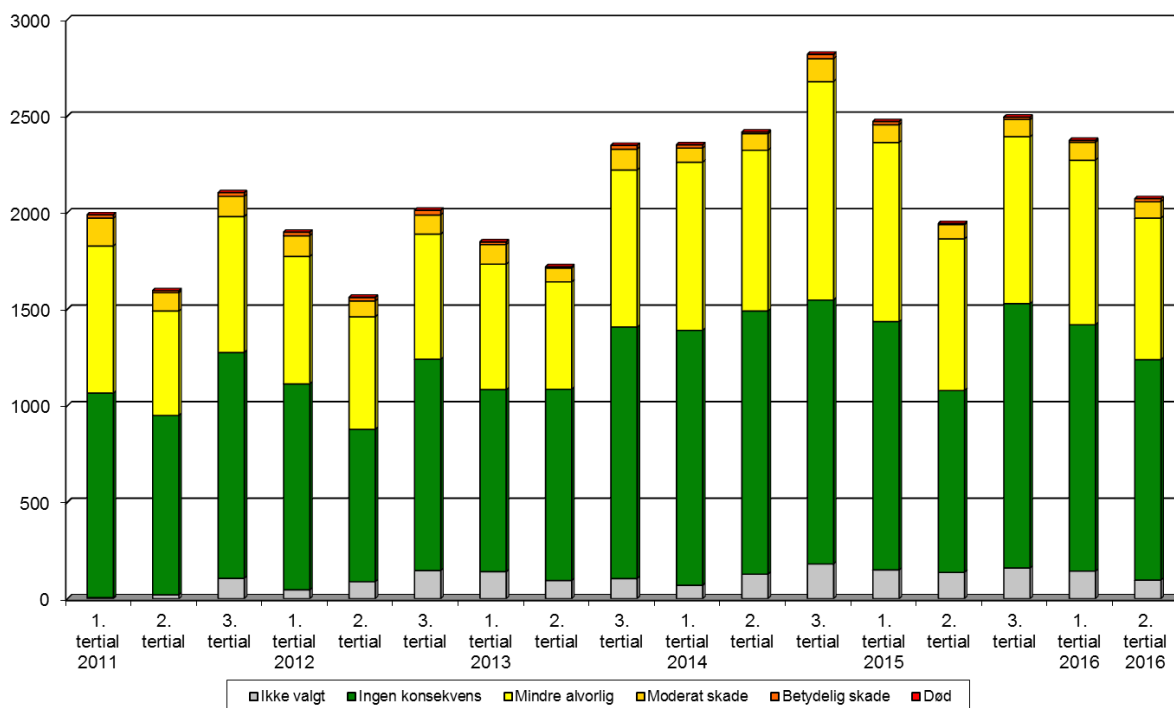
En fortsatt økning i antall registreringer er en ønsket og gledelig utvikling så lenge antallet alvorlige hendelser ikke øker tilsvarende. Økningen kan tolkes som at sykehuset fortsetter å ha en meldekultur i positiv utvikling selv om ferietid og redusert aktivitet medførte færre registreringer i juli og august. Den positive utviklingen i dokumenterte forebyggende tiltak henger trolig sammen med økt fokus på at forbedringstiltak som blir besluttet skal dokumenteres. Generelt vil kjennskap til uønskede hendelser uten alvorlig konsekvens i seg selv gi mulighet for å iverksette flere forebyggende, risikoreduerende tiltak som på sikt vil kunne bidra til å begrense forekomstene av mer alvorlige uønskede hendelser og pasientskader.

2.2.1 Andre avvik og forbedringsforslag

Pasientrelaterte hendelser presenteres i kapittel 3.1. Helse-miljø-sikkerhetshendelser rapporteres ikke i dette tertialet.

Alle avviksregistreringer kategoriseres i hovedkategoriene «Pasienthendelse», «HMS Hendelse» eller «Andre avvik og forbedringsforslag». Registreringene (Figur 3) viser at antall registreringer i kategorien «Andre avvik» har gått noe opp sammenlignet med samme periode i fjor.

En stabil andel (ca. 29 %) av disse registreringene er laboratorierelaterte avvik, i hovedsak med ingen eller mindre alvorlig konsekvens.



Figur 3. Avviksmeldinger av typen «Andre avvik» per tertial med klassifisering av faktisk konsekvens. Kilde: Achilles

2.3 Kontrolltiltak (revisjoner)

2.3.1 Revisjoner

Internrevisjonen (Seksjon for interne revisjoner i Direktørens stab) skal på vegne av Administrerende direktør kontrollere at det er etablert og gjennomføres tilfredsstillende intern styring og kontroll i linjen. Revisjonene, som utføres etter en systematisert metode, skal bidra til læring og forbedringer i organisasjonen. Revisjonsområdene blir prioritert på bakgrunn av risikoanalyser og aktualitet (Styresak 29/2016).

Linjeledelsen har et selvstendig ansvar for å utøve internkontroll i eget ansvarsområde. Ved revisjonsfunn skal linjeledelsen påse og følge opp at handlingsplanene som utarbeides bidrar til forbedringer. Alle klinikker har etablert planer for klinikkvise interne revisjoner i 2016 (knyttet til gammel klinikkstruktur)

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

Siden 2010 har det vært et praktisk samarbeid mellom Konsernrevisjonen og Oslo universitetssykehus HF gjennom regelmessige møter. Et mål for samarbeidet er å avstemme revisjonsplaner slik at sykehusets plan for interne revisjoner sees i sammenheng med Konsernrevisjonens planer. På den måten kan det sikres god ressursutnyttelse og en best mulig dekning av revisjonsområder i virksomheten.

I perioden har Internrevisjonen planlagt og utført to revisjoner innen området «Systematisk HMS arbeid». Det planlegges ytterligere to tilsvarende revisjoner.

Konsernrevisjonen har ikke gjennomført revisjoner i perioden, men Styret ble orientert i sak 42/2016 om en pågående revisjon (Revisjon av tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen).

Revisjoner utført av Internrevisjonen

Revisjon av «Systematisk HMS arbeid»

Formålet har vært å undersøke hvordan klinikkene og enhetene arbeider for å planlegge, utøve og følge opp det systematiske HMS arbeidet. På bakgrunn av dette har revisjonen følgende problemstilling:

Arbeider klinikken og enheten på en strukturert måte for å sikre et systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid?

Revisjonsfokus er primært systematisk HMS arbeid, men det blir også sett på virksomhetsstyringen innen området; «om planlegging, praksis og oppfølging for området er beskrevet og gjort kjent sykehuset».

Revisjonsenheten ble valgt ut fra ulike kriterier:

- Klinikker for laboratoriemedisin med underliggende avdelinger og enheter ble valgt ut fordi de har fokus på systematisk forbedringsarbeid. Seksjon for

blodgivning (Avdeling Immunologi og transfusjonsmedisin) var utvalgt revisjonsenhet.

- Kvinneklinikken med underliggende avdelinger og enheter ble valgt ut fordi avdelingen rapporterte høyere risiko i Arbeidsmiljøavdelingens årsrapport 2015 under systematisk HMS arbeid og under arbeidsbelastning, noe som indikerer at ikke alt er i orden I tillegg har fagområdet akutfunksjon (Fødeavdelingen) som var ett av kriteriene for utvelgelse av revisjonsenhet.

Hovedinntrykk er at de reviderte klinikkene/enhetene langt på vei arbeider på en strukturert måte for å sikre et systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid. Imidlertid avdekket revisjonen områder med forbedringspotensial i klinikkenes virksomhetsstyring. Disse områdene vil bli nærmere presentert når de to gjenstående revisjonene er utført, og det vil foreligge en hovedrapport fra alle gjennomgangene.

Oppfølging av tidligere interne revisjoner

Revisjon av "Henvisninger og ventelister»

Revisjonen ble gjennomført i 1. tertial 2016 og formålet var å evaluere om enhetene arbeidet på en strukturert måte med ajourhold av ventelister, om pasientforløp er tilfredsstillende koordinert slik at pasientene får sine rettigheter oppfylt og at angitte frister blir overholdt.

Revisjonen ble utført i to klinikker og det ble funnet 5 avvik.

Avvikene var relatert til at timebok ikke foreligger 6 måneder fram i tid (time gitt utover frist er ikke dokumentert avklart med pasient, samt manglende rutiner knyttet til meldeordningen til HELFO), fristbrudd, manglende rutiner og mangelfull kontinuitet i oppfølgingen av pasienter som skal til ny kontroll.

Klinikkene har tiltaksplaner for å utbedre avvikene, og effekten av tiltakene vurderes som tilfredsstillende.

Det ble også funnet et bifunn ved Øyeavdelingen som er rapportert og følges opp av ledelsen vedrørende 3000 konsultasjoner årlig utenfor lokalt opptaksområde.

Konsernrevisjonen

Konsernrevisjonen hadde sitt oppstartsmøte for «Revisjon av tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen» den 29. august 2016. Det har ikke vært gjennomført revisjoner, styrebehandlete revisjonsrapporter eller vært spesielle oppfølginger av tidligere konsernrevisjoner i dette tertial.

2.4 Riksrevisjonen om bierverv

I Oslo universitetssykehus HF er det pr august 2016 registrert 793 ansatte med bierverv. Kartleggingen kom i stand på bakgrunn av en henvendelse fra Riksrevisjonen til utvalgte helseforetak og ble fulgt opp i ledelsens gjennomgang med klinikkens ledergrupper. Sykehuset ser at det er en underrapportering av bierverv. Det planlegges nå ulike tiltak for å informere ansatte og ledere om gjeldende krav for å bedre rapporteringsgraden. Tilbakemeldingen fra sykehuset ble sendt inn i samforståelse med Helse Sør-Øst RHF. Det planlegges ytterligere detaljert kartlegging i oktober måned i regi av Helse Sør-Øst RHF. En arbeidsgruppe i regionen skal i tillegg se på klargjøring av retningslinjene for bierverv.

2.5 Mini-metodevurdering

Oslo universitetssykehus HF har implementerte bruk av mini-metodevurdering i tråd med oppdragsdokumentet i 2013. I sykehusets handlingsplan er det fastsatt at man ikke skal innføre nye metoder før de er vurderte i en metodevurdering. Det er opprettet et internt «Råd for metodevurdering» som godkjenner nye arbeider og vurderer ferdige metodevurderinger før de beslutes i lederlinjen. Alle klinikker er representerte og rådet har justert sammensetning i tråd med endringer i klinikkstruktur.

Det er totalt gjennomført 22 mini-metodevurderinger siden oppstart av arbeidet i 2013. Det er flere nye metoder under vurdering. Oslo universitetssykehus HF har vært ledende innen implementering, og har fått viktige erfaringer som blir aktivt delt med andre sykehus og ansvarlige i helseforvaltningen. Sykehuset har også funnet det nyttig å vurdere mini-metodevurderinger utført ved andre sykehus og har faste rutiner for slik «gjenbruk».

	2013	2014	2015	2016 (2. tertial)	Sum
Publiserte	1	2	15	4	22

Tabell 1. Antall mini-metodevurderinger utført i Oslo universitetssykehus HF.

Erfaringen er at lederlinjen etterspør metodevurderinger som beslutningsgrunnlag, og at en oppdatert kunnskapsoppsummering gir ledermøtet et blick inn i aktuell klinisk problematikk.

I forbindelse med ledelsens gjennomgang ble metodevurderinger fulgt opp overfor alle klinikker.

På bakgrunn av sykehusets erfaringer har Helse Sør-Øst RHF etablert en regional kompetansetjeneste for metodevurdering ved Oslo universitetssykehus HF. Hovedoppgaven for kompetansetjenesten er å formidle og bygge opp kompetanse i helseforetakene. Dette gjøres gjennom metodestøtte, rådgivning, veiledning og drift av et faglig nettverk/referansegruppe der man inviterer til halvdagsseminarer 2 ganger pr/år. Videre er kompetansetjenesten et viktig bindeledd i arbeidet med å etablere og formidle kontakt med relevante fagpersoner som skal fylle rollen som fagekspert i ulike faser av nasjonale metodevurderinger.

I 1. og 2. tertial har kompetansetjenesten fulgt opp arbeidet med videreutvikling av mini-metodevurderinger i en arbeidsgruppe i Helsedirektoratet der man særlig har sett på:

1. Behov for å tydeliggjøre kriterier for medisinsk utstyr som bør til metodevurdering, og kanalisering til lokalt eller nasjonalt nivå.
2. Mulighet for medisinsk utstysindustri til å melde inn forslag om mini-metodevurderinger.
3. Etablering av samarbeid med Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (Noklus).
4. Behov for oppdatering av skjema og veileder for mini-metodevurdering.

2.6 Miljø-sertifisering i henhold til ISO14001-2015

Oslo universitetssykehus HF har etter etableringen av ny ISO14001-standard i 2015, arbeidet med å tilpasse styrende dokumenter til denne standarden. Miljøpolitikk og prosedyren for å beslutte miljømål er godkjent. Øvrige styrende dokumenter er omarbeidet og har vært på høringsrunder i organisasjonen. Dokumentene vil bli sendt i en siste høringsrunde til klinikklederne i løpet av høsten. Det er en klar forventning at alle styrende dokumenter er godkjent før årsskiftet.

Grunnet negative regnskapsresultater etter første tertial, ble det iverksatt en rekke tiltak i hele organisasjonen. Ett av tiltakene var å utsette ISO-sertifiseringen. Ved at de arbeidet fortsetter uavbrutt og styrende dokumentene blir oppdatert før årsskiftet, forventer sykehuset å oppnå miljøeffekter selv om sertifisering ennå ikke er utført.

Det har i ansvarlig klinikk blitt gjennomført egenrevisjoner av styrende dokumenter innenfor miljøområdet. Ressurser fra miljøenheter i sertifiserte helseforetak har bistått i arbeidet for å sikre kompetanseoverføring. Tilbakemeldinger fra revisjonene er positive. Funnene følges opp i handlingsplaner der tiltakene nå er gjenstand for oppfølging.

Det er besluttet å etablere en egen operativ enhet som viderefører arbeidet i linjen når miljø-prosjektet har nådd sitt mål om sertifisering. Enheten skal etableres i løpet av oktober/november og skal være i drift fra og med 1. januar 2017.

3 Pasientbehandling med fokus på pasientsikkerhet og samhandling

Mennesker gjør feil fordi de systemer, oppgaver og prosesser som de arbeider med er dårlig utformet.
Professor Lucian Leape, Harvard School of Public Health

Pasientsikkerhet:

- Vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser¹
- Pasientsikkerhet er å organisere helsetjenesten slik at uønskede hendelser forebygges²

Sykehus skal i henhold til Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-8 særlig ivareta «pasientbehandling».

3.1 Pasientforløpsarbeidet

Pasientforløp/pakkeforløp

I andre tertial 2016 har fokuset vært identifisering og oppfølging av tiltak for å bedre forløpstidene i pakkeforløpene, samt forbedring av samhandlingen i pakkeforløpene internt mellom avdelinger i Oslo universitetssykehus HF, og med fastleger og andre Helseforetak.

Måloppnåelse forløpstider i pakkeforløp ved Oslo universitetssykehus HF

For hvert pakkeforløp angis nasjonal norm for forløpstider fra mottak av henvisning i spesialisthelsetjenesten til start utredning/pasientfram møte, til beslutning om behandling og til oppstart av behandling. Disse tidene skal registreres i DIPS, og deretter monitoreres og rapporteres til Norsk pasientregister (NPR). Forløpstidene blir publisert offentlig hver måned.

Forløpstidene beskrevet nedenfor er for pakkeforløp som kun starter i Oslo universitetssykehus HF. Overføring av pasienter i pakkeforløp mellom lokalsykehusene og Oslo universitetssykehus HF representerer en spesiell utfordring. Pasienter som utredes og behandles ved flere helseforetak har lengre forløpstider enn de som har hele sitt forløp innen samme helseforetak.

Tabell 2 viser at sykehuset i mindre grad har benyttet pakkeforløpssystemet i andre tertial. I andre tertial er 64 % av diagnostiserte kreftpasienter inkludert i pakkeforløp i Oslo universitetssykehus HF (OA1-indikator). Det nasjonale målet er 70 %.

OA1	Antall nye kreftpasienter		Andel i pakkeforløp	
3. tertial 2015	1525		79 %	
1. tertial 2016	1650	↑	74 %	↓
2. tertial 2016	1448	↓	64 %	↓

Tabell 2. Andel diagnostiserte kreftpasienter inkludert i pakkeforløp

¹ Hentet fra det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet

² Hentet fra Den norske legeforening

Andel pasienter som tas inn til utredning i et pakkeforløp hvor begrunnet mistanke om kreft avkreftes (OA2-indikator) har en mindre økning i andre tertial. Det er ikke et nasjonalt mål for denne indikatoren. Andel avkreftet i pakkeforløp er noe lav, men er omtrent som ved andre regionsykehus. Flere pasienter i Oslo universitetssykehus HF bør inkluderes i pakkeforløp.

OA2	Antall avkreftet		Andel avkreftet	
3. tertial 2015	709		35 %	
1. tertial 2016	657	↓	33 %	↓
2. tertial 2016	688	↑	36 %	↑

Tabell 3. Andel pasienter der begrunnet mistanke om kreft avkreftes.

Nasjonalt mål for innfrielse av forløpstid frem til behandling er 70 %. Andel kreftpasienter behandlet i Oslo universitetssykehus HF innen normert forløpstid for samtlige behandlingsformer (OF4-indikator) er også noe lavere i andre tertial og ikke innenfor nasjonal norm.

OF4	Totalt antall forløp		Andel innen forløpstid	
3. tertial 2015	1065		64 %	
1. tertial 2016	989	↓	63 %	↓
2. tertial 2016	977	↓	62 %	↓

Tabell 4. Tabell 12. Andel kreftpasienter behandlet innenfor normert forløpstid for samtlige behandlingsformer

For kirurgisk behandling er måloppnåelsen også noe lavere i andre tertial.

OF4K	Totalt antall forløp		Andel innen forløpstid	
3. tertial 2015	641		65 %	
1. tertial 2016	631	↓	64 %	↓
2. tertial 2016	624	↓	62 %	↓

Tabell 5. Måloppnåelse

Forløpstidene frem til kirurgi er innenfor normen i pakkeforløpene føflekkreft og hodehalskreft, og innenfor forløp med få pasienter registrert frem til kirurgi, slik som primær leverkreft, kreft hos barn, galleveiskreft, skjoldbruskkjertelkreft, kreft for spiserør og magesekk og sarkom.

I pakkeforløpene med større volum slik som brystkreft, prostatakreft og de gynekologiske pakkeforløpene, innfris derimot ikke forløpstiden frem til kirurgi. I pakkeforløp for lungekreft har det vært fokusert på å få pasientene raskere inn til kirurgi fra thoraxmøtet, og det er en bedring i forløpstiden (men fortsatt under målet på 70 %).

For strålebehandling er måloppnåelsen i andre tertial tilsvarende som for første tertial og under målet på 70 %. Det er størst utfordring innen pakkeforløpene livmorhalskreft, hodehals kreft, hjernekreft og prostatakreft. I pakkeforløpene lungekreft og tykk- og endetarmskreft innfris forløpstiden frem til strålebehandling for pasienter som har startet pakkeforløpet i Oslo universitetssykehus HF.

OF4S	Totalt antall forløp		Andel innen forløpstid	
3. tertial 2015	180		66 %	
1. tertial 2016	154	↓	49 %	↓
2. tertial 2016	131	↓	50 %	↑

Tabell 6. Måloppnåelse strålebehandling

Måloppnåelsen frem til medikamentell behandling er noe dårlige i andre tertial, men nær det nasjonale mål på 70 %.

OF4M	Totalt antall forløp		Andel innen forløpstid	
3. tertial 2015	224		60 %	
1. tertial 2016	188	↓	72 %	↑
2. tertial 2016	203	↑	67 %	↓

Tabell 7. Måloppnåelse medikamentell behandling

Pakkeforløp med større utfordringer

Hovedfokuset så langt har vært pakkeforløpene brystkreft, prostatakreft og de tre gynekologiske pakkeforløpene.

I brystkreftforløpet har det vært for liten kapasitet i Brystdiagnostisk senter, men situasjonen er nå bedret med kortere tid frem til første fremmøte og kortere utredningstid. Men sykehuset er fortsatt avhengig av private aktører, noe som vanskeliggjør innfrielse av forløpstidene. Det er i andre tertial noe lengre forløpstid fram til kirurgi. Det arbeides med tiltak for å øke operasjonskapasiteten.

I prostatakreftforløpet er det fortsatt klare utfordringer i forhold til forløpstidene. Flere tiltak er og vil bli satt i verk. I andre tertial er det satt opp flere poliklinikkøtter både i Urologisk avdeling og i Avdeling for kreftbehandling. Det er fremdeles for lang ventetid på robotassistert laparoskopisk radikal prostatektomi (RALP), både ved Aker og Radiumhospitalet. Det forventes at situasjonen nå bedrer seg ved at flere pasienter opereres på Sykehuset Innlandet (Hamar). Vestre Viken (Drammen) har installert robot til dette formål og vil ventelig avlaste Oslo universitetssykehus HF. Utfordringen er at svært mange pasienter vil til Oslo universitetssykehus HF for RALP.

Innen uro-onkologi har det vært gjennomført en virksomhetsgjennomgang i Avdeling for kreftbehandling som skal bedre samhandlingen innad i sykehuset. Standardiserte pasientforløp er utarbeidet og implementeres høsten 2016.

Innen de tre gynekologiske pakkeforløpene er det fremdeles utfordringer på Radiumhospitalet innen henvisningsflyt, radiologi, patologi og operasjonskapasitet. Det er et pågående LEAN-prosjekt for pakkeforløp livmorhalskreft som har identifisert flere utfordringer i forløpet. Det jobbes høsten 2016 med å utarbeide tiltak for å bedre situasjonen for gynekologisk kreft pasienter, blant annet ved å bedre MR-kapasiteten, øke operasjonskapasiteten og ved å innføre regionale MDT-videokonferansemøter.

Det en utfordrende driftssituasjon for Avdeling for patologi med mye gammelt utstyr og et økende antall prøver, spesielt spesialprøver. Dette påvirker svartider både i

utredningen og for operasjonspreparatene som avgjørende for valg om videre behandling for kreftpasientene i Helse Sør-Øst.

Forløpskoordinatorer som pasientens kontaktpunkt

Forløpskoordinatorerne har en sentral oppgave i å være et kontaktpunkt for pasientene og samordne forløpene på tvers av de ulike lokaliseringene og avdelingene i sykehuset. Mange av pakkeforløpene er svært komplekse og krever betydelig koordinering både internt og eksternt.

Samtlige pakkeforløp har fått på plass forløpskoordinatorfunksjoner. Det er opprettet enkelte nye slike stillinger etter innføringen av pakkeforløpene, men flertallet av funksjonene inngår i allerede etablerte pasientkoordinatorressurser. Forløpskoordinatorrollen er en sårbar funksjon ved sykehuset i dag. De har stort ansvar og stor arbeidsbelastning, både for å ivareta kontakten med pasientene og løse dem gjennom utredning og behandling innen avgrensede ressursrammer innen de normerte tider. Det bør på sikt etableres flere forløpskoordinatorer for å kunne ivareta denne sentrale funksjonen.

Registrering av pakkeforløp

Registreringen av pakkeforløpsmålepunkter i DIPS har vært en ressurskrevende oppgave og en ny oppgave som er tillagt forløpskoordinatorerne. I DIPS Arena er det utviklet funksjonalitet som bedre støtter registrering av pakkeforløp. Denne funksjonaliteten ble implementert i sykehuset 27. mai. Samtlige avdelinger (bortsett fra en) registrerer i andre tertial målepunktene i pakkeforløp i DIPS Arena. Dette medfører en forenklet registreringen av målepunktene og at pasientlistene gir en bedre oversikt over hvor i forløpet pasienten er og tiden frem til neste målepunkt. Det er foreløpig ikke implementert rapporter for pakkeforløp i Arena. Slike rapporter er under utarbeidelse og vil gi et bedre styringsverktøy for pakkeforløpene både for forløpskoordinatorer, forløpsansvarlige og ledere.

Etablering av forløpsledelse

Ansvar for gjennomføring av de ulike pakkeforløp ligger i dag i linjeledelsen. De enkelte avdelingsledere har således ansvar for «sin del» av pakkeforløpet. Når forløpene strekker seg over flere avdelinger og klinikker, gir dette en utfordring for å sikre helheten i pakkeforløpene. Det er derfor behov for etablering av en struktur på tvers av linjeledelsen. Det ble i ledermøte i 2015 besluttet å etablere et forløpsteam/en forløpsledelse i sykehuset for hvert pakkeforløp.

En slik forløpsledelse er opprettet i 27 av 28 pakkeforløp. I disse teamene gjennomgås jevnlig rapporter for pakkeforløp, kapasitets- og kvalitetsmessige utfordringer vurderes og det iverksettes kvalitetsforbedrende tiltak. Ikke alle forløpsteamene er like godt i gang - det jobbes med å få flere av forløpsteamene aktive og selvgående.

3.2 Nasjonale kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre

En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, som sier noe om kvaliteten på det området som måles. Kvalitetsindikatorer tar utgangspunkt i et eller flere av dimensjonene av kvalitet og kan for eksempel måle helsetjenestens tilgjengelige ressurser, pasientforløpet og resultat av helsetjenestene for pasientene. Kvalitetsindikatorer bør ses i sammenheng og kan samlet gi et bilde av kvaliteten i tjenesten.

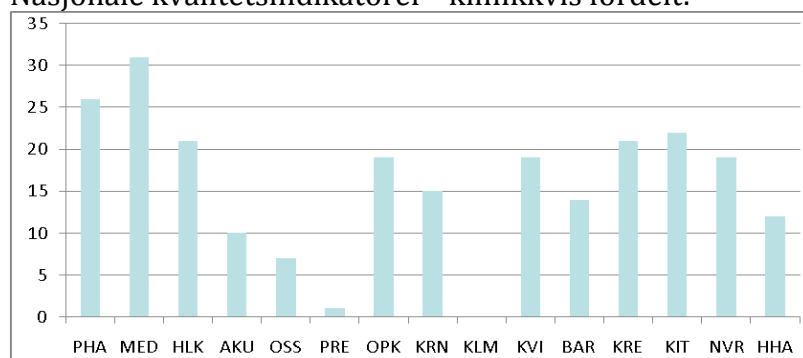
Det er vanlig å dele inn i tre typer indikatorer:

- Strukturindikatorer (rammer og ressurser, kompetanse, tilgjengelig utstyr, registre m.m)
- Prosessindikatorer (aktiviteter i pasientforløpet f. eks. diagnostikk, behandling)
- Resultatindikatorer (overlevelse, helsegevinst, tilfredshet m.m.)

Et kvalitetsregister er et register som løpende kan dokumentere resultater for en avgrenset pasientgruppe med utgangspunkt i individuelle behandlingsforløp. Medisinske kvalitetsregistre skal dokumentere behandlingsprosess, behandlingskvalitet og behandlingsresultat for en gitt pasientgruppe, og skal inkludere pasientrapporterte data (PROM/PREM) som belyser pasientenes egen opplevelse av resultat og prosess. Formålet med medisinske kvalitetsregistre er kvalitetsforbedring og forskning.

Sykehusledelsen videreførte i 2. tertial en tettere oppfølging i bruk av nasjonale kvalitetsindikatorer og nasjonale kvalitetsregistre i forbedringsarbeidet knyttet til pasientbehandling. I alt dreier det seg om 87 nasjonale kvalitetsindikatorer for helseforetakene, hvorav 33 danner grunnlag for nasjonal kvalitetsbasert finansiering.

Nasjonale kvalitetsindikatorer - klinikkvis fordelt:



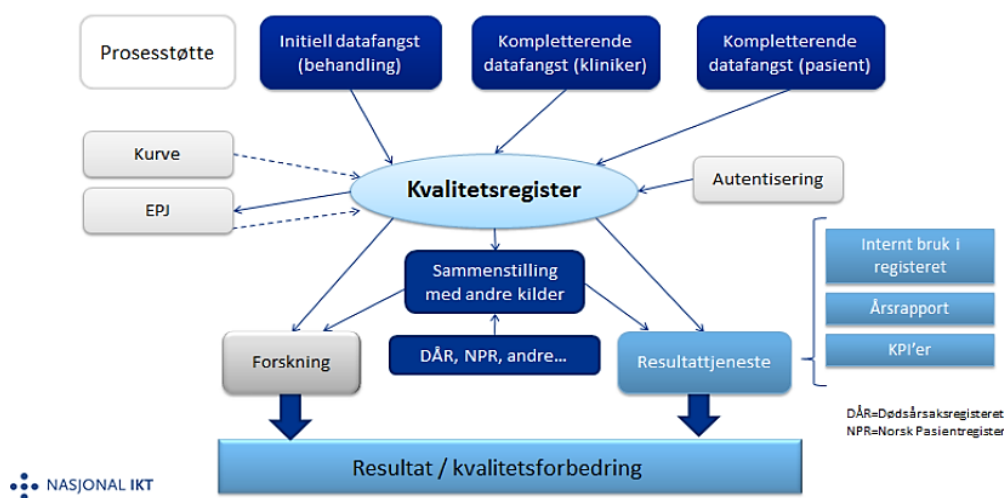
Figur 4. Nasjonale kvalitetsindikatorer fordelt på klinikk

Det er i løpet av 2. tertial publisert nasjonale kvalitetsindikatorer både i mai, juni og august. Alle nasjonale indikatorer og resultater er gjort tilgjengelig på www.helsenorge.no. Oslo universitetssykehus HF har overveiende gode resultater å vise til, men det finnes unntakstilfeller hvor indikatoren viser overraskende resultater som må ses nærmere på.

En utfordring i tolkningen av data er om pasientgrunnlagene er sammenlignbare, gitt at Oslo universitetssykehus HF har pasienter innenfor disse hoveddiagnosene med større alvorlighet og ko-morbiditet som for eksempel hoftebrudd i forbindelse med traume, slagpasienter til trombectomi, coiling etc. Det kan utløse behov for mer sofistikerte analyser for et riktigere sammenligningsgrunnlag, hvilket Folkehelseinstituttet allerede har startet på i et samarbeid med sykehuset. På den andre siden er indikatorer basert på NPR-data godt etablert og vil kunne brukes til å belyse intern utvikling selv om dataene er mindre egnet til benchmarking.

Oslo universitetssykehus HF drifter selv 19 av de 52 Nasjonale kvalitetsregistrene, hvorav 8 er tilknyttet Kreftregistret. De 11 øvrige registre er knyttet til ulike klinikker ved sykehuset, og resten driftes av andre regionssykehus i Norge. Det er ikke publisert resultater fra Nasjonale kvalitetsregistre i 2. tertial på www.kvalitetsregistre.no

Det er en utfordring at høstingen til registrene som oftest må foregå manuelt i omfattende skjemaer. Det gir seg utslag i noe lav dekningsgrad og lav datakvalitet i flere av de nasjonale kvalitetsregistrene. Gjennom utvikling av en ny teknologisk løsning, datavarehus, vil dette framover bli betraktelig enklere. Da Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre (SKDE) undersøkte bruk av data fra nasjonale kvalitetsregistre i 2011, fant de at 60 % i kliniske miljø oppgir at de mottar resultater, 27 % angir at de bruker resultatene til evaluering av klinisk virksomhet og 13 % oppgir at resultatene benyttes i styring.



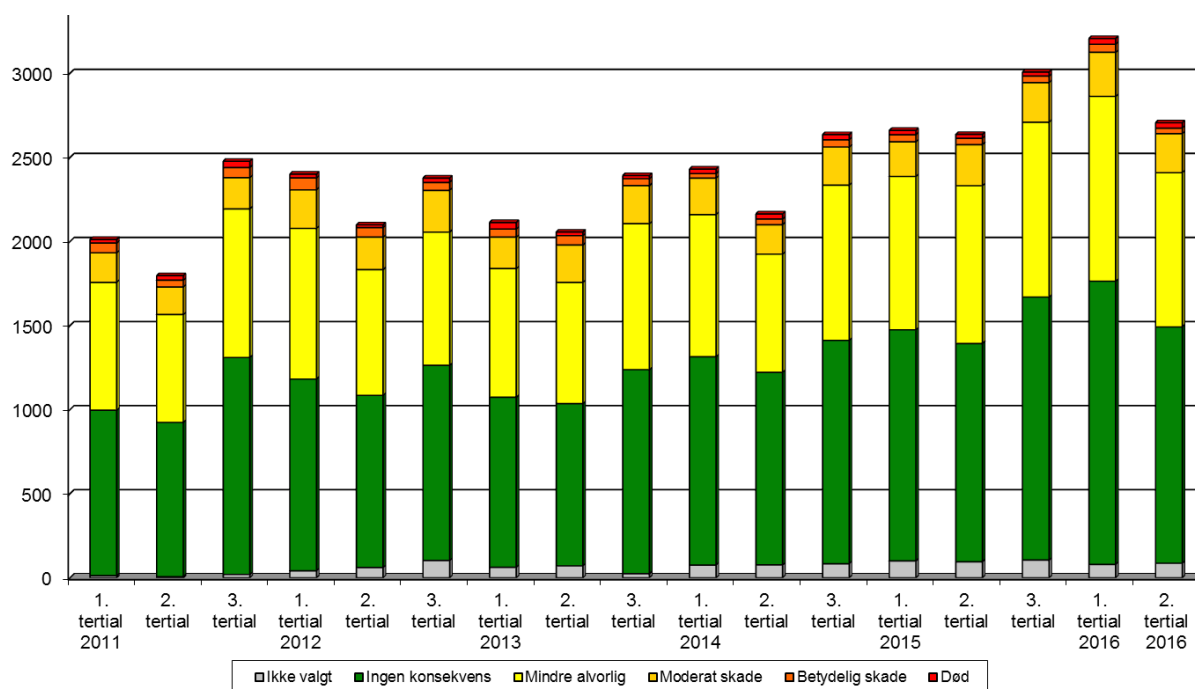
Figur 5.

I ledelsens gjennomgang med klinikkene ble de bedt om å presentere hvordan eget fagmiljø gjorde nytte av data fra et nasjonalt kvalitetsregister. Det er flere eksempler i sykehuset på forbilledlig bruk av nasjonale kvalitetsregistre i eget forbedringsarbeid, men det er fortsatt utviklingspotensial innenfor enkelte virksomheter.

Det mottas svært positivt at ledelsen setter faglige indikatorer tydeligere på dagsorden i pasientsikkerhets- og kvalitetssammenheng. Klinikkerne vil bli fulgt videre opp på dette feltet.

3.3 Uønskede pasienthendelser

Det er en økning i antallet registrerte uønskede pasienthendelser med ingen konsekvens sammenliknet med samme periode i fjor. Dette er en ønsket utvikling som i stor grad tilskrives forbedret meldekultur. Det er også flere dødsfall registrert (31 mot 23), men dette dreier seg om utfall som er vurdert som «ikke forebyggbar».



Figur 6. Registrering av pasientrelaterte hendelses og faktisk konsekvens. Kilde: Achilles

Det er fra 2016 satt i gang et arbeid med vurdering av alle dødsfall i sykehuset. Vi vil ved ledelsens gjennomgang 3. tertial informere mer om dette arbeidet.

De uønskede hendelser og risikoforhold som involverer pasienter er fordelt på følgende typer og alvorlighetsgrader:

		Totalt	Ingen konsekvens	Mindre alvorlig	Moderat skade	Betydelig skade	Unaturlig dødsfall	Ikke valgt
Pasienthendelse		2707	1422	935	224	34	31	61
Behandling og pleie	23 %	634	293	229	64	13	19	16
Diagnostikk / utredning	11 %	289	130	123	24	2	2	8
Dokumentasjon / info	10 %	275	184	73	14	1	1	2
Infeksjon	1 %	15	6	7	2	0	0	0
Legemidler og blod	17 %	469	305	133	28	1	0	2
Medisinsk utstyr	6 %	149	84	47	16	2	0	0
Pasientadferd	2 %	42	6	28	3	1	4	0
Pasientadministrasjon	16 %	440	238	160	31	2	1	8
Pasientuhell og fall	7 %	202	101	75	14	7	3	2
Ikke kategorisert	7 %	192	75	60	28	5	1	23

Tabell 8. Fordeling av pasienthendelser i hovedkategorier. Kilde: Avvikssystemet Achilles.

Det er små variasjoner i fordelingen i kategorier og fordeling i forhold til faktisk konsekvens. 52 % av de registrerte hendelsene er klassifisert med ingen eller ubetydelig konsekvens for pasientens helse.

	2. tertial 2014	3. tertial 2014	1. tertial 2015	2. tertial 2015	3. tertial 2015	1. tertial 2016	2. tertial 2016
Andel betydelig skade / død	2,9 %	2,8 %	2,6 %	2,4 %	2,1 %	2,6 %	2,4 %
Andel med ingen konsekvens / nesten-uhell	55 %	50 %	52 %	49 %	52 %	53 %	52 %

Tabell 9. Fordeling i forhold til faktisk konsekvens. Kilde: Achilles

3.4 Sykehusinfeksjoner

Sykehusinfeksjoner er komplikasjoner for alle typer sykehusinnleggelser. Slike infeksjoner påfører pasienter lidelser og har stor økonomisk og ressursmessig betydning for sykehusdrift. Sykehusinfeksjoner utgjør i følge ulike internasjonale kilder 25–40 % av den samlede pasientsikkerhetsutfordringen i sykehus. Med sykehusinfeksjon menes infeksjon som oppstår under institusjonsoppholdet hvor infeksjonen ikke var til stede eller var i inkubasjonstiden da pasienten ble innlagt sykehuset³.

Helsetjenesteassosierte infeksjoner

Prevalensandelen av helsetjenesteassosierte infeksjoner var 6,0 % ved undersøkelsen 11. mai 2016 (7,1 % ved undersøkelsen i 1. tertial). Prevalensandelen av de infeksjonstypene som skal rapporteres til Nasjonalt folkehelseinstitutt var 4,7 % (5,4 % ved undersøkelsen i 1. tertial). Det er de sistnevnte tallene som benyttes i offisiell rapportering til Helse Sør-Øst RHF. Resultatene for de siste 12 måneder (3. tertial 2015 og 1. + 2.tertial 2016) er vist i Tabell 10.

	Belegg	UVI	POSI	NLVI	BBI	BENL	CNS	HJKA	ØØNH	MAGE	KJØN	HUDB	Sum HAI*	% HAI*	Sum FHI**	% FHI**
OUS HF	5742	49	124	67	61	2	3	9	7	40		19	381	6,6	298	5,2
Klinikk:																
AKU	208	3	20	19	8		1	1	1	11		2	66	31,7	50	24,0
BAR	426	3	1	2	20				1	6			33	7,7	25	5,9
HHA	449		13	5	2				1				21	4,7	20	4,5
HLK	481		16	9	3	1		5		1			35	7,3	28	5,8
KIT	814	9	37	5	5			1	1	8		3	69	8,5	56	6,9
KRE	642	7	4	6	13		1	1	2	6		2	42	6,5	29	4,5
KVI	712	4	1		4								9	1,3	9	1,3
MED	896	17	5	16	5			1	1	6		5	56	6,3	42	4,7
NVR	782	3	7	2			1			2		1	16	2,0	12	1,5
OPK	332	3	20	3	1	1						6	34	10,2	27	8,1

Tabell 10. Prevalens av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) */** siste 12 mnd.

* Alle typer helsetjenesteassosierte infeksjoner

³ Kilde: Helsedirektoratet

** Infeksjonstyper som skal rapporteres til Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI).

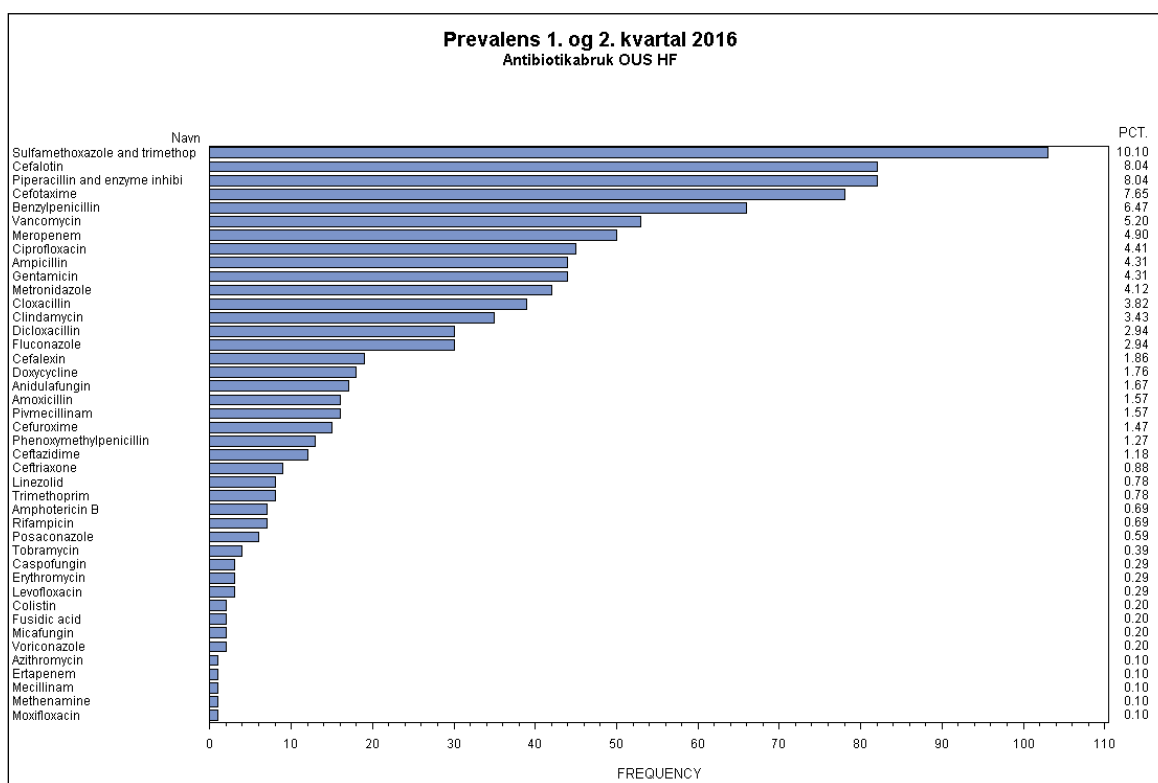
<i>UVI</i>	<i>Urinveisinfeksjon</i>	<i>HJKA</i>	infeksjon i hjerte/karsystemet
<i>POSI</i>	<i>infeksjon i operasjonsområde</i>	<i>ØØNH</i>	infeksjon i øye, øre, nese, hals
<i>NLVI</i>	<i>nedre luftveisinfeksjon</i>	<i>MAGE</i>	infeksjon i magetarmsystemet
<i>BBI</i>	<i>Blodbaneinfeksjon</i>	<i>KJØN</i>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

Antibiotikabruk

Prevalensregistrering den 11. mai 2016 viste at 25,6 % av de inneliggende pasientene ved sykehuset fikk antibiotika denne dagen. 17,6 % av pasientene fikk behandling, 5,6 % fikk kirurgisk antibiotikaprofylakse og 3,9 % fikk medisinsk profylakse.

Fordelingen av antibiotikatyper blant dem som fikk antibiotika i 1. og 2. tertial 2016 er vist i Figur . Trimetoprim-sulfa (10,1 %) og cefalotin (8 %) er i all hovedsak brukt til profylakse, mens de vanligste midlene til terapeutisk bruk var piperacillin/tazobactam (8 %) og cefotaxim (7,7 %).

Det er startet et prosjekt for etablering av et sykehusomfattende antibiotikastyringsprogram i Oslo universitetssykehus HF.



Figur 7. Fordeling av antibiotikatyper blant pasienter som fikk antibiotikabehandling eller profylakse ved Oslo universitetssykehus HF ved prevalensregistrering 10. februar og 11. mai 2016

Resistente bakterier

Det er en stadig økende forekomst av pasienter med multiresistente bakterier ved Oslo universitetssykehus HF. Det gjelder spesielt multiresistente gram-negative stavbakterier og meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA).

Resistente bakterier skaper økende utfordringer for det infeksjonsforebyggende arbeidet og driften av sykehuset, og tar nå så mye ressurser at det går på bekostning av det øvrige smitteforebyggende arbeidet. Avdeling for smittevern brukte i 2010 ca. 5 % av sine personellressurser på resistente bakterier. I 2016 er dette økt til 17 %, og avdelingen bruker nå ca. 4,5 årsverk på håndtering og smitteoppsporing av pasienter med resistente bakterier.

De kliniske avdelingene bruker også betydelig mer ressurser på dette enn bare for få år siden. Mangel på enerom og isolater øker risikoen for smittespredning og reduserer kapasiteten på diagnostikk og behandling.

Infeksjoner i operasjonsområde

Postoperative sårinfeksjoner utgjør den hyppigste infeksjonstypen. Det arbeides spesielt med forebygging av perioperativ hypotermi og med adferd på operasjonsstuene. Det pågår også en utredning av om sykehuset skal endre rutinene for preoperativ hud-desinfeksjon.

Blodbaneinfeksjoner

I 2. tertial er det etablert automatisk overvåking av blodkulturer knyttet til blodbaneinfeksjoner på Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Aker. Det planlegges en utvidelse til Ullevål i 3. tertial. Det er gjennomført en pilot med kartlegging av risikofaktorer. I 3. tertial vil det bli etablert et system for kjerneårsaksanalyse i samarbeid med de kliniske avdelingene. En ønsker også å etablere rapportering av helsetjenesteassosierte blodbaneinfeksjoner i avvikssystemet Achilles.

Vannsikkerhetsplan

Det gjenstår fortsatt mye arbeid med vannsikkerhetsplanen. Fremdriften er ikke tilfredsstillende. Dette skyldes manglende kapasitet både ved Avdeling for smittevern og Eiendomsavdelingen.

Validering av vaskedekontaminatorer

Fremdriften er langsom som følge av for liten kapasitet/mangel på personell.

Influensavaksinering av helsepersonell

Influensavaksinering av ansatte blir gjennomført i oktober. Det er så langt bestilt 5.600 vaksinedoser for sesongen 2016/2017. Sykehuset arbeider for å øke vaksinasjonsdekningen blant de ansatte sammenlignet med tidligere år.

3.5 Varsel til Statens helsetilsyn etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a

For å sikre tilsynsmessig oppfølging skal helseforetak og virksomheter som har avtale med helseforetak eller regionale helseforetak straks varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko.

I 2. tertial 2016 er det sendt 23 varsler til Statens helsetilsyn fra Oslo universitetssykehus HF etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a. Varslene medførte tilsynsmessig oppfølging i 11 av sakene.

	2. tertial 2014	3. tertial 2014	1. tertial 2015	2.tertial 2015	3.tertial 2015	1.tertial 2016	2.tertial 2016
Ordinær varselhåndtering (ingen tilsyn)	8	10	12	16	4	15	12
Oppfølging - anmodning om redegjørelse	2	6	4	1	1	4	1
Tilsynsmessig oppfølging av fylkesmannen	5	7	3	1	5	13	7
Skriftlig tilsyn v/Statens helsetilsyn	0	0	0	1	1	0	0
Stedlig tilsyn v/Statens helsetilsyn	2	2	0	0	2	2	2
Ikke ferdigbehandlet	-	-	-	1	1	0	1
Totalt	17	25	19	22	14	34	23

Tabell 11. Antall varsler til Statens helsetilsyn med påfølgende oppfølging.

3.6 Klage og tilsynssaker om forsvarlighet i pasientbehandlingen

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

Antallet saker er noe lavere enn i samme periode i fjor.

	T2 2014	T3	T1 2015	T2 2015	T3 2015	T1 2016	T2 2016
Fra Fylkesmannen	57	45	43	39	51	54	24
Fra Pasientombud	19	26	21	21	17	12	16
Tilsynssaker fra Fylkesmannen *	-	-	-	-	-	14	27

Tabell 12. Nye klager og klagerelaterte saker. Kilde: Avvikssystemet Achilles.

* Ny kategori i statistikken. Tilsynssaker opprettet etter § 3-3a-varsel inngår her.

Fylkesmannens konklusjoner i tilsynssaker som er avsluttet i perioden:

	2. tertial 2015		3. tertial 2015		1. tertial 2016		2. tertial 2016	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Avsluttet uten anmerking	12	50 %	19	53 %	4	18 %	7	37 %
Avsluttet med anmerking	4	17 %	3	8 %	3	14 %	3	16 %
Brudd på informasjonsplikt	1	4 %	1	3 %	0	0 %	0	0 %
Brudd på pasientrettigheter	1	4 %	2	6 %	0	0 %	0	0 %
Brudd på krav til journalføring	0	0 %	1	3 %	1	5 %	2	11 %
Brudd på forsvarlighet	6	25 %	10	28 %	12	55 %	6	32 %
Brudd på helsepersonelloven	0	0 %	0	0 %	2	9 %	0	0 %
Brudd på taushetsplikt	0	0 %	0	0 %	0	0 %	1	5 %
SUM	24	100 %	36	100 %	22	100 %	19	100 %

Tabell 13. Fylkesmannens konklusjoner i avsluttede tilsynssaker.

De sakene som er beskrevet med brudd på lov eller forskrift fordeler seg slik:

Klinikk	Hvem klager til Oslo universitetssykehus HF	Brudd på forsvarlig- hetskravet § 2-2 i SHTL	Brudd på andre lover, forskrifter
Hjerte-, lunge- og karklinikken	Varsel HT		Brudd på spesialisthelsetjenesteloven (SHTL) § 3-2 om journal- og informasjonssystemer, jf. Helsepersonelloven (HPL) § 40.
Klinikk psykisk helse og avhengighet	Varsel til HT	X	
Medisinsk klinikk	Pårørende/ FMOA		Brudd på kravet til journalføring i HPL § 40 jf SHTL § 3-2
Klinikk psykisk helse og avhengighet	Varsel til HT	X	
Medisinsk klinikk/Kreftklinikken		X	
Nevroklinikken	Pasienten/FMOA	X	Brudd på forsvarlighetskravet i SHTL § 2-2, jf. HPL § 4, og på plikten til å gi informasjon, jf. SHTL § 3-11.
Prehospital klinikk	Varsel til HT	X	
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	Pasient		Brudd på taushetsplikten
Prehospital klinikk	Varsel til HT	X	

Tabell 14. Avgjørelser med brudd på lov eller forskrift

Sykehuset har i 2. tertial 2016 mottatt 19 avsluttede tilsynssaker fra Fylkesmannen i Oslo og Akershus eller Statens helsetilsyn, hvorav åtte med brudd på helselovgivningen. Seks gjelder brudd på forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven. I tillegg foreligger det brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-2 om journal- og informasjonssystemer i to saker, brudd på informasjonsplikten i spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 og brudd på taushetsplikten.

Fem saker hadde utgangspunkt i varsler sendt fra Oslo universitetssykehus HF til Statens helsetilsyn.

Klinikk psykisk helse og avhengighet har to saker, begge med brudd på forsvarlighetskravet.

- En pasient med blandingsmisbruk og depresjon gjorde et selvmordsforsøk og overlevde. Fylkesmannen mener det ikke ble gjort hyppige nok selvmordsrisikovurderinger til tross for at selvmordsrisikoen var kjent.
- En pasient med kroniske smerter var lagt inn både i somatikk og psykisk helsevern. Pasienten forlot avdelingen uten avtale. Pasienten begikk deretter selvmord. Fylkesmannen mener en rekke systemer for internkontroll ikke er bra nok.

Medisinsk klinikk har to saker.

- Saken har vært bredt omtalt i VG av pårørende. 61 år gammel pasient med nyresvikt og hjertesvikt som fikk uventet hjertestans og man fikk problemer med å legge ned en trakealtube. Pasienten døde etter kort tid. Pårørende klaget over dårlig behandling. To sakkyndige har uttalt seg, derav den ene utenlandsk etter krav fra pårørende. De sakkyndiges vurdering er at pasienten var plassert på riktig avdeling og fikk forsvarlig oppfølging. Obduksjonsrapporten konkluderte med at årsaken til pasientens sirkulasjonsstans ikke kan fastslås, men arytmi anses som mest sannsynlig. Journalen er kortfattet med flere dager uten notater fra lege, og det er lite opplysninger om kontakten med pårørende som har klaget på manglende kommunikasjon. En av de sakkyndige støtter dette. Fylkesmannen mener at sykehuset har brutt kravet til journalføring.
- Saken omfatter både Medisinsk klinikk og Kreftklinikken og gjelder en pasient som fikk påvist tre ulike krefttyper som måtte utredes samtidig før man kunne starte behandling. Sykehuset varslet selv Helsetilsynet på grunn av lang utredningstid. Pasienten døde november 2015. Fylkesmannen mener at sykehuset fraskrev seg ansvaret for pasienten, noe som medførte at han endte opp som en kasteball mellom ulike sykehus og avdelinger, og at dette var brudd på forsvarlighetskravet.

Nevroklinikken har en sak:

- En 18 år gammel pasient ble innlagt fra lokalsykehuset til en shuntrevisjon. Pasienten følte seg dårlig behandlet av legen og mente at det ble gitt for lite informert om komplikasjonsfaren ved undersøkelsen og virkninger av medisiner. Epikrise ble etterlyst flere ganger. Pasienten fikk plager etter undersøkelsen og var mye innlagt lokalsykehuset som henviste på nytt til RH. Ved oppmøte var det forventninger om innleggelse, men det ble ikke gjennomført. Fylkesmannen mener at dette er brudd på forsvarlighetskravet og på plikten til å gi informasjon.

Prehospital klinikk har to saker med brudd på helselovgivningen. Begge handler om feilvurdering av hastegrad ved AMK.

- En 75 år gammel pasient hadde kraftige magesmerter, svette og oppkast. Ektefellen ringte AMK etter ca. 3 timer. Det ble sendt sykebesøkslege som ankommer 2 timer senere. Pasienten fikk da hjertestans og døde. Fylkesmannen vurderer at ledelse for AMK ikke sørget for at helsepersonell som tok imot innringningen hadde tilstrekkelig kompetanse i den konkrete situasjonen til å vurdere alvorlighetsgraden i beskrivelsen av pasientens symptomer, og det ble derfor gjort en feilvurdering av hastegraden. Dette gir brudd på forsvarlighetskravet.
- En 54 år gammel pasient med pustevansker og kjent lungesykdom kontaktet AMK. Oppdraget ble tildelt hastegrad «gul». Ambulanse ankom etter 20 minutter. Døra var låst, de måtte tilkalle brannvesenet for å bryte opp døra, og de fant deretter pasienten død. Tilgjengelig informasjon tilsa kode med «rød» respons. Fylkesmannen mener at sykehuset har brutt forsvarlighetskravet.

Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi har en sak:

- En pasient oppdaget at helseopplysninger fra andre pasienter befant seg i en åpen papirkurv mens denne var til undersøkelse. Dette var brudd på taushetsplikten. Forholdene er rettet opp.

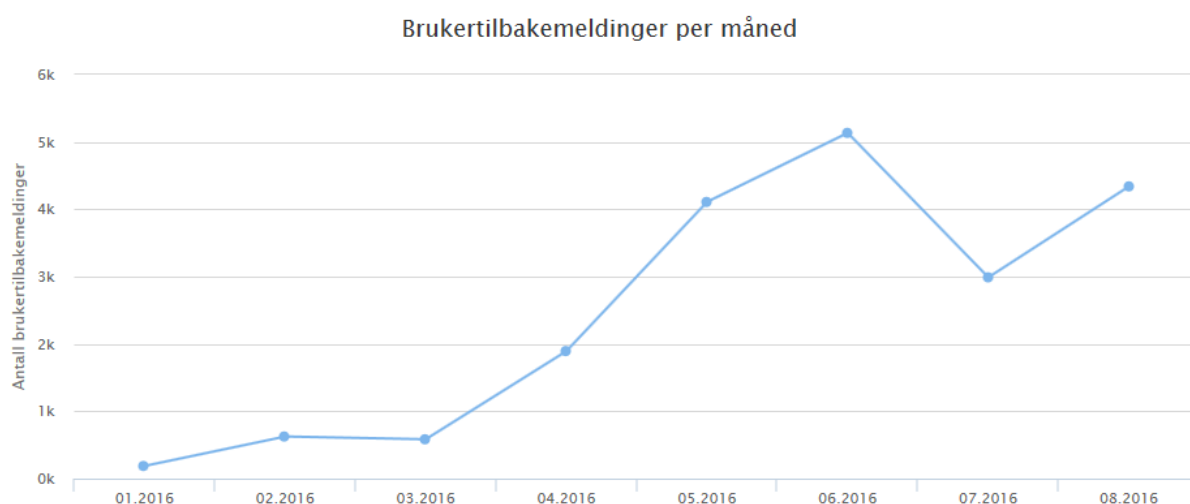
Hjerte, lunge og kar klinikken har en sak:

- Det ble det gjennomført PCI på en 68 år gammel pasient, tidligere koronar bypassoperert og med permanent rytmeforstyrrelse. Pasienten begynte etter en stund å føle seg dårlig, ble overført til hjerteovervåkingen, falt om på toalettet og døde. Sakkyndig mener journalføringen er så mangelfull at det er vanskelig å vurdere behandlingsforløpet. Fylkesmannen konkluderer med mangelfull journalføring.

Sykehuset har rutiner for å gjennomgå og drøfte enkelte utvalgte saker på ledermøtet. Nytt fra 2015 er at sykehuset følger opp hva klinikkene har gjort av forbedringsarbeid i tilsynssaker der det er påvist brudd på helselovgivningen, og at disse sakene sendes fortløpende til ledermøtet til orientering.

3.7 Brukerundersøkelsen

I perioden april-mai 2016 ble det aktivert automatisk utsendelse av SMS med invitasjon til å gi tilbakemelding. Det er sendt 56 000 SMS i 2. tertial. Dette ga 16 500 svar fra pasienter/pårørende (29 % svarer). Av disse skrev ca. 28 % en kommentar.



Figur 4. Antall svar fra pasienter / pårørende per måned. Kilde: Achilles

Spørsmål	Positivt svar
Behandlerne snakket så jeg forsto dem	95 %
Tillit behandlernes faglige dyktighet	93 %
Tillit øvrige personalets faglige dyktighet	90 %
Tilstrekkelig info om diagnose / plager	84 %
Behandlingen var tilpasset min situasjon	88 %
Involvert i avgjørelser om behandlingen	69 %
Arbeidet var godt organisert	82 %
Utstyret var i god stand	85 %
Tilfredsstillende hjelp, alt i alt	90 %
Ble ikke feilbehandlet	93 %
Ventetid	81 %
Utbytte av behandlingen, alt i alt	82 %

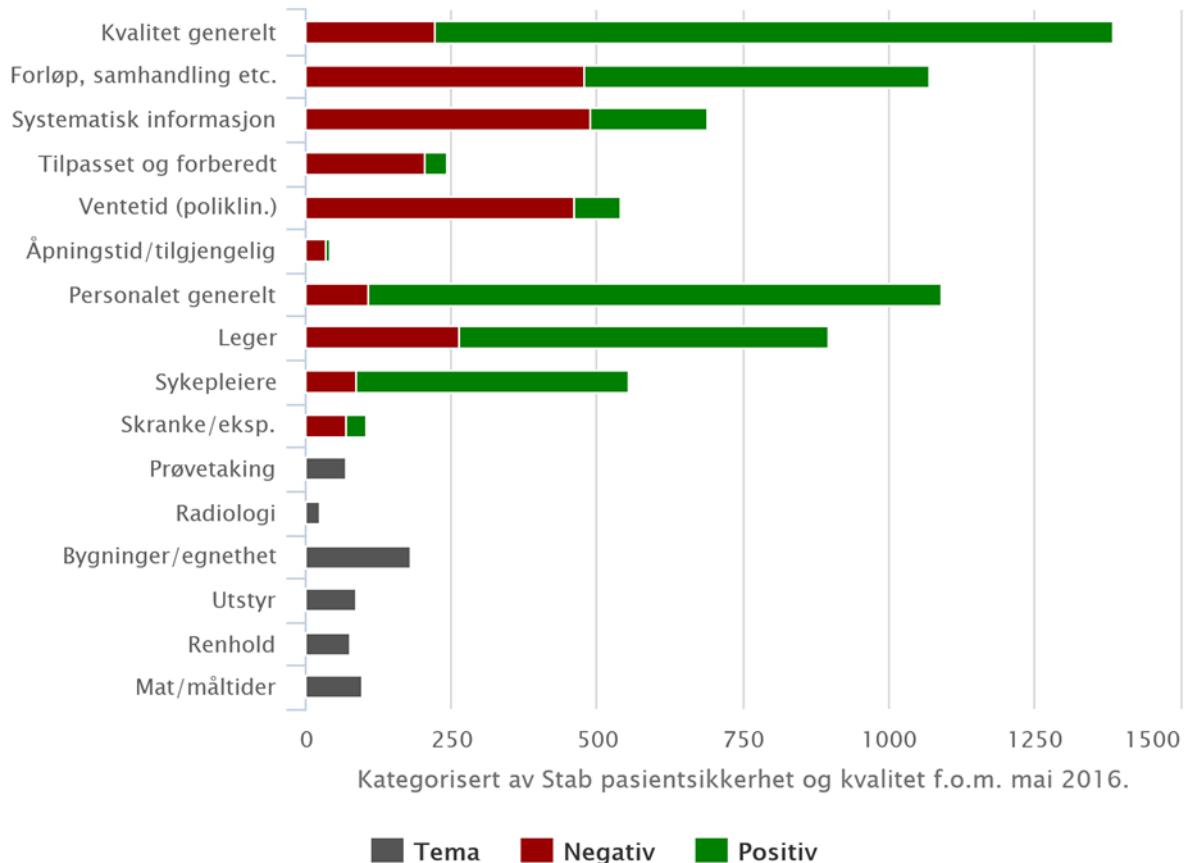
Tabell 15. Andel positive av de som har besvart det enkelte spørsmål. Kilde: Achilles

Eksempler på brukertilbakemeldinger i perioden

- *Fødsel på ABC. For en oppfølging og kompetanse! Jeg er STRÅLENDE fornøyd! De gjør alle en fantastisk jobb. En stor takk!*
- *Er spesielt fornøyd med den raske behandlingstiden, at jeg ble tatt på alvor, og at jeg fikk møte med behandler samme dag. Vi fant frem til en løsning sammen. Bedre enn jeg hadde forventet*
- *Super psykiater som har vært medmenneske og faglig svært dyktig! Rett imponert over at det finnes slike hverdagshelter!*
- *Mitt svar gjelder mitt barns "behandling" på Bup. Vet ikke hvor jeg skal ta opp dette: men av sms-henvendelser fra ous bør det fremgå hvilken institusjon meldingen gjelder. Når familien har flere institusjoner innenfor ous å forholde seg til er det greit å vite hvor meldingen (eks påminnelse om timeavtale) kommer fra.*
- *Ved avreise kan det være mer info, råd, evt gjennomgang av hva som er gjort hvorfor og bedre avskjed. Kan gjøre pårørende tryggere og gi forsterket bedre inntrykk av oppholdet. Jeg har opplevd å være usikker etter utskrivelse hver gang.*
- *Når jeg skulle inn til operasjon var ventetiden betydelig. Det stod ingenting i dokumentet at man måtte ringe dagen før for å få vite tid, så jeg kom 4-5 timer for tidlig. Jeg fikk veldig lite informasjon om hva som skulle skje og hva som var mulig at kunne skje under operasjon. Det endte opp med at når jeg da våknet hadde noe helt annet skjedd under operasjonen enn forventet, noe som var veldig vanskelig og utfordrende for meg.*
- *Pga ny behandler ved hvert besøk, og at ikke ansvarlig behandler tar alle våre timer, oppleves det at man må repetere alt man har sagt tidligere. Usikkerhet om at journalen inneholder alle vesentlige opplysninger, eller om det har blitt lest i tilstrekkelig grad. Ellers var behandler imøtekommende, serviceinnstilt og møtte alle våre behov til å informere og vurdere våre spørsmål.*
- *Vi får livreddende eksperimentell behandling. Fantastisk å få denne muligheten.*
- *Presset legene har er ikke akseptabelt. Stakkars folk.*
- *Mindre ventetid for barn som må faste. For eksempel ikke be alle møte til samme klokkeslett på morgenen for så gå å vente mesteparten av dagen. Lær av Drammen sykehus. Vi er brukere av begge plasser.*
- *Fløy rundt for å få fatt på en liste over hjelpemiddelsentraler, brukte 50 % av tiden på det - mitt estimat er at denne listen trengs i 25-50 % av konsultasjonene, så klart effektiviseringspotensial og potensial for bedre kundeopplevelse.*
- *Vi er "faste kunder," i mange år nå. Den medisinske behandlingen er veldig bra, det administrative er ikke imponerende.*

- *Jeg er veldig fornøyd med arbeidet dere gjør på Oslo universitetssykehus.*
- *For en flott og omtenkksom gjeng som virkelig får pasienten til å føle at de kun er der for akkurat meg som pasient. Hadde bare resten av sykehus Norge vært som de.*

Fritekst kommentarene er ansett som det mest nyttige innholdet i svarene. Her er innholdet i svarene grafisk fremstilt.



Figur 5. Manuell kategorisering av kommentarene.

3.8 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. Sykehuset har i 2016 ca. 180 barneansvarlige som er koordinert gjennom «Råd for barn som pårørende».

I Handlingsplan 2015 – 2017 «Det gode pasientmøtet», er det nedfelt at pasientens evne til å ta ansvar for egen helse, behandling og omsorg skal styrkes. I ledelsens gjennomgang 2. tertial ble klinikkene bedt om å gjøre rede for egen innretning av «barneansvarlige» med funksjon å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn ved alvorlige sykdom hos foreldre. Klinikkene skulle også rapportere hvordan registreringen av pasienter med mindreårige barn gjøres i egen klinikk.

Implementering er et kontinuerlig arbeid. Etableringen av foretakskoordinator for barn og unge ved sykehuset har vært et viktig grep for å videreutvikle og styrke fokus på barn som pårørende. Ordningen trådte i kraft 1. april 2016 og foretakskoordinator er leder av «Råd for barn som pårørende».

Handlingsplan Barn som pårørende 2014 – 2016 er evaluert. Handlingsplan 2017 – 2019 er under utarbeidelse og vil være klar for godkjenning i oktober. Overordnet retningslinje «Barn som pårørende» er revidert og er nå kunnskapsbasert. Rådet for barn som pårørende bidrar til forbedringer i sykehusets pasientadministrative system. Det er for eksempel meldt inn sak om hvor viktig det er å dokumentere i epikrise at pasienten har mindreårige barn og hvilken plan som er lagt.

Applikasjon «Meg Også» ble lansert i mars. Den er utviklet fra boken «Meg Også» og rettet mot barn som pårørende i hele landet. Råd for barn som pårørende bidrar nå til implementering og spredning av informasjon.

Sykehuset arrangerer flere fagdager for barneansvarlige og andre interesserte. Veiledningstilbud til barneansvarlige gis også til alle sykehusets klinikker og ved alle lokalisasjoner. Høstens møte er i september med tema «søsken som pårørende og ungdom/unge omsorgsgivere». Neste fagdag er i februar 2017 med fokus på minoritetsspråklige familier og særskilte etiske problemstillinger knyttet til dette fagfeltet. Det er stor interesse for fagdagene som får gode tilbakemeldinger.

Det er utviklet en invitasjon til barn og unge som pasient/foreldre kan ta med seg hjem og gi til sine barn. Brosjyren skal bidra til å ufarliggjøre det å komme på besøk på sykehuset. Ved slike besøk kan barn/unge få hilse på helsepersonell og få svar på noen av sine spørsmål om de ønsker det. Det er også en brosjyre/invitasjon til søsken som pårørende under utvikling.

Denne høsten iverksettes det undervisning om barn som pårørende i akutte situasjoner og den lovpålagte oppgaven på 15 ulike ambulansestasjoner. Det lages også et akutt kort: «Når ambulansen har kjørt». Kortet skal være tilgjengelig i alle ambulanser og bruken av kortet skal inn i deres gjeldende prosedyre.

Tverrfaglig familiestøtte

Tverrfaglig familiestøtte er et samhandlingsprosjekt mellom Bydel Sagene, Barne- og familieetaten og Oslo universitetssykehus HF. Tverrfaglig familiestøtte er et lavterskeltiltak for gravide rusavhengige og deres familier.

Modellen er tenkt å være et tilnærmet ideelt behandlingsforløp fra den gravide fanges opp på helsestasjon/i spesialisthelsetjenesten/rusomsorgen via svangerskap, fødsel og barseltid frem til barnet er 6 år. Det skal legges vekt på nødvendig samarbeid mellom ulike etater og institusjoner med vekt på familiens behov, og forsøk på å identifisere risiko for svikt i ulike faser av behandlingsforløpet. Målet er å etablere et forpliktende behandlingsforløp.

Prosjektet avsluttes 1. juni 2017. Tilbudet planlegges utvidet til å gjelde også andre bydeler.

3.9 Pasientinformasjon:

Nye nettsider på felles nasjonal plattform

Oslo universitetssykehus HF flytter i 2016 sykehusets nettsider til den felles nasjonale plattformen for spesialisthelsetjenesten (helsenorge-plattformen). Sykehuset skal bidra til oppbygging av pasientinformasjon i denne fellesløsningen som tydeligere kretser om brukernes informasjonsbehov knyttet til sykdom og behandling.

Alle helseforetakene skal være over på den nasjonale plattformen i løpet av året. Et hovedmål for prosjektet er å bidra til trygghet og mestring for pasienter og pårørende. Det er lagt vekt på at informasjon til pasienter, pårørende og fastleger skal være det sentrale. Nettsidene skal bedre informasjonen til pasientene om hva som skjer før, under og etter behandling – og gi tydelig informasjon om oppmøtested. De nye nettsidene til helseforetakene blir på denne måten en del av sykehuset, en del av behandlingen og en del av pasientreisen.

Det er et viktig prinsipp for fellesløsningen at all informasjon som kan deles, skal deles mellom sykehusene. Dette gjelder spesielt tekster om diagnoser og behandlinger. Det er etablert en felles nasjonal base for slik deling av innhold. For sykehuset er ambisjonen fram til lanseringsdatoen 1. november å flytte over relevant innhold fra dagens nettsider og å ta i bruk allerede utarbeidede pasientinformasjonstekster fra den nasjonale basen.

I forbindelse med dette arbeidet er det etablert en mer sentralisert redaksjonsmodell enn tidligere med definerte roller i både staber og klinikker. Det er også utarbeidet en metodikk for forvaltning basert på tilbakemeldinger og erfaringer fra klinikkene. Alle klinikkene er involvert i arbeidet med å skaffe oversikt over eksisterende tekster innen sine fagområder, både på dagens nettsider og i den nasjonale basen. De er også involvert i prioritering av innsatsen fram mot lansering og månedene etter.

Dagens nettsider har omtale av omlag 400 undersøkelser og 200 behandlinger. Ambisjonen er at disse er sjekket mot eksisterende innhold i den nasjonale basen og overført til det nye nettstedet innen 1. november.

Hver enkelt klinikk har rapportert status på arbeidet i ledelsens gjennomgang for 2. tertial. Status per september 2016 er at de fleste klinikkene har startet opp arbeidet. Flertallet er fortsatt i en kartleggingsfase og trenger noe tid på å forankre og levere på delingskonseptet for nasjonale fellestekster for pasientinformasjon. Det er imidlertid et godt samarbeid mellom stab og klinikker i prosjektet. Prosjektet har en akseptabel fremdrift.

Brukerinvolvering i prosjektet

Det sentrale brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus HF er ved to anledninger blitt orientert om prosjektet. I henhold til nivå 1- prosedyren skal all pasientinformasjon fra sykehuset utarbeides på en måte som sikrer brukerinvolvering. Noen klinikker bruker sitt lokale brukerråd til dette. Det nasjonale prosjektet har også innhentet brukerperspektivet med fokusgruppe intervjuer under den innledende konseptfasen og gjennom brukertesting av løsningen.

4 Opplæring av pasienter og pårørende

Sykehus skal i henhold til Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-8 særlig ivareta «opplæring av pasienter og pårørende».

Læringstilbud til pasienter og pårørende

I ledelsens gjennomgang 2. tertial ble det særlig fokusert på hvordan klinikken arbeider for å bedre læringstilbudene som gis til pasienter og pårørende. Det ble etterspurt hvordan klinikken sikrer en oppdatert oversikt over lærings- og mestringstilbudene og på hvilken måte tilbudene synliggjøres. Det ble også stilt spørsmål om rutiner for dokumentasjon av gjennomførte opplæringstiltak i pasientens journal, hvordan klinikken samarbeider med primærhelsetjenesten/andre om pasient- og pårørendeopplæring. Oppfølgingen var basert på funn fra en intern revisjon som ble gjennomført mot slutten av 2015. Uttrekk av data til tertialmøtet viste at det for alle klinikker er potensiale for forbedring av læringstilbudene, økt kodekvalitet og ev. DRG-takst for slike læringstilbud.

De fleste store diagnosegrupper har lærings- og mestringkurs i grupper. Dette tilbys både pasienter og pårørende. I tillegg har sykehuset fokus på læringstilbud for sårbare pasientgrupper og sjeldne diagnoser.

Kreftklinikken har startet nytt kurs for pasienter med DCM LAMIN A/C (genetisk hjertefeil) og deres pårørende. Kurset er et samarbeid mellom Hjerter-, lunge- og karklinikken og Kreftklinikken, og er en del av en kursrekke som tilbys pasienter med ulike former for hjertefeil. Evalueringene etter kurset var svært positive og kurset ble gjennomført på nytt i august.

Barne- og ungdomsklinikken har i perioden gjennomført kurs for pasienter med tyrosinemi og deres pårørende. Dette er en av de små sjeldne diagnosene som Oslo universitetssykehus HF har landsdekkende ansvar for. Kurset arrangeres annet hvert år og omfatter alle barn og unge med diagnosen tyrosinemi.

Klinikk psykisk helse og avhengighet arrangerer jevnlig temakvelder for pasienter og pårørende, noe som evalueres som et viktig supplement til øvrig behandling. Det er gjennomgående flere som kommer på temakveldene, og deltakerne gir gode evalueringer hele veien. I perioden omhandlet kveldene temaene «Hvorfor er kognitiv terapi virksom ved sosial fobi?» og «Barn/ungdom med spiseforstyrrelser. Familier som hjelper familier».

Kvalitetssikring av læringstilbudene

I perioden er det etablert et prosjekt for utvikling av en modell for mer enhetlig organisering av pasient- og pårørendeopplæring i klinikk. Det er ulike organiseringsformer i klinikkene og liten grad av forankring av oppgaven i klinikkens ledelse. Dette fører blant annet til at det er vanskelig å ha oversikt over opplæringstilbudet i sykehuset. Det er for tilfeldig hvilke pasientgrupper som får tilstrekkelig informasjon og opplæring. Dette undergraver likeverdige helsetjenester.

Den lovpålagte hovedoppgaven om pasient- og pårørendeopplæring er underkommunisert i flere klinikker. Det er bred enighet om at en modell for mer enhetlig organisering kan øke kvaliteten og omfanget av opplæring til pasienter og pårørende, samt bidra til mer systematisk koding og registrering av aktivitet.

Det er startet opp et arbeid med utarbeidelse av kunnskapsbasert fagprosedyre for planlegging og gjennomføring av pasient- og pårørendeopplæring. Sykehuset har i dag ingen prosedyre for denne type opplæringsaktivitet. Dette er et av tiltakene i handlingsplan som følger opp funn og avvik etter intern revisjon av koding og registrering av pasientopplæring og tiltak i gruppe som gjennomført høsten 2015.

Ungdomshelse

I juni 2016 la regjeringen frem Ungdomshelsestrategi 2016-2021. Ved OUS er det vedtatt å danne et Råd for ungdomshelse med oppstart i september 2016. I ledelsens gjennomgang 2. tertial ble klinikkene bedt om redegjørelse av klinikkens planer å sikre en bedre overgang fra barne- og ungdomsavdeling til voksenavdeling (ved 18 årsalder). Det kom frem flere gode tiltak for pasienter som skal over i voksenavdeling som det arbeides videre med.

Samarbeidsprosjekt Digital kompetansepakke i pasient- og pårørendeopplæring
Høgskolen i Oslo og Akershus og Oslo universitetssykehus HF samarbeider i prosjektet «Digital kompetansepakke i pasient- og pårørendeopplæring».

Prosjektets mål er å utvikle en modell for styrket pasient- og pårørendeopplæring i utdanning og arbeidsliv, med digitale pedagogiske verktøy. Verktøyene skal ikke erstatte det gode pasientmøtet, men skal være et pedagogisk supplement for å bedre dagens praksis. Å synliggjøre eksempler ved bruk av pasienter og pårørendes stemme er sentralt.

Prosjektet involverer både studenter, lærere, helsepersonell i primær- og spesialisthelsetjenesten og brukere som har en rolle i pasient- og pårørendeopplæring.

5 Forskning og utvikling

Sykehus skal i henhold til Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-8 særlig ivareta «forskning».

5.1 Forskning

Om rapporteringen for 2. tertial

Grunnlaget for rapporteringen av data om publisering er sykehusets eget system Publika, som har en automatisert import av artikler fra Web of Science (WoS) og Pubmed, basert på forfattere og enheter som er registrert i Publika.

På grunn av sen indeksering av øvrige forfatternavn er det umulig å beregne andelen utenlandske forfattere og publiseringspoeng på dette tidspunktet. Rapporteringen er derfor konsentrert om antall artikler og andel artikler på nivå 2.

Doktorgradstall innhentes ved manuell rapportering fra Universitetet i Oslo, og rapporteres nå kun halvårlig.

Utviklingen i publikasjonsaktivitet

Akkumulerte tall pr. 2. tertial er hentet fra sykehusets publikasjonsdatabase www.publika.no den 9. september 2016. Det er lagt om til ny klinikkstruktur og forskuttert en vedtatt flytting av Intervensjonscenteret til Akuttklinikken.

Klinikk	Pr 2T 2014	Pr 2T 2015	Pr 2T 2016
Klinikk psykisk helse og avhengighet	87	91	104
Medisinsk klinikk	184	201	249
Klinikk for hode-, hals- og rekonstruktiv kirurgi	16	19	30
Nevroklubnikken	123	124	150
Ortopediklubnikken	51	42	52
Barne- og ungdomsklubnikken	72	73	121
Kvinnklubnikken	48	46	75
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	143	181	201
Kreftklubnikken	239	283	342
Hjerte-, lunge- og karklubnikken	104	109	135
Akuttklubnikken**	88	112	97
Prehospital klinikk	5	11	14
Klinikk for laboratoriemedisin	264	277	307
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	59	65	73
Oslo sykehusservice	55	65	66
Andre	3	5	2
TOTALT (unike artikler)***	1157	1214	1482

Tabell 16. Antall publiserte vitenskapelige artikler*, akkumulert pr. 31. august 2016.

* Kun kategoriene vitenskapelige artikler og vitenskapelige oversiktsartikler (reviews) inngår i tabellen **Inkl. Intervensjonscenteret. ***Merk at artikler telles hos flere klubnikker når det er forfattere fra flere klubnikker. I tallet for TOTALT er hver artikkel kun talt én gang, og dette er dermed lavere enn summen av klubnikktallene.

Tallene for 2016 vil ventelig bli noe redusert ved den endelige tellingen. Det vil sannsynligvis uansett ende med økning fra foregående år, 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 2014	Pr 2T 2015	Pr 2T 2016
Klinikk psykisk helse og avhengighet	31,0 %	30,8 %	37,5 %
Medisinsk klinikk	23,4 %	22,4 %	23,3 %
Klinikk for hode-, hals- og rekonstruktiv kirurgi	6,3 %	10,5 %	23,3 %
Nevroklinikken	22,8 %	20,2 %	17,3 %
Ortopediklinikken	23,5 %	16,7 %	26,9 %
Barne- og ungdomsklinikken	18,1 %	17,8 %	24,0 %
Kvinneklinikken	27,1 %	26,1 %	24,0 %
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	21,0 %	24,9 %	25,9 %
Kreftklinikken	27,2 %	30,0 %	23,1 %
Hjerte-, lunge- og karklinikken	20,2 %	22,9 %	18,5 %
Akuttklinikken	19,3 %	17,0 %	19,6 %
Prehospital klinikk	0,0 %	9,1 %	14,3 %
Klinikk for laboratoriemedisin	25,0 %	20,9 %	27,0 %
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	28,8 %	20,0 %	17,8 %
Oslo sykehusservice	20,0 %	16,9 %	22,7 %
Andre	0,0 %	0,0 %	50,0 %
TOTALT (ut fra unike artikler)	22,6 %	23,7 %	24,4 %

Tabell 17. Andel av artiklene som er publisert i tidsskrifter på nivå 2, pr. 31. august 2016.

Andelen er økt vesentlig for sykehuset som helhet, men ikke for alle klinikker.

Doktorgrader avlagt ved universiteter og høyskoler og utført ved helseforetaket

Tallene pr 1. halvår 2016 viser at reduksjonen i antall doktorgrader fortsetter, eller i alle fall har lagt seg på et lavere nivå i løpet av 2015-2016. Dette er også en utvikling som er nasjonal. Utvikling på årsbasis viste i 2015 en betydelig reduksjon, noe som dels var forventet gitt at flere sentrale finansieringskilder la om sin finansiering i retning av flere postdoktorstipender og færre doktorgradsstipender.

Målesystemet for helseforetakene avviker fra universitets- og høyskolesektorens målesystem. Antall grader som endelig krediteres i helseforetakenes målesystem kan derfor være annerledes (lavere) enn det antallet klinikkene oppfatter at de har ytt reelle bidrag til.

Klinikk	Pr 1. halvår 2014	Pr 1. halvår 2015	Pr 1. halvår 2016
Klinikk psykisk helse og avhengighet	3	5,75	4
Medisinsk klinikk	10,5	3	1
Klinikk for hode-, hals- og rekonstruktiv kirurgi	4,5	1	0,5
Nevroklubnikken	10	10	11
Ortopediklubnikken	2,5	2,5	1
Barne- og ungdomsklubnikken	7	3	2
Kvinneklubnikken	3	3	2
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	4	5	5
Kreftklubnikken	20,5	19	14
Hjerte-, lunge- og karklubnikken	5	5,75	5,5
Akuttklubnikken	2	5	2
Prehospital klinikk	0	0	0
Klinikk for laboratoriemedisin	17	7	7
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	1	2	1
Oslo sykehusservice	1	0	1
TOTALT doktorgrader utført	91	72	57

Tabell 18. Doktorgrader hovedsakelig utført ved Oslo universitetssykehus pr 1. halvår

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

5.2 Innovasjon

Alle ideer/oppfinnelser som kan kommersialiseres og/eller gi opphav til næringsutvikling vurderes og håndteres av Inven2⁴. Idépoliklubnikken i Oslo universitetssykehus HF mottar og viderefører øvrige ikke-patenterbare ideer knyttet til produkt-, prosess- og tjenesteinnovasjoner. Idépoliklubnikken og Inven2 bistår med innovasjonsarbeid også for andre sykehus i regionen.

Vedrørende tabeller og klubnikkstruktur

Tallene fra Inven2 følger foreløpig gammel klubnikkstruktur, mens tall som gjelder ideer til den interne idépoliklubnikken ved Oslo universitetssykehus HF, følger ny klubnikkstruktur fra 2016.

Intervensjonscenteret er vedtatt overført til Akuttklubnikken i 2016, men den organisatoriske endringen er ennå ikke gjennomført. Intervensjonscenteret rapporteres derfor som del av KLM/KDI når det gjelder innovasjonsaktivitet (er behandlet som del av Akuttklubnikken i forskningstallene på grunn av gjennomførte endringer i publikasjonsdatabase).

Inven2 har registrert en økning av antall innmeldte idéer sammenliknet med foregående år. Det er imidlertid en nedgang i antall innmeldte idéer til Innovasjonsseksjonen sammenliknet med 2015. Flere klubnikker melder i sine risikoanalyser om vedvarende tidspress som går utover forskning og innovasjon. Det utredes en forbedring av infrastrukturen for innovasjon (se omtale nedenfor om testarena), slik at innovasjonsseksjonen skal kunne motta enda flere ideer av høy kvalitet.

⁴ Inven2 er Norges største aktør innen kommersialisering av forskning og eies av Universitetet i Oslo og Oslo Universitetssykehus HF.

Klinikk	Akkumulert pr 2. tertial 2016		Totalt 2015	
	Inven2	Idépoliklinikken	Inven2	Idépoliklinikken
Klinikk psykisk helse og avhengighet	4	3	8	2
Medisinsk klinikk	2	1	3	2
Klinikk for kirurgi og nevrofag	0	-	3	3
Ortopedisk klinikk	-	1	-	-
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	-	3	-	-
Nevroklubnikken	-	0	-	-
Kvinne- og barneklubnikken	3	-	2	1
Kvinneklubnikken	-	1	-	-
Barne- og ungdomsklubnikken	-	0	-	-
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubnikken	15	1	13	0
Kreftklubnikken	-	0	-	-
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	-	0	-	-
Hjerte-, lunge- og karklubnikken	1	0	2	1
Akuttklubnikken	3	0	6	10
Prehospital klinikk	0	0	-	-
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	26	-	35	1
Radiologiklubnikken	-	2	-	-
Laboratorieklubnikken	-	4	-	-
Oslo sykehuservice og Direktørens stab	1	8	0	16
Totalt	50	24	65	36

Tabell 19. Nye innmeldte oppfinnelser (DOFI) 2. tertial 2016 til Inven2 og ideer til Idépoliklubnikken ved Oslo universitetssykehus HF

Merk at ideer/DOFI telles hos flere klubnikker når ideen involverer flere klubnikker. I totalsum er hver DOFI kun talt én gang, og utgjør dermed ikke summen av de andre tallene

Inven2 har i år en nedgang i antall pågående innovasjonsprosjekter sammenliknet med 2015, mens det motsatte er tilfellet for Innovasjonsseksjonen. Samlet er både Inven2 og Innovasjonsseksjonen godt fornøyd med innovasjonsaktiviteten så langt i år da kvaliteten på innmeldte ideer og pågående prosjekter generelt er meget høy.

Klinikk	Innovasjonsprosjekter hos Inven2	Innovasjonsprosjekter ved Idépoliklubnikken
Klinikk psykisk helse og avhengighet	3	4
Medisinsk klinikk	3	1
Klinikk for kirurgi og nevrofag	4	-
Ortopedisk klinikk	-	3
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	-	2
Nevroklubnikken	-	0
Kvinne- og barneklubnikken	1	-
Kvinneklubnikken	-	1
Barne- og ungdomsklubnikken	-	1
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubnikken	27	-
Kreftklubnikken	-	2

Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	-	0
Hjerte-, lunge- og karklinikken	3	1
Akuttklinikken	5	6
Prehospital klinikk	-	0
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	32	-
Radiologiklinikken	-	1
Laboratorieklinikken	-	0
Oslo sykehuservice og Direktørens stab	2	6
Totalt	64	28

Tabell 20. Pågående innovasjonsprosjekter i porteføljen til Oslo universitetssykehus pr 2.tertial 2016
Prosjekter telles hos flere klinikker når ideen involverer flere. I totalsum er hvert prosjekt kun talt én gang.

Oslo universitetssykehus HF har i samarbeid med Oslo kommune i 2. tertial hatt høyt fokus på forprosjekt for etablering av en testarena for innovasjon. I testarenaen skal sykehus, kommuner og/eller bedrifter samarbeide om å designe, utvikle, prototype og teste nye produkter og tjenester. Rapport presenteres i Ledermøtet ved Oslo universitetssykehus 20. september. Oslo kommune viser svært stor interesse for etablering av en testarena. Innovasjonsseksjonen er i dialog med Helse Sør-Øst RHF om mulig del finansiering av prosjektet.

Oslo universitetssykehus HF deltar aktivt i nasjonalt innovasjonsarbeid, blant annet gjennom et pilotprosjekt for testing av innovasjonsindikatorer og utviklingen av nasjonal webbløsning for mottak og håndtering av helserelevante ideer. Sykehuset er også en sterk pådriver for regionale innovasjonsprosjekter, f eks utvikling av inn- og utsjekkingsterminaler i samarbeid med hele fem helseforetak i Helse Sør-Øst.

6 Utdanning av helsepersonell

Sykehus skal i henhold til Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-8 særlig ivareta «utdanning av helsepersonell».

Det har vært arbeidet med flere sentrale utdanningsaktiviteter i 2. tertial 2016, blant annet:

Spesialistutdanning av leger

Sentrale planleggingsoppgaver er delegert til de regionale helseforetakene og Utdanningsseksjonen ved Oslo universitetssykehus HF er tungt inne i arbeidet. Blant annet jobbes det med opprettelse av «Regionalt utdanningssenter for LIS», som skal legges til Oslo universitetssykehus HF.

Arbeidsgrupper i regi av Helsedirektoratet har levert forslag til læringsmål og læringsaktiviteter for indremedisin, kirurgi, psykiatri, de felleskompetansem modulene og veiledning for Del 1 av spesialistutdanningen. Disse forslagene til læringsmål er på bred høring med frist 10. oktober 2016. Oppstart for Del 1 er planlagt i september 2017. Oslo universitetssykehus HF er representert i flere arbeidsgrupper regionalt og nasjonalt.

Utdanningsseksjonen deltar i arbeid med å forbedre spesialistutdanningen i større fag der rotasjonsordninger og vaktbelastning er en utfordring med hensyn til å oppnå læringsmål.

Helsefagarbeiderlærlinger

Oslo universitetssykehus HF er godkjent som lærebedrift i helsearbeiderfaget av Oslo kommune og tok i mot de første lærlingene 24. august 2016.

Bachelor i sykepleie

Oslo universitetssykehus HF og Høgskolen i Oslo og Akershus har i felleskap utviklet en retningslinje som gir en rolleavklaring for ansatte i begge organisasjoner når studenter gjennomfører kliniske praksisstudier i sykehuset.

Spesialsykepleiere

Etter forespørsel fra flere helseforetak i Helse Sør-Øst har Høgskolen i Oslo og Akershus økt utdanningskapasiteten av anestesisykepleiere.

Samme høyskole har fått klarsignal til å starte en ny utdanning innen akuttisykepleie tilpasset pasientgruppene i akuttmottak. Oslo universitetssykehus HF har bidratt i arbeidet med utviklingen av denne utdanningen.

Det utredes et behov for en videreutdanning innen kirurgisk sykepleie i samarbeid med Akershus universitetssykehus HF.

Simulering- og ferdighetstrening

Behovet for simulering- og ferdighetstrening er økende, både som elementer i utdanningsløp og i etterutdanningsvirksomhet. Det ble etablert et forprosjekt i 2015 i samarbeid med Universitetet i Oslo for å vurdere behov opp mot nåværende kapasitet, samt foreslå en eventuell styrking av denne virksomheten. Dette arbeidet er kontinuert i 2. tertial.

Oppfølging av Prosjekt «Kvalitet i praksisstudier»

Oslo universitetssykehus HF har hatt representanter i det nasjonale prosjektet «kvalitet i praksisstudier» som nå formelt er overlevert til Kunnskapsdepartementet.

Det er foreslått fem kvalitetsområder med 21 indikatorforslag for å fremme kvalitet i eksterne praksisstudier.

I 2. tertial har Oslo universitetssykehus HF, i samarbeid med aktuelle høyskoler, vurdert hvilke av de foreslåtte kvalitetsområdene de i samarbeid skal videreutvikle.

Målgruppe: Foretaksstyret – Styresak 63/2016.
Faglig ansvarlig: Stabsdirektør Sølvi Andersen, Stab pasientsikkerhet og kvalitet
Saksbehandler: Spesialrådgiver Øystein Helland
Dato: 27.10.2016
Fil: - LGG 2T 2016 v13.docx

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 27. oktober 2016

Saksbehandler: Visadministrerende direktør økonomi og finans
Visadministrerende direktør medisin, helsefag og utvikling


Vedlegg: Rapportvedlegg

SAK 64/2016 RAPPORTERING PER SEPTEMBER 2016

Forslag til vedtak:

Styret tar rapporteringen av resultat per september 2016 til orientering.

Oslo den 20. oktober 2016



Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

Gjennomgangen av status og resultater hittil i 2016 (januar til og med september) viser kortfattet følgende:

- Den reelle aktiviteten innenfor somatikken er samlet sett om lag som forutsatt i budsjettet og om lag 2 pst høyere enn samme periode i 2015.
- Innenfor psykisk helsevern for voksne er den rapporterte aktiviteten hittil i 2016 høyere enn planlagt.
- Innenfor psykisk helsevern for barn og unge er den rapporterte aktiviteten høyere enn planlagt for antall utskrevne pasienter og antall polikliniske konsultasjoner. Færre oppholdsdager for dagbehandling kompenseres av flere polikliniske konsultasjoner.
- Den polikliniske aktiviteten innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er høyere enn planlagt. Det samme gjelder for antall liggedøgn, mens antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling er lavere enn budsjettet.
- Antall fristbrudd av ventende pasienter var per utgangen av september 30 mot 445 ved utgangen av samme periode i 2015.
- Antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer var per utgangen av september 152 mot 948 ved utgangen av samme periode i 2015.
- Rapportert økonomisk resultat etter september 2016 viser et overskudd på 40 millioner kroner, men et negativt avvik fra budsjettet på om lag 129 millioner kroner.
- Gjennomsnittlig antall brutto månedsverk til og med oktober 2016 er 18 494. Dette er en økning på 192 fra samme periode i 2015, herav 35 månedsverk med ekstern finansiering (øremerkede midler).
- Sykefraværet hittil i 2016 (per august) er 7,1 prosent og er redusert fra 7,3 prosent i samme periode 2015.

2. Administrerende direktørs vurdering

Hovedmålene for virksomheten i Oslo universitetssykehus i 2016 er at pasientene opplever god diagnostikk og behandling blant annet ved å unngå fristbrudd, redusere ventetid, innfri krav til pakkeforløp, og samtidig sikre et økonomisk resultat som budsjettet eller bedre.

Innenfor ventelisteområdet er det over lengre tid arbeidet målrettet med oppfølging av ventende, ventetider og frister for start helsehjelp. Dette har etter administrerende direktørs vurdering gitt gode resultater. I 2016 er oppmerksomheten i økende grad rettet mot oppfølging av interne ventelister, det vil si videre pasientforløp etter at initial rett til utredning eller behandling er innfridd. Dette måles blant annet med antall pasienter hvor planlagt tidspunkt (dato) for videre oppfølging i sykehuset er passert og antall pasienter med åpen henvisningsperiode uten ny kontakt. Det er satt tydelige mål for reduksjon av interne ventelister og det arbeides for å nå disse.

Så langt i 2016 har det vært god aktivitet innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, hvor særlig den polikliniske aktiviteten er økt betydelig fra 2015 til 2016. Den samlede aktiviteten innenfor somatikken, målt i antall DRG-poeng, er om lag som budsjettet hittil i år og aktiviteten er økt med nærmere 2 prosent fra 2015. For å effektivisere driften og redusere de samlede ventelistene arbeides det fortsatt med å bedre kapasitetsutnyttelsen både på poliklinikk og innenfor operasjonsområdet. Det har vært en større vekst i aktivitet innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn innenfor somatikken.

Selv om det økonomiske resultatet for september isolert sett viser et positivt avvik i forhold til budsjett, er det økonomiske resultatet hittil i år ikke tilfredstillende. Etter september 2016 er det rapportert et negativt økonomisk avvik på 129 millioner kroner.

En videreføring av det økonomiske avviket hittil i år vil i første omgang få konsekvenser for foretakets evne til å gjennomføre nødvendige investeringer. På denne bakgrunn gjennomfører administrerende direktør tett oppfølging av klinikkene, herunder oppfølging av nye tiltak som ble iverksatt ut på våren i år. I ledermøtene er det ukentlig gjennomgang av driften med vekt på tiltak for å utnytte samlet kapasitet samtidig som bemanningsutviklingen forsøkes styrt på en god måte og innenfor samlet budsjett. Alle klinikkene har fått krav om økt gjennomføring av tiltak i 2016.

Bemanningsstallene fra de siste månedene kan tyde på at tiltak for å tilpasse bemanningen til budsjett gjennom strammere styring har hatt effekt. Antall månedsverk er imidlertid ikke nede på nivået fra før sommeren, slik at det fortsatt er for tidlig å trekke en endelig konklusjon på dette.

3. Tilgjengelige helsetjenester

Det arbeides kontinuerlig med kvalitetssikring av ventelistedata og å sikre at alle pasienter får time innen fastsatt tid. Fokusområdene for oppfølging av ventelistearbeidet i 2016 er de kvalitetsindikatorer som Oslo universitetssykehus HF benytter som styringsindikatorer for oppfølging av pasienter med uavklart og avklart tilstand. Dette innebærer oppfølging av pasientforløp (inkludert pakkeforløp), gjennomgang og rydding av eksterne og interne ventelistedata, tidlig tildeling av time, samarbeid med eksterne aktører og løpende kvalitetssikring av NPR-tilbakemeldingen.

Etter en betydelig bedring av fristbrudd og langtidsventende gjennom 2015, har sykehuset i 2016 forsterket oppfølgingen av de pasientene som venter på å få innfridd tentativ dato etter at frist til utredning eller behandling er innfridd.

Ut over de styringsparametrene som inngår i rapporteringen til Helse Sør-Øst RHF har foretaket blant annet fokus på at ansatte fortløpende skal være ajour med arbeidsoppgaver i DIPS. Dette er viktig både for å ivareta kvalitet i pasientbehandlingen og for å sikre god kvalitet i driftsdata som fortløpende brukes som grunnlag for styring av virksomheten.

Status fristbrudd av ventende pasienter

Per utgangen av september var det 30 fristbrudd for ventende pasienter. Sammenlignet med samme tidspunkt i 2015 er dette en reduksjon på om lag 400 fristbrudd. Årsaken til at fristbrudd ventende ikke er i null skyldes i hovedsak at time er avtalt og tildelt pasient kort tid etter frist, samt forsinkelser i oppretting av ikke registrerte rettighetsopplysninger fra andre helseforetak. Det er meldt 6 pasienter til HELFO med fristbrudd i september, hvorav 1 pasient takket ja til et tilbud via HELFO.

Status fristbrudd avviklede

Per utgangen av september var det en andel på 1,3prosent (90 pasienter) som ble avviklet etter frist start helsehjelp. Dette omfatter både pasienter som har ønsket eller samtykket i å vente kort tid utover frist, i stedet for å vurdere behandling et annet sted, pasienter som er viderehenvist fra andre helseforetak hvor det har vært vanskelig for Oslo universitetssykehus HF å imøtekomme den fristen som er satt, samt noe etterregistrering av ventetid slutt. Fristbrudd avviklede påvirkes av det arbeidet som pågår med reduksjon av antall åpne henvisningsperioder uten planlagt kontakt og reduksjon av antall tentativ dato passert. Forebygging av fristbrudd pågår kontinuerlig og i de

tilfeller hvor pasientene må vente utover frist, kontaktes pasienten for samtykke til forlenget ventetid.

Status langtidsventende (ventet 12 måneder eller mer)

Per utgangen av september var antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer 152. Sammenlignet med samme periode i 2015 er det en reduksjon på om lag 800 langtidsventende. Det er nå flest langtidsventende innenfor fagområdene ortopedi (86) og gastroenterologisk kirurgi (29).

Status ventetider

I september var gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter 72 dager. Dette er en reduksjon sammenlignet med samme periode i 2015. Økningen i Hjerter-, lunge- og karklinikken skyldes god avvikling av langtidventende (varicer), samt pasienter som er vurdert til å skulle vente lenge. Reduksjon av antall åpne henvisningsperioder uten planlagt kontakt og avvikling av pasienter med passert tentativ dato, påvirker og forlenger gjennomsnittlig ventetid til avvikling for uavklarte tilstander i alle klinikker. For pasienter som venter på utredning/behandling var gjennomsnittlig ventetid per utgangen av september 68 dager, hvorav 70 dager for pasienter som venter med rett til helsehjelp og 466 dager for den gjenværende mindre gruppen av pasienter (159) fra før 1. nov 2015 uten rett. Planen er at pasientgruppen uten rett skal være helt avviklet i løpet av 2016. Gjennomsnittlig ventetid for alle ventende er redusert med 23 dager fra utgangen av september 2015.

Status passert tentativ dato

Indikatoren passert tentativ dato (nyhenviste er ekskludert) viser antall pasienter hvor planlagt tidspunkt for videre oppfølging i sykehuset dato er passert, og inngår fra 2016 i ukentlig oppfølging til alle klinikk- og avdelingsledere. Per utgangen av uke 41 var det om lag 16 845 pasienter som var registrert med passert tentativ dato. Målsettingen for 2016 er at antall passert tentativ dato skal halveres, samt forebygge at ikke nye tilfeller kommer til. Oversikt over antall passert tentativ dato inngår i klinikkvise månedsrapporter. Det er startet et arbeid for å lage en komplett ventelisterapport som inkluderer pasienter som venter på et videre forløp i sykehuset.

Åpne henvisningsperioder uten ny kontakt

Indikatoren åpne henvisningsperiode uten ny kontakt inngår fra 2016 i ukentlig oppfølging til alle klinikk- og avdelingsledere. Indikatoren viser antall pasienter der henvisningsperioden fortsatt holdes åpen uten at avtale om ny kontakt er registrert. Per utgangen av uke 41 var det om lag 14 300 åpne henvisninger uten ny kontakt. Dette er en reduksjon fra januar 2016 hvor antallet var om lag 32 500. Målsettingen for 2016 er at antall åpne henvisningsperioder uten ny kontakt skal reduseres med 80 pst.

Timeavtale tildelt innen 10 virkedager fra mottak av henvisning («direkte booking»)

I august (indikatoren rapporteres med en måneds forsinkelse) fikk vel 75 prosent av pasientene tildelt timeavtale innen 10 virkedager fra mottak av henvisning ved Oslo universitetssykehus. Dette er en bedring fra tidligere måneder og nær gjennomsnittet for foretaksgruppen (78 prosent for foretaksgruppen inkludert private ideelle sykehus).

Tiltak innenfor ventelisteområdet

Arbeidet med å forebygge fristbrudd, unngå langtidsventende og redusere ventetider omfatter tiltak på flere områder:

- Tett oppfølging av Oslo universitetssykehus HF's handlingsplan for pasientbehandling hvor det er definert overordnede tiltak for forutsigbar og koordinert utredning og behandling innenfor angitte frister.
- Tett oppfølging og videreføring av signaler som kommer fra Tilgjengelighets- og ressursstyringsprosjektet.
- Tett oppfølging av merknader fra Konsernrevisjonen.
- Ajourhold av venteliste med kvalitetssikring av ventetider, fristbrudd og langtidsventende.
- Månedlig kvalitetssikring av NPR-tilbakemeldingen slik at tallene for kvalitetsindikatorer som presenteres på www.helsenorge.no, er tilfredsstillende.
- Ved manglende kapasitet, samarbeide med Informasjonstjenesten velg behandlingssted om alternative behandlingssteder for pasienten.
- Inngå avtaler med avtalespesialister etter mal for samarbeidsavtale utarbeidet av arbeidsgruppe i fagdirektørforumet.
- Samarbeid med private leverandører som Helse Sør-Øst RHF har inngått avtale med (hvor helseforetakene kan gjøre avrop på slik avtale).
- Videreføre internsertifiseringsprogram for henvisningsperioden for kontorfaglig tjeneste og ventelisterådgivere og tilrettelegge for spisset opplæring til leger i registrering av vurdering av henvisninger og prioritering av pasienter som skal settes på venteliste, inkludert bruk av prioriteringsveiledere.
- Gjennomføre opplæring til leger i riktig vurdering og registrering av henvisning (inkludert bruk av Prioriteringsveiledere).
- Følge opp at henvisninger blir vurdert, og at riktig brev med oppmøtetid og informasjon om pasientrettigheter blir sendt innen 10 dager.
- Bedre planlegging og tilgjengelighet ved å sikre at timebok er planlagt 12 måneder fram i tid, inkludert på lab/rad og at timebøkene faktisk fylles/planlegges med lang tidshorison (direktebooking og oppfølging av pasienter som er i et forløp).
- Utvidet åpningstid på poliklinikker.
- Det er tilrettelagt for pasientadministrativt arbeid ved å følge opp sentrale indikatorer i foretakets ledelsesinformasjonssystem. Arbeidet videreutvikles. Flere indikatorer inngår i 2016 i en ukentlig rapport som hver mandag sendes alle klinikk- og avdelingsledere, "Min rapport".
- Med henblikk på fritt behandlingsvalg og ansvarsoverføring mellom HF, har vi særlig fokus på den regionale prosedyren som beskriver praksis for viderehenvisninger og overføring av pasienter mellom HF'ene.
- Det ble i løpet av april gjennomført tre egenrevisjoner med revisjonstemaet *forutsigbar og koordinert utredning og behandling i tråd med nasjonale kvalitetsmål innen angitte frister*. Lukking av avvik følges opp.

4. Pasientbehandling

4.1. Aktivitet somatikk

For hele 2016 er det budsjettert med 233 014 DRG-poeng. Dette inkluderte forventet positiv effekt på 659 DRG-poeng som følge av at flere yrkesgrupper gir ISF-refusjon i 2016 enn i tidligere år (flytting av midler fra basisramme til ISF). Endringene i ISF-regelverk/-vektorer fra 2015 til 2016 utover dette ble i budsjettet forventet å være nøytrale for Oslo universitetssykehus HF, dvs at aktiviteten i 2015 skulle gi om lag samme antall DRG-poeng med 2016-regelverk som det som er registrert for 2015 med 2015-regelverk. Interne beregninger viser imidlertid en negativ effekt på 830 DRG-poeng for 2016 som følge av endringene i DRG-systemet. Sammenlignet med

forutsetningene i budsjettet er dette et bortfall av DRG-poeng på om lag 1 500 (sum av 659 og 830 poeng). Dette tilsvarer en inntektsreduksjon på om lag 35-45 millioner kroner.

Til og med september er det rapportert et negativt avvik i forhold til periodisert budsjett på vel 500 DRG-poeng, tilsvarende 0,3 prosent. Aktiviteten i september har isolert sett vært noe lavere enn budsjettet. Periodens tall inkluderer imidlertid etterregistrering av aktivitet for 2. tertial med om lag 850 DRG-poeng ut over det som var inkludert i rapporteringen for august. Sammenlignet med samme periode i 2015 er det en økning i antall DRG-poeng med om lag 2 prosent.

Tabellen under viser endringer i utført aktivitet fordelt på hvor pasientene kommer fra (for perioden januar til og med august i hvert av årene):

Per 2. tertial	2015	2016	Endring	i %
Østfold SO	9 972	9 850	-122	-1,2 %
Akershus SO	20 085	20 054	-31	-0,2 %
Vestre Viken SO	16 541	17 403	862	5,2 %
Innlandet SO	12 062	12 066	4	0,0 %
Oslo SO	58 039	59 897	1 858	3,2 %
Telemark/Vestfold SO	11 586	12 343	757	6,5 %
Sørlandet SO	7 040	6 818	-222	-3,2 %
SUM Helse Sør-Øst RHF	135 325	138 431	3 106	2,3 %
Helse Vest	4 129	3 970	-159	-3,9 %
Helse Midt-Norge	2 663	2 895	232	8,7 %
Helse Nord	2 743	2 772	29	1,1 %
Utlandet/ukjent	1 008	1 046	38	3,8 %
Sum andre regioner/utledninger	10 543	10 683	140	1,3 %
TOTALT	145 868	149 114	3 246	2,2 %

4.2. Aktivitet psykisk helsevern for voksne

Innenfor voksenpsykiatrien er det i hittil i år skrevet ut 182 flere pasienter (13,9 prosent) enn plantall mens antall liggedøgn er 850 (1,6 prosent) høyere enn budsjettet. Antall liggedøgn har vært lavere enn budsjettet isolert for september. Sammenlignet med 2015 er antall utskrevne pasienter økt med 167 (12,6 prosent), mens antall liggedøgn for døgnbehandling er økt med 882 (1,6 pst) fra 2015. Døgnaktiviteten er høyere enn forutsatt i budsjettet. Noe av årsaken til dette er flytting og samlokalisering av behandlingsplasser ved Nydalen DPS og forberedelse til flytting for Søndre Oslo DPS, medførte noe redusert aktivitet våren 2015.

Antall polikliniske konsultasjoner er 11,0 prosent (7 586) høyere enn plantall og 13,5 prosent (9 149 konsultasjoner) høyere enn i samme periode i 2015. Økningen i antall konsultasjoner er blant annet en effekt av bedret organisering etter samlokalisering ved DPS'ene og at en økt andel av behandlerstillingene nå arbeider på poliklinikkene mens de tidligere arbeidet mer ambulant (gjelder Nydalen DPS).

4.3. Aktivitet psykisk helsevern for barn og unge

Antall utskrivninger innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er hittil i år 14 høyere enn budsjettet og økt med 19 fra 2015. Økningen skyldes flere korte innleggelses, stor pågang og overbelegg i avdelingen. Antall liggedøgn er -11 (0,3 prosent) lavere enn plantall hittil i år og 125 (3,0 prosent) lavere enn i 2015. Årsaken til negtvt avvik for september skyldes redusert behandlerkapasitet som

forventes å bli rettet opp i løpet av høsten. Det er stor pågang av pasienter med behov for døgnplass. Enkelte enheter har overbelegg og flere som venter på døgnplass. Det gjelder både barne- og ungdomsseksjonene, samt FRONT-teamet.

Antall oppholdsdager dagbehandling er hittil i år 405 (14,5 prosent) lavere enn plantall og redusert med 231 (8,8 prosent) fra 2015. Budsjettert antall dagopphold er noe for høyt, samtidig medfører høyt døgnebelegg at det ikke er kapasitet til den budsjetterte dagbehandlingen. Noe av avviket skyldes underbemanning ved en enhet, samt sykemelding og permisjon. Det er nå gjort ansettelser for å sikre tilstrekkelig kapasitet, og det forventas en økning i aktiviteten framover.

Den registrerte polikliniske aktiviteten hittil i år er 2,9 prosent (957 konsultasjoner) høyere enn plantall. For september er det færre konsultasjoner enn budsjettert. Dette skyldes spesielle forhold som forventes løst slik at aktiviteten vil øke fremover. Sammenlignet med 2015 er antall polikliniske konsultasjoner økt med 3 081 (10,1 prosent). Det er høy aktivitet og økende antall henvisninger. Det har over lengre tid vært arbeidet med ulike tiltak for å forbedre aktiviteten, god registreringspraksis og gode pasientforløp, noe som nå ser ut til å gi resultater. Det arbeides også aktivt med rekruttering både i faste stillinger og vikariater. Det har vært noe utskifting av personale, vakante stillinger og noe permisjoner som gir redusert klinisk kapasitet for en periode. Det er også utfordrende å ansette kvalifisert personale raskt. Avdelingen ser likevel et resultat av langvarig arbeid med rekruttering. Generelt kan sies at det er stor pågang av pasienter til alle seksjoner. I døgnenheter er det utfordringer knyttet til sammensetningen av pasienter med svært ulik problematikk.

4.4. Aktivitet tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Innenfor TSB er det hittil i 2016 skrevet ut 573 færre pasienter (24,9 pst) fra døgntilrettelagt behandling enn plantall. Dette er en reduksjon på 549 utskrivninger (24,1 pst) fra 2015. Avvik relateres først og fremst til at det ikke er justert for endring i registreringspraksis for internoverføringer fra seksjon rusakutt og avgiftning, samt en omlegging av driften ved en av seksjonene som medfører noe lengre liggetid.

Antall liggedøgn viser et positivt avvik i forhold til plantall på 4,0 pst (731 liggedøgn). Sammenlignet med 2015 er antall liggedøgn økt med 642 (3,5 pst). Klinikken har i lengre tid arbeidet med tiltak for å sikre at pasientene gjennomfører behandlingen. Det har over en periode vært noe lavere aktivitet enn budsjettert, noe som skyldes effekten av samlokalisering mellom to døgnenheter som er gjennomført tidligere enn forutsatt. Aktiviteten knyttet til dette er nå i ferd med å tilpasses kapasiteten.

Antall polikliniske konsultasjoner innenfor TSB er hittil i 2016 12,3 pst (1 948 konsultasjoner) høyere enn budsjettert, hvilket er en økning på 17,5 pst (2 642 konsultasjoner) fra 2015. Aktiviteten fortsetter etter ferien på samme nivå som tidligere, men noe svingninger gjennom året.

5. Økonomi

5.1. Resultat

Budsjettert overskudd

Oslo universitetssykehus HF har budsjettert med et overskudd for 2016 på 225 millioner kroner, det vil si 18,7 millioner kroner per måned. Forventet budsjettert overskudd til og med september var derfor nær 169 millioner kroner.

Pensjonskostnad i 2016

I 2016 var det opprinnelig budsjettert med en pensjonskostnad på 2 883 millioner kroner, basert på NRS-beregninger (aktuarberegninger) fra juni 2015. Oppdatert NRS-beregning lagt til grunn ved beregning av endret basisramme i revidert nasjonalbudsjett (Prop. 122 S (2015-2016) viser at pensjonskostnaden i 2016 blir 2 242 millioner kroner, dvs 641 millioner kroner lavere enn foretakets opprinnelig pensjonsbudsjett for 2016. Pensjonsbudsjettet er justert i henhold til dette. Basisrammen til Helse Sør-Øst RHF ble i revidert nasjonalbudsjett redusert med 2 449 millioner kroner, hvorav 656 millioner kroner er trukket fra Oslo universitetssykehus HF. Dette er 15 millioner kroner mer enn reduksjonen i pensjonskostnaden for 2016. Sykehuspartner og Sykehusapotekene får også reduserte pensjonskostnader sammenlignet med budsjett. Disse to foretakenes andeler av redusert basisramme til dekning av endrede pensjonskostnader, er trukket fra øvrige helseforetak. Det er derfor besluttet at Sykehuspartner og Sykehusapotekene krediterer hvert enkelt helseforetak. For Oslo universitetssykehus HF bidrar dette til en positiv resultateffekt i 2016 på om lag 9 millioner kroner, hvorav 7 millioner kroner er innarbeidet i resultatet for september.

Oslo universitetssykehus HF har for 2016 videreført budsjettering av forventet refusjon for økte pensjonskostnader fra andre regioner med 30 millioner kroner. Dette inntektsføres med 1/12 per måned, tilsvarende 22,5 millioner kroner per september 2016. Inntil dette er avklart mellom regionene knytter det seg usikkerhet til dette.

Rapportert resultat for september 2016

Det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF viser etter september 2016 et regnskapsmessig overskudd på 40 millioner kroner mot et budsjettert overskudd på 169 millioner kroner. Dette gir et negativt avvik på 129 millioner kroner. Etter august rapporterte foretaket et negativt avvik på 151 millioner kroner, dvs at for september isolert sett gir periodens resultat et positivt avvik på om lag 22 millioner kroner. Bedret resultat i september skyldes primært etterregistrering av aktivitet innenfor somatikken for 2. tertial 2016 og ovenfor nevnte kreditering fra Sykehuspartner og Sykehusapoteket. Klinikkenes økonomiske resultater viser samlet sett et lite negativt avvik også i september. Positive avvik på andre områder som avskrivninger, finans, energi og IKT bidrar imidlertid isolert sett til å bedre det økonomiske resultatet.

Sum driftsinntekter viser et positivt avvik på om lag 86 millioner kroner (0,5 prosent) hittil i år. I avviket for driftsinntekter inngår blant annet:

- Negative avvik for aktivitetsbaserte inntekter, inkluderer negativ effekt av ISF-regelverket (grupper) for 2016.
- Gevinst fra salg av eiendom er 3,4 millioner kroner høyere enn budsjettert. Dette skyldes salg av Totengata 14.
- Inntekt fra aktiviteter med øremerket finansiering er 135 millioner kroner høyere enn budsjettert. Dette inkluderer inntekter til å dekke merkostnader knyttet til kjøp av behandling i utlandet, inkl protonterapi og saker fra Helse Nord, med om lag 34 millioner kroner (tilsvarende utgift under kjøp av private helsetjenester).
- Noe reduserte inntekter som følge av reduserte takster fra Helfo og reduserte priser for tjenester mellom regionene innenfor laboratorie- og radiologiområdet.

Sum driftskostnader viser et negativt avvik 231 millioner kroner (1,4 prosent) hittil i år. Avviket gjelder først og fremst:

- Kostnader til aktiviteter med øremerket finansiering er 135 millioner kroner høyere enn budsjettert. Se tilsvarende avvik på inntektssiden.

- Varekostnadene er 90 millioner kroner, hvorav 70 millioner kroner gjelder ordinær drift og 20 millioner kroner øremerkede midler. Det antas at høyere prisvekst enn lagt til grunn i budsjettet har bidratt til dette avviket.
- Kostnad til kjøp av private helsetjenester er 51 millioner kroner høyere enn budsjettet. Av dette gjelder om lag 34 millioner kroner kjøp av behandling i utlandet, hvor merkostnadene forventes refundert fra Helse Sør-Øst RHF.
- Lønn og innleie av helsepersonell er 122 millioner kroner høyere enn budsjettet. Av dette utgjør innleie av helsepersonell 23 millioner kroner. Foreløpige beregninger viser at kostnadene til lønnsoppgjøret for 2016 vil bli noe lavere enn budsjettet. Per september gir dette en kostnadsreduksjon på 20 millioner kroner (foreløpig estimert til 45 millioner kroner for hele 2016). Det er ikke gjort endringer for dette i september, og det vil gjøres ny vurdering av dette når oppgjøret er endelig avklart.
- Energikostnadene var 4 millioner kroner lavere enn budsjettet i september og er hittil i år 10 millioner kroner høyere enn budsjettet. Akkumulert avvik skyldes både økte priser og høyt forbruk. Avsetning for mulig tap sykehotell i 2016 fra andre regioner med 9 millioner kroner. Det er fortsatt et utestående krav mot andre regioner for tidligere år på om lag 18 millioner kroner.
- Kostnader til nye legemidler overført fra folketrygden fra 1.1.2016 er om lag 7 millioner kroner høyere enn budsjettet. Selv om avviket er noe redusert de siste månedene, vurderes det som sannsynlig at kostnadene vil bli høyere enn budsjettet på årsbasis.
- Det er vedtatt anskaffelse av et prefabrikkert sykehusbygg hvor gjennomføringen er forsinket som følge av avbestilling av inngått kontrakt. Som følge av dette ble det i juni kostnadsført 5 millioner kroner i nedskrivning.
- Reduserte kostnader innenfor IKT-området:
 - Forventet kreditering av for mye fakturerte kostnader for arbeidsflater (Sykehuspartner) gir en kostnadsreduksjon på 25 millioner kroner som i hovedsak gjelder 2014 og 2015. Avklaring av andre saker fra 2015 med Sykehuspartner gir et ytterligere positivt avvik på 7 millioner kroner i 2015.
 - Når det gjelder årets driftsbudsjett for IKT forventes kostnadene på årsbasis å bli om lag 40 millioner kroner lavere enn budsjettet. Av dette er 30 millioner kroner en effekt av at forsinket gjennomføring av regionale investeringsprosjekter sammenlignet med forutsetningen i budsjettet. Dette gjelder først og fremst aktiviteter innenfor infrastrukturmoderniseringsprogrammet (IMP-OUS omlegging og andre IMP prosjekter). Videre gir en kraftig reduksjon i bestillinger (tjenesteendringer) og flyttinger et mindreforbruk på 10 millioner kroner på årsbasis.
 - Som følge av arbeidet med kostnadsreducerende tiltak i 2016 er en del lokale IKT-prosjekter stoppet. Dette innebærer en kostnadsreduksjon i 2016 på 8 millioner kroner sammenlignet med budsjett.
- Avskrivningskostnader og rentekostnader (netto finans) er noe lavere enn budsjettet og bidrar til et positivt avvik hittil i år.

Hittil i år har helseforetaket et betydelig høyere (om lag 135 millioner kroner) nivå av inntekter og kostnader knyttet til øremerkede prosjekter mv enn budsjettet. Tabellen under (høyre kolonne) viser avvik for ulike inntekts- og kostnadstyper, som er knyttet til ordinær drift, dvs når avvik som gjelder øremerkede prosjekter mv er holdt utenom. Kommentarene i tabellen er knyttet til denne kolonnen.

Tall i hele mnok	Avvik per september 2016		Kommentarer til avvik justert for avvik innenfor øremerkede prosjekter mv
	Rapportert	Justert ØM	
Basisramme	0	0	Basisramme er inntektsført som budsjettert
Aktivitetsbaserte inntekter	-28	-32	En stor del av avviket skyldes negativ effekt av grupper 2016.
Andre inntekter	114	-17	Avviket skyldes blant annet lavere aktivitet innenfor Raskere tilbake.
Sum driftsinntekter	86	-49	
Lønn -og innleiekostnader	-122	-88	Kostnader til innleie er 23 mnok høyere enn budsjettert. Øvrig avvik (65 mnok) skyldes høyere lønnskostnader/ flere årsverk enn budsjettert
Varekostnader mv	-147	-71	Avviket omfatter merkostnad til nye legemidler overført fra folketrygden med 7 mnok. Øvrig avvik skyldes blant annet høy intensivaktivitet, instrumenter, dyre implantater (CI-vedlikehold, LVAD/TAVI/hjerteklaffer), kreftlegemidler, LAR-medikamenter mv. Trolig høyere prisvekst enn forutsatt i budsjettet
Andre driftskostnader	38	63	I avviket inngår merkostnader til pasientreiser (-8), energi (-10), tap sykehotell (-9) og reduserte IKT-kostnader til Sykehuspartner og lokale prosjekter IKT mv.
Sum driftskostnader	-231	-96	
Driftsresultat	-145	-145	
Netto finans	16	16	Avviket gjelder bidrag fra datterselskapene og lavere rentekostnader/-inntekter.
Resultat OUS	-129	-129	

I vedlegg 1 gis en nærmere redegjørelse for avvik per ØBAK-linje (rapporteringsformatet til Helse Sør-Øst RHF) og klinikkens avvik.

5.2. Gjennomføring av tiltak

Budsjettet ble vedtatt 17. desember 2015 (sak 78/2015) med tiltak for i underkant av 300 millioner kroner for å håndtere en betydelig økonomisk utfordring for budsjett 2016. For å styre årets drift mot budsjettert overskudd ble det i juni iverksatt ytterligere tiltak for i underkant av 200 mill kroner. I rapportering og oppfølging med Helse Sør-Øst RHF blir de to tiltakspakkene referert til som «gamle tiltak» og «nye tiltak».

Tabellen nedenfor viser plan og effekt for gamle og nye tiltak per september per klinikk.

KLINIKK (tall i 1000 kr)	Budsjett gamle tiltak per sept	Effekt gamle tiltak per sept	Gjennomførings- prosent gamle tiltak pr sept	Årsbudsjett gamle tiltak	Årsprognose gamle tiltak	Nye tiltak	Årsprognose nye tiltak
AKU	17 796	10 503	59 %	25 911	15 528	7 038	5 780
BAR	19 495	17 601	90 %	29 950	23 727	8 255	5 148
HHA	6 333	6 836	108 %	10 400	11 900	8 400	8 000
HLK	12 111	9 030	75 %	18 186	16 837	5 600	5 001
KIT	22 355	15 698	70 %	35 099	29 120	4 881	4 088
KLM	17 065	13 467	79 %	28 298	21 031	15 426	14 677
KPHA	1 848	1 848	100 %	2 800	2 800	10 000	10 000
KRE	13 065	11 849	91 %	23 768	20 863	11 162	8 610
KRN	12 461	6 851	55 %	18 692	10 275	6 125	3 802
KVI	3 298	578	18 %	6 110	910	5 650	4 146
MED	11 718	6 965	59 %	17 481	9 837	14 588	11 297
NVR	9 667	3 000	31 %	14 500	4 500	6 900	3 350
OPK	9 920	1 460	15 %	15 100	4 100	8 500	3 700
PRE	3 249	1 657	51 %	5 273	3 802	3 539	3 122
OSS	27 846	25 746	92 %	41 601	39 201	22 950	22 950
DST (IKT)				-		51 000	51 000
SUM	188 228	133 088	71 %	293 170	214 432	190 014	164 671

Den enkelte klinikk rapporterer hver måned faktisk effekt av det enkelte tiltak og forventet prognose for 2016. Administrerende direktør følger opp gjennomføringen av tiltakene i egne oppfølgingsmøter med alle klinikkledere hver måned. Basert på innrapporteringen er det beregnet gjennomføringsprosent per september. Prognosene er basert på klinikkenes egne vurderinger. Gjennomføringsprosenten for de gamle tiltakene er 71 prosent (redusert fra 73 redusert per august) og tilsvarer prognosen. Prognostisert gjennomføring for de nye tiltakene er 87 prosent (redusert fra 90 prosent per august). Gjennomføringsgraden er betydelig høyere enn det Oslo universitetssykehus HF erfarte ved gjennomføringen av budsjettene for 2014 og 2015. Det understrekes imidlertid at det er usikkerhet knyttet til slike anslag.

5.3. Vurdering av estimat for økonomisk resultat 2016

Oslo universitetssykehus HF har budsjettet med et overskudd for 2016 på 225 millioner kroner. Den innmeldte prognosen til Helse Sør-Øst RHF etter september viser fortsatt et resultat i samsvar med dette. Det understrekes imidlertid at det er en betydelig risiko i forhold til resultatoppnåelse i flere av klinikkene og dermed for sykehuset samlet.

De viktigste forutsetningene for prognosen er beskrevet i punktene under:

- Det arbeides for å sikre økt effekt av tiltak, både nye og gamle. Dette innebærer høy aktivitet gjennom høsten samtidig som årsverk, lønnskostnader og andre kostnader (blant annet kostnader til kurs og konferanser) skal reduseres. Det er lagt til grunn at gjennomføring av tiltak (både nye og gamle) gir en betydelig effekt resten av året, nær i samsvar med klinikkenes anslag i rapporteringen etter august.
- På flere områder er det nødvendig med avklaringer med Helse Sør-Øst RHF. Dette gjelder blant annet følgende saker (i parentes er det angitt hvordan forholdene er håndtert i regnskapet hittil i år):
 - Betaling for økte pensjonskostnader for aktivitet fra andre regioner (regnskapført som inntekt).

- Utestående krav vedrørende sykehotell (både 2016 og tidligere år) blir betalt samtidig som det kommer på plass en robust fremtidig løsning. (Det er avsatt betydelige tap både i 2015 og hittil i år).
 - Lovisenberg og Diakonhjemmet betaler sin del av kostnader til overgrepsmottak i Oslo sykehusområde (forutsatt i regnskapet) for hele 2016.
 - Avklaring av løsning for fakturering innenfor laboratorieområdet, særlig genanalyser, mot andre regioner. (Det er ikke satt av fullt ut for det potensielle tapet omleggingen av finansieringen kan medføre).
- I prognosen er det lagt til grunn at ovennevnte saker blir løst til fordel for Oslo universitetssykehus HF. Det er dialog med Helse Sør-Øst RHF om dette fortløpende.
- Det er inngått avtale om salg av Sognsveien 9 A og B. I den innmeldte prognosen til Helse Sør-Øst RHF er det teknisk lagt til grunn at salget gjennomføres i 2016. Eiendommene er solgt for 153 millioner kroner og har en balanseført restverdi på noe under 20 millioner kroner. Salgsgevinsten vil isolert sett gi et positivt bidrag til det økonomiske resultatet på vel 130 millioner kroner.
 - De siste årene har det vært bokført nedskrivning av anleggsmidler i størrelsesorden 10-50 millioner kroner hvert år. Foretaket er på nåværende tidspunkt ikke kjent med at det er forhold av betydning som må nedskrives i regnskapet for 2016 og dette er lagt til grunn i prognosen. Nærmere vurderinger vil bli gjort i samarbeid med revisor.

5.4. Investeringer

Gjennomføring av investeringsbudsjett 2016

I styresak 78/2015 ble investeringsbudsjettet for 2016 lagt frem, og styret vedtok et investeringsbudsjett på 1 213 millioner kroner. I styresak 6/2016 ble gjennomføring av investeringsbudsjettet for 2016 omtalt. Investeringene i 2016 var forutsatt delfinansiert med positive årsresultater for 2015 og 2016. Endelig årsresultat for Oslo universitetssykehus HF for 2015, korrigert for gevinst fra salg av eiendom, nedskrivninger og overskudd fra aksjeselskap ga ikke likviditet til å finansiere andre investeringer enn omstillingsinvesteringene. For å kunne gjennomføre vedtatt investeringsbudsjett for 2016 har det derfor vært en forutsetning at det styres mot det budsjetterte årsresultatet på 225 millioner kroner i overskudd.

Ifølge finansstrategien for Helse Sør-Øst kan realisert årsresultatet først benyttes til investeringer når helseforetaket har tilstrekkelig sikkerhet for årsresultatet. Det er imidlertid betydelig usikkerhet om de planlagte investeringene for 2016 kan realiseres i inneværende år på bakgrunn av avvikene i driften hittil i år, jf omtale ovenfor. For å håndtere resultatrisikoen ble styret i styresak 6/2016 «Budsjett 2016» orientert om at 100 millioner kroner av investeringsbudsjettet ble utsatt til senere år, herunder om lag 20 millioner kroner for bygg, om lag 70 millioner kroner for medisinskteknisk utstyr og 10 millioner kroner for IKT. Det er også gjort nye vurderinger av investeringspådraget i 2016 for Fase 1 - omstilling og Fase 2 - tilsynsavvik/oppgraderinger. Fase 1 - omstilling forventes å bli forskjøvet til 2017 med om lag 40 millioner kroner. Fase 2 - tilsynsavvik/oppgraderinger forventes å bli forskjøvet med om lag 200 millioner kroner fra 2016 til påfølgende år fordi oppstart av aktiviteten tar lengre tid enn opprinnelig lagt til grunn. Totalt

innebærer dette at om lag 350 millioner kroner av de planlagte investeringene for 2016 ikke blir vedtatt i inneværende år.

Gjennomførte investeringer hittil i 2016

Tabellen nedenfor viser årsbudsjett, samt periodisert budsjett og regnskap til og med september.

Investeringer 2016 (ekskl. byggelånsrenter)		Budsjett 2016	Budsjett hiå.	Regnskap hiå.	Årsestimat 2016
<i>(Beløp i millioner kroner)</i>					
TOTALT	MTU	375	257	168	357
	Bygg	689	486	204	452
	Annet	70	50	18	70
	Egenkapital pensjon	45	16	17	45
	IKT ¹⁾	35	20	14	25
	SUM	1 213	829	421	949

1) Investeringer i IKT regnskapsføres i Sykehuspartners regnskap.

Regnskapsførte IKT-investeringer er per august.

Ved utgangen av september var det bokført investeringer for om lag 420 millioner kroner. Herav er det investert for om lag 92 millioner kroner knyttet til nasjonalt konsortium for sekvensering og persontilpasset medisin. Oslo universitetssykehus HF finansierer kun en andel av denne investeringen og har budsjettert med 12 millioner kroner for 2016 for denne. De resterende 80 millioner kroner finansieres av de øvrige deltakerne i konsortiet og denne finansieringen sammen med de tilhørende investeringsutgiftene inngikk ikke i investeringsbudsjettet for 2016. Holdes dette forholdet utenfor varbokførte investeringer ved utgangen av september om lag 330 millioner kroner.

Per september er det budsjettert med 486 millioner kroner i byggeinvesteringer. Disse er betydelig forsinket for Fase 2 - tilsynsavvik/oppgraderinger, som medfører et avvik i forhold til det periodiserte investeringsbudsjettet med om lag 240 millioner kroner hittil i år. Avviket forklares med at det har tatt lenger tid enn forutsatt å få et tilstrekkelig tempo på prosjektgjennomføringen, spesielt innenfor elektroområdet. Det er også et avvik for Fase 1 – omstilling, som i hovedsak skyldes at det var budsjettert med 35 millioner kroner til medisinskteknisk utstyr som er utsatt til 2017.

For øvrig forklares det lavere investeringspådraget i forhold til det periodiserte investeringsbudsjettet med at om lag 100 millioner kroner av investeringsbudsjettet er utsatt til senere år og at finansielle leieavtaler inngås senere enn det som er lagt til grunn i investeringsbudsjettet.

5.5. Likviditet

Periodisert kontantstrømbudsjett for 2016 ble lagt frem for styret i sak 6/2016. Som beskrevet over er basisinntekten redusert med 656 millioner kroner som følge av redusert pensjonskostnad. Betalbar pensjonspremie er imidlertid uendret. For å kompensere for redusert basisinntekt vil Helse Sør-Øst RHF ved utgangen av året øke driftkredittrammen for Oslo universitetssykehus HF, slik at tilgjengelig likviditet er om lag uendret.

Ved utgangen av september var benyttet driftskreditt 2 154 millioner kroner, mot budsjettert 2 344 millioner kroner. Til tross for et negativt budsjettavvik på driftsresultatet utnyttet en mindre del av

driftskreditten enn budsjettet. Dette skyldes i hovedsak endringer i arbeidskapitalen og et lavere investeringspådrag enn budsjettet.

6. Bemanning og sykefravær

6.1. Bemanningsutvikling

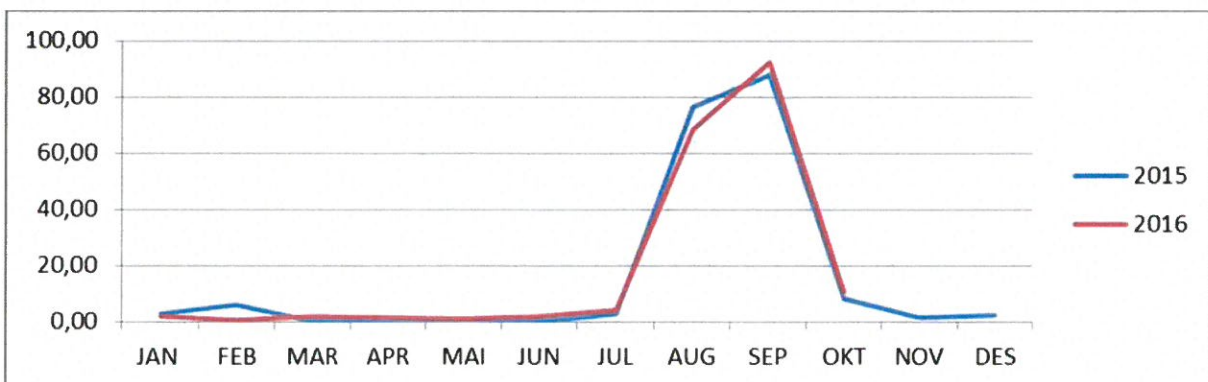
For perioden januar til oktober var gjennomsnittlig antall brutto månedsverk 18 494 (bmv hittil i år oktober 2016). Dette utgjør 192 brutto månedsverk flere enn tilsvarende periode i 2015, en prosentvis endring på 1,0 prosent. I denne differansen er 157 brutto månedsverk knyttet til internt finansierte og 35 til eksternt finansierte. Oktober måned 2016 sammenlignet med oktober 2015 viser kun en liten differanse på 0,4 prosent endring i brutto månedsverk.

Antall fast ansatte hittil i år (brutto månedsverk per oktober) har økt med 208 sammenlignet med tilsvarende periode i 2015, hvilket tilsvarer 1,5 prosent økning. I oktober måned er avstanden til fjoråret minket til 69 månedsverk eller 0,5 prosent.

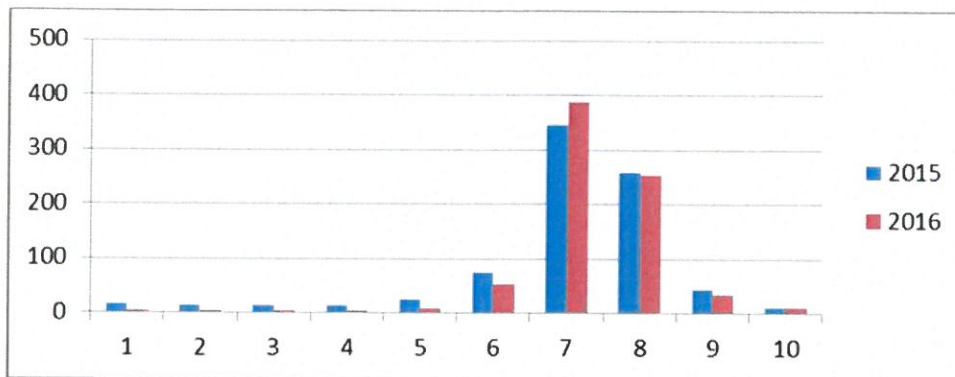
Variabellønnede (overtid) har hittil i år (per oktober) minket med 46 månedsverk sammenlignet med 2015, en nedgang på 3,5 prosent. I oktober måned er variabellønnede på fjorårets nivå med 1264 månedsverk.

Bruk av midlertidige stillinger øker i sommermånedene men fortsetter å gå ned etter ferieavvikling i sommermånedene og viser i oktober 14 månedsverk færre enn i 2015 (0,3 prosent nedgang). Klinikker som har hatt et høyt innslag av midlertidige stillinger eller ferievikarer i sommermånedene melder et større fokus på nedtrekk av disse når man har gått over i ordinær drift.

Avtalt ekstra arbeidstid i ferieperioder omregnet til månedsverk er i år omtrent på samme nivå som i 2015. Hittil i år er det generert 184,4 månedsverk totalt som følge av disse avtalene, mens tallet for tilsvarende periode i 2015 var 184,6 månedsverk. August og september er månedene hvor sommeravtalenes arbeidstid gir et høyt utslag og henger sammen med tidspunkt for utbetaling. Fra september til oktober i år synker månedsverk til ferieavtaler fra 92,6 til 10,6 månedsverk.



Det er tidligere redegjort for at høsten har en periode med overlapp i enkelte stillinger, når eksempelvis nyutdannede sykepleiere er i en opplæringsituasjon. Bruk av ferievikarer varierer og klinikker med mange ferievikarer viser en god trend fra juli til oktober. Det gjenstår om lag 11,6 månedsverk ferievikar i oktober måned og flere av klinikkene er redusert til null som forventet. Det er ingen klinikker der det gjenstående månedsverk til ferievikar overstiger 2 månedsverk.



6.2. Tiltak for å sikre god bemanningsstyring

Det er siste halvår arbeidet med å få redusert antall månedsverk som en del av arbeidet for å gjennomføre driften innenfor budsjettet for 2016. Dette er tiltak som ikke vises i klinikkenes bemanningsstatistikk umiddelbart, men som det legges til grunn at har virkning over tid, og over i en periode som ikke er preget av ferieavvikling og redusert aktivitet.

Klinikkovergripende tiltak som er iverksatt er:

- Strengere bemanningskontroll ved nyansettelser og ledighold av stillinger
- Ressursstyringsteam bistår klinikkene i arbeid blant annet knyttet til turnus og bemanningsplaner
- Kompetanseheving innen rekruttering, arbeidstid og GAT
- HR-data i ledelsesinformasjonssystemet (LIS)
- Bemanningsutviklingen er fast punkt i ledermøter og avdelingsledermøter i klinikkene

Ut over disse tiltakene er det i hver klinikk iverksatt målrettede tiltak for å få kontroll på kostnader knyttet til bemanning, blant annet ved ledighold av stillinger og redusert innleie. For flere har sommeren vært utfordrende men i klinikkenes gjennomgang per september rapporteres det at de aller fleste tiltak iverksettes etter plan.

6.3. Sykefravær per april 2016

Sykefraværet per august 2016 er i gjennomsnitt 7,1 prosent, fordelt på 2,5 prosent korttidsfravær og 4,6 prosent langtidsfravær. Sykefraværet følger naturlig og sesongbasert fravær som kommer til uttrykk gjennom høyt sykefravær vintermånedene og et lavt nivå sommermånedene.

I august var korttidsfraværet 2,3 prosent og det totale sykefraværet var 6,3 prosent. Korttidsfraværet har gått ned fra juli til august og ligger på 4,0 prosent, samme lave nivå som 2015. Det ser ikke ut til at den strenge bemanningskontrollen påvirker sykefraværet i klinikkene på negativ måte, tvert om fortsetter den gode trenden.

Styresak 64/2016 Tabellvedlegg

Oslo universitetssykehus HF

Månedrappport september 2016
(bemanningstall til og med oktober 2016)

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 mv
- 3.3 Datterselskap, Investeringer og likviditet

4 Bemanning

- 4.1 Bemanningsutvikling
- 4.2 Andel deltid
- 4.3 Sykefravær

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

2.1 Aktivitet somatikk (DRG-poeng)

Oppdatert per 6/10								
Klinikk	Periodens tall		HITTIL I ÅR				Sammenligning 2015	
	Avvik	Avvik i %	Budsjett	Resultat	Avvik	Avvik i %	Endring	i %
Medisinsk klinikk	-135	-5,9 %	19 797	19 566	-231	-1,2 %	-103	-0,5 %
Hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	182	10,0 %	14 824	15 457	633	4,3 %	1 082	7,5 %
Nevroklinikken	105	4,5 %	19 899	19 372	-527	-2,6 %	-84	-0,4 %
Ortopedisk klinikk	-76	-4,2 %	15 272	15 239	-33	-0,2 %	543	4,1 %
Barne- og ungdomsklinikken	-70	-5,2 %	11 507	11 098	-409	-3,6 %	49	0,4 %
Kvinneklinikken	-92	-5,1 %	15 442	15 904	462	3,0 %	548	3,6 %
Kirurgi, inflammasjonsmedisin og transpl	-44	-1,5 %	25 340	24 875	-465	-1,8 %	1 019	4,3 %
Kreftklinikken	145	5,4 %	23 036	24 179	1 143	5,0 %	914	4,0 %
Hjerte-, lunge- og karklinikken	89	3,3 %	22 017	23 096	1 079	4,9 %	392	1,7 %
Akuttklinikken	-43	-11,7 %	3 497	2 140	-1 357	-38,8 %	-945	-30,6 %
Laboratoriemedisin	0	0,0 %	113	105	-8	-7,1 %	-2	-1,9 %
SUM TOTALT	-73	-0,4 %	173 795	173 310	-485	-0,3 %	3 333	2,0 %

- Estimat for forventet etterregistrering er inkludert med 230 DRG-poeng.
- Ved sammenligning med 2015 er 2015-data fremstilt med vektor og logikk for 2016.

2.1 Aktivitet – psykisk helsevern

Rapporteringsperiode: SEPTEMBER 2016	Denne periode				Hittil i år				2016 mot 2015	
Oslo universitetssykehus HF	Resultat	Budsjett	Awik	%	Hittil i år	Budsjett	Awik	%	Endring	%
Psykisk helsevern - voksen										
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	168	146	22	15,1 %	1 491	1 309	182	13,9 %	167	12,6 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	5 239	6 167	-928	-15,0 %	54 696	53 846	850	1,6 %	882	1,6 %
Antall oppholdsdager dagbehandling		0	0	#DIV/0!	0	0	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!
Antall polikliniske konsultasjoner	9 627	9 102	525	5,8 %	76 752	69 166	7 586	11,0 %	9 149	13,5 %
Psykisk helsevern - barn og unge										
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	11	13	-2	-15,4 %	117	103	14	13,6 %	19	19,4 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	337	494	-157	-31,8 %	3 976	3 987	-11	-0,3 %	-125	-3,0 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	369	341	28	8,2 %	2 395	2 800	-405	-14,5 %	-231	-8,8 %
Antall polikliniske konsultasjoner	4 434	5 036	-602	-11,9 %	33 617	32 660	957	2,9 %	3 081	10,1 %
TSB										
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	194	248	-54	-21,8 %	1 730	2 303	-573	-24,9 %	-549	-24,1 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	2 158	2 027	131	6,5 %	19 043	18 312	731	4,0 %	642	3,5 %
Antall oppholdsdager dagbehandling		0	0	#DIV/0!	0	0	0	#DIV/0!	-124	-100,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner	2 112	1 958	154	7,9 %	17 729	15 781	1 948	12,3 %	2 642	17,5 %

2.1 Aktivitet radiologi per modalitet

	Mnd 2015	Mnd 2016	HiÅ 2015	HiÅ 2016	%-vis endring 2015-2016 Mnd	%-vis endring 2015-2016 HiÅ
Modalitet	H	H	H	H	H	H
Angio	231	289	2 308	2 164	25,1 %	-6,2 %
CT	5 794	5 933	47 445	49 255	2,4 %	3,8 %
MG	394	501	3 525	3 247	27,2 %	-7,9 %
MR	3 198	3 167	24 218	25 336	-1,0 %	4,6 %
NM	602	551	5 323	5 061	-8,5 %	-4,9 %
PET	503	465	3 749	3 998	-7,6 %	6,6 %
RG	14 383	14 637	123 492	123 671	1,8 %	0,1 %
UL	3 247	3 438	27 652	29 216	5,9 %	5,7 %

H = henvisninger

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

MG = mammografi

NM = nukleærmedisin

RG = konvensjonell røntgen

2.1 Aktivitet PO/Intensiv – intensivpasienter (Akuttklinikken)

Klinikk	Aktivitet	Sep 2016	Akkumulert aktivitet Sep 2016	Sep 2015	Akkumulert aktivitet Sep 2015	Akkumulert endring 2015-2016	Endring 2015-2016 i %
	Antall intensivpasienter	240	2 358	247	2 130	228	10,7 %
	Antall intensivdøgn	1 255	11 219	1 141	9 703	1 516	15,6 %
	Antall respiratordøgn:						
	Barneintensiv, RH	66	744	95	727	17	2,3 %
	Generell Intensiv UL	191	1 543	159	1 396	147	10,5 %
	Generell int 1, RH	186	1 825	209	1 623	202	12,4 %
	Generell int 2, RH	122	898	115	927	-29	-3,1 %
	Nevrointensiv, Ullevål	119	999	96	912	87	9,5 %
	PO, Aker	0	6	-	6	0	0,0 %
	PO, Radium	2	90	3	13	77	592,3 %
	PO, RH	0	-	-	1	-1	
	PO, Ullevål	9	142	6	130	12	9,2 %
	SUM Antall respiratordøgn	695	6 247	683	5 735	512	8,9 %

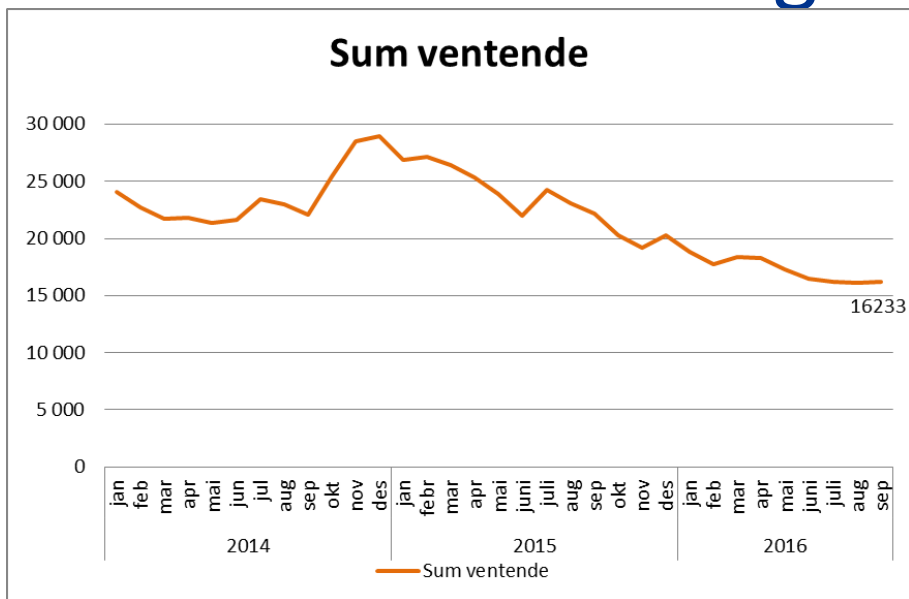
For mer informasjon se LIS-rapport: PO/Intensiv aktivitetsdata

2.1 Aktivitet PO/Intensiv – PO-pasienter (Akuttklinikken)

Klinikk	Aktivitet	Sep 2016	Akkumulert aktivitet Sep 2016	Sep 2015	Akkumulert aktivitet Sep 2015	Akkumulert endring 2015-2016	Endring 2015-2016 i %
Antall PO-pasienter							
	Barneintensiv, RH	55	388	52	421	-33	-7,8 %
	Generell Intensiv UL	18	128	16	206	-78	-37,9 %
	Generell int 1, RH	21	199	24	238	-39	-16,4 %
	Generell int 2, RH	26	240	47	333	-93	-27,9 %
	Nevrointensiv, Ullevål	4	98	12	116	-18	-15,5 %
	PO, Aker	548	3 641	422	2 994	647	21,6 %
	PO, Radium	264	2 117	285	2 119	-2	-0,1 %
	PO, RH	1 038	8 164	1 033	8 053	111	1,4 %
	PO, Ullevål	431	3 550	410	3 077	473	15,4 %
	Sum antall PO-pasienter	2 405	18 525	2 301	17 557	968	5,5 %
Liggedøgn PO-pasienter							
	Barneintensiv, RH	17	97	12	104	-7	-6,7 %
	Generell Intensiv UL	7	60	7	84	-24	-28,6 %
	Generell int 1, RH	6	52	6	65	-13	-20,0 %
	Generell int 2, RH	6	69	11	85	-16	-18,8 %
	Nevrointensiv, Ullevål	2	49	6	49	0	0,0 %
	PO, Aker	112	718	85	569	149	26,2 %
	PO, Radium	66	507	67	546	-39	-7,1 %
	PO, RH	124	1 020	131	1 071	-51	-4,8 %
	PO, Ullevål	132	1 044	125	966	78	8,1 %
	Sum antall liggedøgn PO-pasienter	472	3 616	450	3 539	77	2,2 %

For mer informasjon se LIS-rapport: PO/Intensiv aktivitetsdata

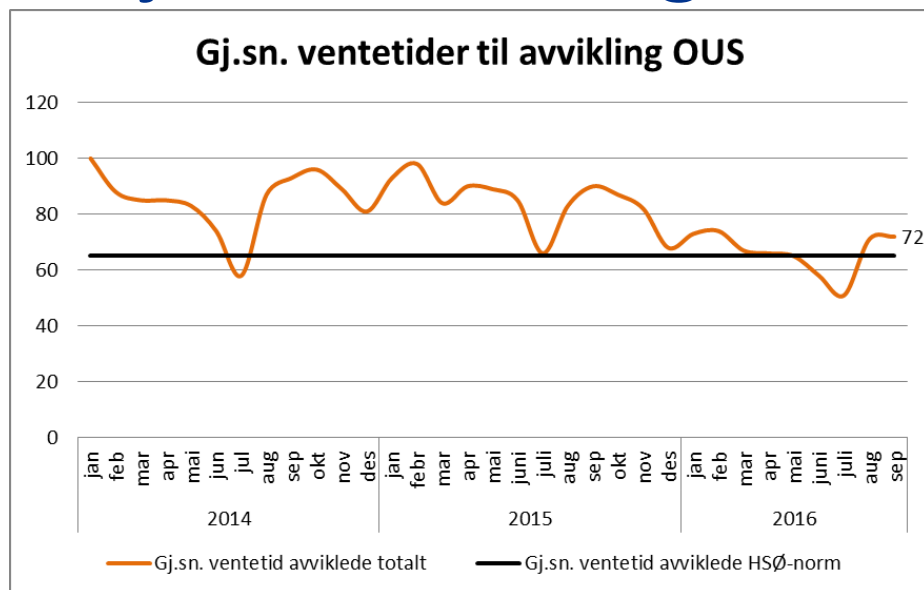
2.2 Ventelisteutvikling – antall ventende



Sum ventende	2015				2016				Utvikling
	juni	juli	aug	sep	juni	juli	aug	sep	
PHA	504	584	441	427	489	536	495	476	
MED	2 144	2 440	2 530	2 368	1 961	2 181	2 236	2 244	
HHA	4 030	4 129	3 965	3 739	2 219	2 287	2 370	2 351	
NVR	2 376	2 615	2 361	2 215	1 524	1 743	1 706	1 754	
OPK	2 805	2 994	3 039	2 932	1 616	1 881	1 883	1 956	
BAR	788	913	817	785	716	832	742	675	
KVI	1 510	1 569	1 484	1 349	1 091	1 283	1 244	1 225	
KIT	3 546	3 831	3 582	3 554	4 747	3 240	3 141	3 276	
KRE	330	336	361	332	313	265	311	297	
HLK	1 528	1 753	1 672	1 618	1 238	1 389	1 392	1 311	
AKU	107	138	126	121	132	141	121	141	
KLM	529	548	533	629	470	468	501	523	
Sum klinikker	20 197	21 850	20 911	20 069	16 516	16 246	16 142	16 229	
Diff vs. 2015								-3 840	
Diff %								-19 %	

Antall ventende = ikke avviklede henvisningsperioder

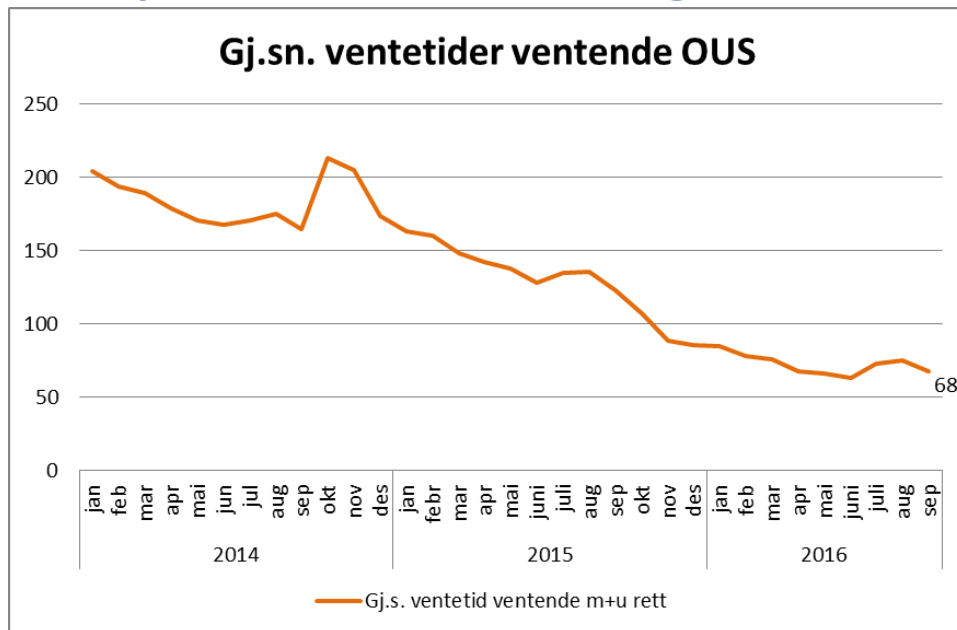
2.2 Gjennomsnittlige ventetider til avvikling



Gj.sn. v.tid til avvikling	2015				2016				Utvikling
	juni	juli	aug	sep	juni	juli	aug	sep	
PHA	46	40	63	46	41	36	53	45	
MED	59	43	70	66	56	43	71	65	
HHA	134	94	112	147	62	70	82	69	
NVR	103	78	102	91	55	47	73	76	
OPK	146	168	128	133	79	77	92	90	
BAR	76	56	104	92	58	45	92	88	
KVI	58	40	58	70	68	48	69	90	
KIT	85	72	88	87	61	58	68	75	
KRE	30	28	32	34	34	27	34	37	
HLK	102	70	113	126	77	65	113	115	
AKU	70	66	65	83	75	63	76	72	
KLM	31	26	32	33	30	32	35	36	
OUS	87	68	86	91	58	51	71	72	
Diff vs. 2015								-19	
Diff %								-21 %	

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

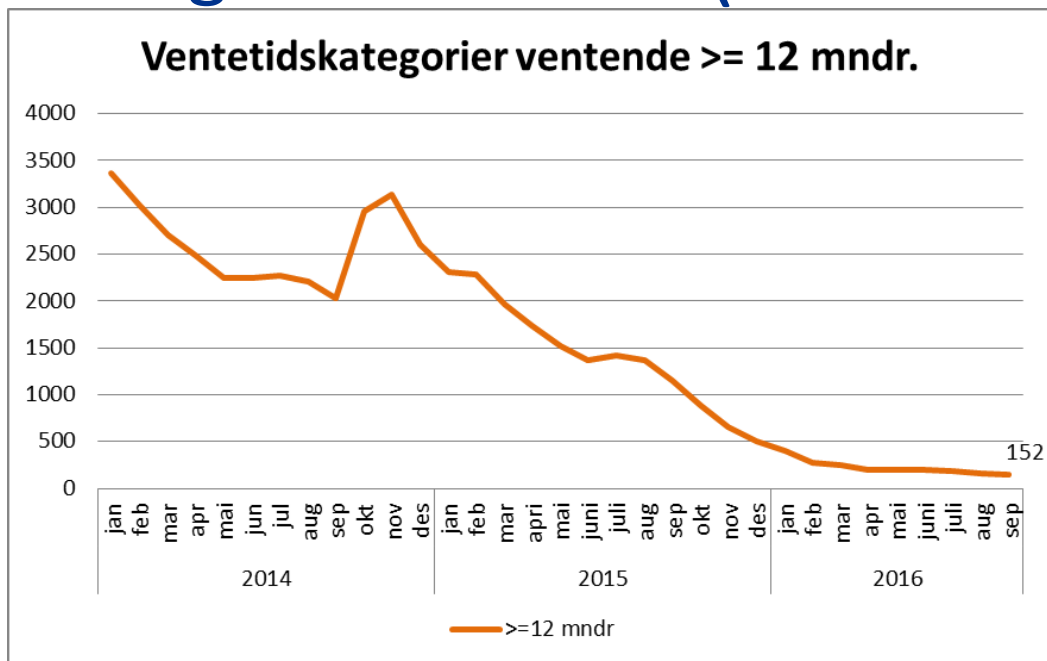
2.2 Gjennomsnittlige ventetider ventende



Gj.sn. v.tid ventende	2015				2016				Utvikling
	juni	juli	aug	sep	juni	juli	aug	sep	
PHA	39	51	50	34	37	44	41	33	
MED	68	79	76	72	47	61	60	56	
HHA	265	266	266	224	81	92	84	71	
NVR	82	90	86	78	42	53	54	47	
OPK	168	171	176	167	103	105	112	112	
BAR	68	80	82	73	57	73	80	64	
KVI	69	83	86	75	49	63	67	55	
KIT	67	76	77	72	66	70	77	70	
KRE	37	45	45	35	26	45	53	44	
HLK	84	97	104	97	69	84	92	92	
AKU	41	49	61	60	40	53	51	35	
KLM	40	48	45	37	31	42	38	32	
OUS	122	127	129	91	63	73	75	68	
Diff vs. 2015									-23
Diff %									-25 %

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

2.2 Langtidsventende (≥ 12 mnd)



Antall ventet ≥ 1 år	2015				2016				Utvikling
	juni	juli	aug	sep	juni	juli	aug	sep	
PHA	3	4	2	1	4	-	1	1	
MED	55	67	83	90	2	1	2	1	
HHA	824	800	757	563	80	80	38	16	
NVR	25	25	14	9	7	3	3	5	
OPK	275	287	316	262	82	72	76	86	
BAR	1	2	-	1	-	-	1	-	
KVI	6	7	11	5	1	1	-	1	
KIT	12	13	15	12	23	25	33	35	
KRE	1	1	2	1	1	3	2	3	
HLK	3	2	2	4	-	1	-	4	
AKU	-	-	-	-	-	-	-	-	
KLM	1	2	2	-	-	-	-	-	
Sum	1 206	1 210	1 204	948	200	186	156	152	
Diff vs. 2015								-796	
Diff %								-84 %	

2.3 Fristbrudd

Fristbrudd ordinært avviklede	2015				2016					Utvikling	
	Antall										Andel
	juni	juli	aug	sep	juni	juli	aug	sep	sep		
PHA	5	1	6	3	1	-	-	3	0,9%		
MED	24	12	20	24	4	5	5	4	0,4%		
HHA	102	59	102	50	7	10	8	11	1,0%		
NVR	248	90	182	170	5	3	3	9	1,3%		
OPK	110	74	61	83	1	1	1	5	1,2%		
BAR	12	2	4	16	4	2	13	17	5,0%		
KVI	10	1	9	3	1	6	7	6	1,2%		
KIT	113	52	69	53	23	8	11	14	1,2%		
KRE	43	32	50	22	19	10	10	17	4,5%		
HLK	12	6	11	31	2	3	5	4	1,1%		
AKU	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0%		
KLM	0	1	0	0	-	-	-	-	0,0%		
Sum	679	330	514	455	67	48	63	90	1,3%		
Endr fra 2015									-365		
Endr i %									-80 %		

Fristbrudd ventende	2015				2016					Utvikling	
	Antall										Andel
	juni	juli	aug	sep	juni	juli	aug	sep	sep		
PHA	2	4	4	1	3	-	2	2	0,4%		
MED	8	11	7	5	5	5	1	-	0,0%		
HHA	111	89	31	20	3	4	1	-	0,0%		
NVR	382	410	331	232	2	1	2	7	0,4%		
OPK	174	154	145	137	2	-	1	-	0,0%		
BAR	4	6	10	6	2	4	4	-	0,0%		
KVI	8	8	4	3	-	4	-	-	0,0%		
KIT	51	50	50	17	4	6	9	9	0,3%		
KRE	9	22	10	11	2	4	1	9	3,0%		
HLK	4	5	7	13	1	-	2	3	0,2%		
AKU	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0%		
KLM	2	0	1	0	-	-	-	-	0,0%		
Sum	755	759	600	445	24	28	23	30	0,2%		
Endr fra 2015									-415		
Endr i %									-93 %		

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 2016	September				Hittil i 2016			
		Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %
Basisramme	12 593 036	1 006 822	1 006 822	0	0,0 %	8 785 178	8 785 178	0	0,0 %
Aktivetsbaserte inntekter	7 856 484	723 870	696 769	27 101	3,9 %	5 820 035	5 848 416	-28 381	-0,5 %
Andre inntekter	2 105 919	186 023	185 382	641	0,3 %	1 672 568	1 558 307	114 261	7,3 %
Sum driftsinntekter	22 555 439	1 916 715	1 888 974	27 741	1,5 %	16 277 781	16 191 901	85 880	0,5 %
Lønn -og innleiekostnader	15 393 509	1 300 151	1 284 222	-15 929	-1,2 %	11 000 311	10 878 320	-121 991	-1,1 %
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	3 032 312	271 551	262 291	-9 260	-3,5 %	2 397 785	2 250 907	-146 877	-6,5 %
Andre driftskostnader	3 906 423	310 197	324 868	14 671	4,5 %	2 857 042	2 895 086	38 045	1,3 %
Sum driftskostnader	22 332 244	1 881 899	1 871 381	-10 518	-0,6 %	16 255 138	16 024 314	-230 824	-1,4 %
Driftsresultat	223 195	34 816	17 593	17 223	0,9 %	22 643	167 587	-144 944	-0,9 %
Netto finans	1 805	5 697	1 157	4 540	392,4 %	17 082	1 163	15 919	1368,8 %
Resultat OUS	225 000	40 513	18 750	21 763	1,2 %	39 725	168 750	-129 025	-0,8 %

Kommentarer til resultat per ØBAK-linje

Art ØBAK	Resultat	Budsjett	Avvik	Kommentarer til de største avvikene
Basisramme	8 785 178	8 785 178	0	
Kvalitetsbasert finansiering	40 500	40 500	0	
ISF egne pasienter	2 777 388	2 788 727	-11 339	ISF-inntektene er 18 mnok lavere enn budsjettet per september. September måned isolert viser et positivt avvik på om lag 12 mnok. Det akkumulerte aviket kan i stor grad relateres til negativ effekt av grupper 2016. Det positive aviket i måneden kan i hovedsak relateres til etterkoding fra 2. tertial.
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	567 168	573 585	-6 417	
ISF-refusjon fritt behandlingsvalg	0	0	0	
ISF-refusjon pasientadm biologiske legemid	36 842	32 981	3 861	
ISF-refusjon pasientadm kreftlegemidler	5 534	9 753	-4 219	
Utskrivningsklare pasienter	2 270	1 423	847	Antall utskrivningsklare pasienter er høyere enn forventet, derfor også høyere inntekt.
Gjestepasienter	464 523	464 268	255	Gjestepasientinntekter for pasienter fra andre regioner er om lag som budsjettet. Det er et negativt avvik både innen psykisk helse, mens det er et positivt avvik innen somatikken.
Salg av konserninterne helsetjenester	1 453 999	1 463 457	-9 458	Samlede konserninterne gjestepasientinntekter er 9,5 mnok lavere enn budsjettet. Det negative aviket gjelder somatikken, psykisk helse har et positivt avvik på om lag 5 mnok.
Polikliniske inntekter	512 313	514 222	-1 909	De polikliniske inntektene har et negativt avvik på 2 mnok per september. Det er et negativt avvik på 4,2 mnok innen psykisk helse og 10 mnok innen radiologi, mens det er et positivt avvik innen lab-området (gjelder særlig medisinsk genetikk) på om lag 10 mnok.
Øremerkede tilskudd raskere tilbake	36 418	40 872	-4 454	Det er inntektsført noe lavere inntekter enn budsjettet for Raskere tilbake, dette gjelder både psykisk helse og avhengighet og nevroklinikken.
Andre øremerkede tilskudd	803 933	809 935	-6 003	Inntektene føres i takt med faktisk forbruk (kostnadene).
Andre driftsinntekter	791 717	667 000	124 717	Andre driftsinntekter er om lag 125 mnok høyere enn budsjettet. Det er inntektsført salg av eiendom med 3,5 mnok som ikke er budsjettet. I tillegg er det et positivt avvik på posten "tilskudd fra private" på om lag 43 mnok. Dette er inntekter som salderes under ØBAK-linjen "Andre øremerkede tilskudd". I tillegg kommer inntekter til å dekke merkostnader knyttet til kjøp av behandling i utlandet og inntekter knyttet til at OUS i 2016 tatt på seg oppgaver knyttet til administrering av utenlandsbehandling for Helse Nord. Kostnadene skal dekkes av Helse Nord RHF. Dette er inntekter som ikke er budsjettet. Det er også et positivt avvik på posten utleie av personell på om lag 25 mnok. Dette kan relateres til refusjon av lønnskostnader for personell som deltar i regionale prosjekter i regi av Sykehuspartner. Dette har tilsvarende negativ effekt på kostnadssiden.
Sum driftsinntekter	16 277 781	16 191 901	85 880	
Kjøp av off helsetjenester	32 197	27 634	-4 564	Aviket relateres til kostnader vedr kjøp av poliklinisk behandling fra andre regioner og kjøp av spesialundersøkelser (kommune).
Kjøp av private helsetjenester	241 598	190 897	-50 701	Kostnadene til kjøp av private helsetjenester er 50 mnok høyere enn budsjettet og kan i all hovedsak relateres til kjøp av behandling i utlandet, inkl protonterapi. Inntekt bokføres i takt med påløpte kostnader og må ses i sammenheng med positivt avvik på inntektene.
Varekostnader	2 072 823	1 982 286	-90 536	Varekostnadene er om lag 90 mnok høyere enn budsjettet. Dette skyldes i hovedsak høye medikamentkostnader, kostnader til medisinske instrumenter og røntgenprodukter.
Innleid arbeidskraft	141 989	118 607	-23 382	Innleiekostnadene er om lag 23 mnok høyere enn budsjettet. Kostnadene til innleid personell er redusert med om lag 21 mnok i forhold til samme periode i fjor, men allikevel ikke så mye som forutsatt i budsjettet.
Kjøp av konserninterne helsetjenester	51 167	50 090	-1 076	Kostnadene til kjøp av konserninterne helsetjenester er noe høyere enn budsjettet og gjelder både i hovedsak innen somatikken.
Lønn til fast ansatte	7 540 360	7 493 165	-47 195	For de samlede lønnskostnadene er det et merforbruk om lag 98 mnok hittil i år. Dette kan relateres til høyere bemanning enn forutsatt i budsjettet, samt noe høyere lønnskostnader enn budsjettet for øremerkede prosjekter - må ses i sammenheng med
Overtid og ekstrahjelp	907 608	787 624	-119 984	merinntekt under øremerkede tilskudd.
Pensjon	1 652 606	1 652 606	0	
Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft	-541 370	-478 433	62 937	
Annen lønn	1 299 119	1 304 752	5 633	
Avskrivninger	655 397	659 291	3 894	Avskrivningene er noe lavere enn budsjettet. Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for ibrutttagelse.
Nedskrivninger	0	0	0	
Andre driftskostnader	2 201 645	2 235 795	34 150	Andre driftskostnader er 34 mnok lavere enn budsjettet. Aviket består av flere mindre avvik på flere områder. Blant annet er kostnadene til pasientreiser og energi høyere enn budsjettet. I aviket inngår også avsetning for mulig tap av sykehotellinntekter fra andre regioner med om lag 9 mnok. Forsinket gjennomføring av regionale investeringsprosjekter og stopp i lokale IKT-prosjekter som følge av kostnadsreducerende tiltak bidrar til positivt avvik.
Sum driftskostnader	16 255 138	16 024 314	-230 824	
Finansinntekter	-54 849	-50 771	4 078	Lavere renter enn forutsatt bidrar både positivt (rentekostnader) og negativt (renteinntekter). Inngåelse av leasingavtaler skjer senere enn planlagt og bidrar positivt til nettofinans. Bidrag fra datterselskap bidrar positivt med 4,8 mnok.
Finanskostnader	37 767	49 608	11 841	
Netto finans	-17 082	-1 163	15 919	
TOTALT	39 725	168 750	-129 025	

3.2 Økonomisk resultat – per klinikk

Rapportering September 2016 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	627	0	627	0,4 %	12 773	0	12 773	0,9 %
Medisinsk klinikk	-81	0	-81	-0,1 %	-4 634	0	-4 634	-0,5 %
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	2 577	0	2 577	3,4 %	-7 816	0	-7 816	-1,3 %
Nevroklubnikken	7 247	77	7 171	8,4 %	-31 234	-55	-31 179	-4,1 %
Ortopedisk klinikk	-532	0	-532	-0,9 %	-14 427	0	-14 427	-3,1 %
Barne- og ungdomsklubnikken	1 575	0	1 575	1,7 %	-14 544	0	-14 544	-1,9 %
Kvinneklubnikken	-2 469	0	-2 469	-4,8 %	-485	0	-485	-0,1 %
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	-2 709	0	-2 709	-2,7 %	-63 044	0	-63 044	-7,7 %
Kreftklubnikken	790	0	790	0,5 %	1 040	0	1 040	0,1 %
Hjerte-, lunge- og karklubnikken	-443	0	-443	-0,4 %	5 361	0	5 361	0,6 %
Akuttklubnikken	-8 112	0	-8 112	-5,0 %	-48 831	0	-48 831	-3,6 %
Prehospital klinikk	-2 681	0	-2 681	-3,4 %	-13 487	0	-13 487	-2,1 %
Klinikk for laboratoriemedisin	2 087	0	2 087	1,5 %	19 751	0	19 751	1,6 %
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	708	0	708	1,0 %	-9 817	0	-9 817	-1,6 %
Kreftregisteret	0	0	0	0,0 %	0	0	0	0,0 %
Oslo sykehusservice	9 516	0	9 516	5,2 %	18 212	0	18 212	1,1 %
Direktørens stab	9 038	0	9 038	7,0 %	92 609	0	92 609	7,8 %
Fellesposter	17 637	16 079	1 557	16,9 %	79 026	154 328	-75 302	8,4 %
Konsern	5 739	2 594	3 145		19 271	14 477	4 794	
Sum OUS	40 513	18 750	21 763	1,2 %	39 725	168 750	-129 025	-0,8 %

3.2 Kommentarer til klinikkens resultater

Klinikk	Avvik i mill kr	Overordnet beskrivelse av avvik
Klinikk psykisk helse og avhengighet	13	Det positive avviket skyldes i hovedsak lavere personalkostnader og høyere inntekter fra konserninterne gjestepasienter.
Medisinsk klinikk	-5	Inntektssiden er preget av redusert inntekt på tracheostomier og høyere inntekter fra poliklinisk- og dagaktivitet. På kostnadssiden er det en positiv utvikling gjennom året. Dette gjelder både varekostnader (reduserte implantatkostnader og biologiske legemidler) og lønnskostnader.
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurg	-8	Klinikken har merinntekter, primært knyttet til cochlea-oppgraderinger. Også gode aktivitetstall på Øyeavdelingen på tross av at en del netthinnepasienter er tatt over av Vestre Viken. Stort merforbruk på varekostnader må ses i sammenheng med cochleaoppgraderinger. Lønn viser et negativt avvik på 12 millioner kroner og mye kan relateres til høy aktivitet på Øyeavdelingen.
Nevrologiklinikken	-31	Av klinikkens negative avvik er 16 mnok knyttet til lavere ISF-inntekter. Kurdøgn og polikliniske inntekter viser positive avvik. På utgiftssiden er det et mindreforbruk på varekostnader med 3 mnok og et merforbruk på lønn og innleie som utgjør om lag 14 mnok. Det er også negativt avvik på kjøp av interne tjenester (tolk, hotell mv.) på om lag 5 mnok.
Ortopedisk klinikk	-14	Aktiviteten er om lag som budsjettert, noe økte poliklinikkinntekter som følge av fakturering for fysioterapi og håndterapien på legevakten. Lønnsutgiftene er høyere enn budsjettert. Til en viss grad dreining fra innleie, overtid og ekstrahjelp til månedslønn faste ansatte.
Barne- og ungdomsklinikken	-15	9 mnok av det negative avviket skyldes lavere ISF-inntekter og 12,5 mnok kan relateres til høyere lønnskostnader enn budsjettert. Noe høyere kurdøgn- og poliklinikkinntekter, samt lavere innleiekostnader enn budsjettert, veier opp for noe av det negative avviket.
Kvinneklinikken	0	Kvinneklinikken har høy aktivitet hittil i år og høye inntekter, hovedsaklig på føden (men også tilsvarende høye kostnader). Det er også noe høyere aktivitet enn forutsatt på andre avdelinger.
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmed og transplantasjon	-63	Aktiviteten er noe under budsjettert så langt i år, men høyere enn fjoråret for alle avdelinger. Høye varekostnader bidrar også til et negativt avvik (mye relatert til nytt medikament til hepatitt c-pasienter). Lønns- og personalkostnadene er også høyere enn budsjettert.
Kreftklinikken	1	Klinikken har så langt i år høyere DRG-aktivitet enn budsjettert. Dette gir merinntekter på om lag 33 mnok. Kostnadene (vare/medikamentkostnader, driftskostnader og interne kostnader) viser et merforbruk, slik at klinikken så langt har et resultat i om lag i balanse.
Hjerte-, lunge- og karklinikken	5	Akkumulert positivt resultat hittil i år er knyttet til høyere aktivitet enn planlagt (omtrent halvparten av dette er relatert til økt antall tracheostomier sammenlignet med fjoråret). Merkostnader på lønn og innleie veier opp for store deler av merinntekten.
Akuttklinikken	-49	Klinikken sitt negative resultat kan i hovedsak forklares ved lav DRG-aktivitet ved Smerteklinikken, merforbruk på varekostnader, innleie og lønn.
Prehospital klinikk	-13	Om lag 10 mnok av merforbruket er knyttet pasienttransport (nye avtaler, høyere mva. satser og midlertidige løsninger på rullestoltransport). Ut over dette er det noe høyere kostnader knyttet til drift og vedlikehold av biler enn forutsatt i budsjettert.
Klinikk for laboratoriemedisin	20	Positivt inntektsavvik hittil i år. Kostnadssiden er positiv, primært knyttet til et positivt lønnsavvik. Dette skyldes ledighold av stillinger, mindre kostnader til kurs, større lønnsrefusjoner enn budsjettert.
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	-10	Varekostnader har et positivt avvik, mens lønnskostnadsavvikene varierer på enhetene. Negativt inntektsavvik skyldes i stor grad endringer i PET-takster. Høy aktivitet på PET bidrar til å redusere det totale inntektsavviket noe.
Oslo sykehuservice	18	Det positive avviket kan i stor grad relateres til høye interne inntekter som følge av salg av tjenester til klinikkene. Noe av det positive avviket veies opp av høye energikostnader og kostnader til vedlikehold av bygg.
Stab	93	Det positive avviket skyldes all hovedsak IKT (tilbakeføring av avsetninger fra 2015, kreditering for antall arbeidsflater 2014-2015 og forsinkelser i gjennomføring av regionale investeringsprosjekter sammenlignet med budsjettert).
Fellesposter mv	-71	Det akkumulerte negative avviket kan i stor grad relateres til lavere ISF-refusjoner (negativ gruppeeffekt mv), merkostnader som følge av legemidler overført fra Folketrygden og andre ikke-budsjetterte forhold (påløpte forpliktelser i enkeltsaker).
Samlet avvik	-129	

3.2 Lønnskostnader ekskl. pensjon

Total lønn ekskl. pensjon i 1000 kr. Eksklusive øremerkede midler	sep 2016			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	I 1000 kr	i %
PHA	126 367	-1 347	-1,1 %	1 080 633	24 782	2,2 %	1 074 368	6 265	0,6 %
MED	72 430	500	0,7 %	622 218	-8 352	-1,4 %	613 337	8 881	1,4 %
HHA	46 530	-1 157	-2,5 %	359 619	-12 647	-3,6 %	351 989	7 631	2,2 %
NVR	51 783	-1 115	-2,2 %	475 103	-8 920	-1,9 %	474 546	557	0,1 %
OPK	38 241	-1 801	-4,9 %	296 245	-13 297	-4,7 %	296 104	141	0,0 %
BAR	57 527	-600	-1,1 %	459 654	-16 570	-3,7 %	446 741	12 913	2,9 %
KVI	35 359	12	0,0 %	357 974	-9 944	-2,9 %	357 175	799	0,2 %
KIT	64 241	-2 159	-3,5 %	514 483	-37 256	-7,8 %	506 228	8 255	1,6 %
KRE	75 129	-154	-0,2 %	651 595	1 476	0,2 %	656 580	-4 986	-0,8 %
HLK	55 210	-2 191	-4,1 %	465 637	-15 089	-3,3 %	475 471	-9 834	-2,1 %
AKU	111 354	-3 380	-3,1 %	941 074	-17 247	-1,9 %	923 453	17 621	1,9 %
PRE	43 981	-701	-1,6 %	364 727	-4 717	-1,3 %	346 394	18 333	5,3 %
KLM	70 549	1 131	1,6 %	624 667	9 916	1,6 %	606 616	18 051	3,0 %
KRN	49 487	-912	-1,9 %	389 938	-5 681	-1,5 %	386 157	3 781	1,0 %
OSS	77 786	3 579	4,4 %	673 619	8 117	1,2 %	673 274	345	0,1 %
STAB	21 070	2 112	9,1 %	177 545	16 184	8,4 %	163 384	14 161	8,7 %
FPO	18 042	1 022	5,4 %	197 392	14 776	7,0 %	39 622	157 769	398,2 %
OUS	1 015 084	-7 162	-0,7 %	8 652 122	-74 469	-0,9 %	8 391 438	260 684	3,1 %

3.2 Innleie av helsepersonell

Innleie i 1000 kr. Eksklusive øremerkede midler	sep 2016			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	I 1000 kr	i %
PHA	348	-297	-578,0 %	3 490	-3 032	-661,6 %	5 701	-2 211	-38,8 %
MED	1 990	-1 038	-109,1 %	11 040	-2 015	-22,3 %	11 416	-375	-3,3 %
HHA	82	431	84,1 %	1 817	2 997	62,3 %	3 588	-1 771	-49,4 %
NVR	2 735	-1 223	-80,9 %	19 844	-5 669	-40,0 %	21 205	-1 361	-6,4 %
OPK	-123	805	118,0 %	5 950	445	7,0 %	9 312	-3 362	-36,1 %
BAR	2 577	83	3,1 %	19 862	4 444	18,3 %	34 125	-14 263	-41,8 %
KVI	658	-130	-24,5 %	6 718	-751	-12,6 %	6 207	511	8,2 %
KIT	529	294	35,7 %	6 652	-158	-2,4 %	11 363	-4 711	-41,5 %
KRE	130	185	58,7 %	759	1 843	70,8 %	3 090	-2 331	-75,4 %
HLK	2 609	-777	-42,4 %	23 475	-7 227	-44,5 %	18 553	4 922	26,5 %
AKU	5 777	-2 658	-85,2 %	41 424	-14 545	-54,1 %	37 798	3 626	9,6 %
PRE			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!
KLM		14	100,0 %	-55	179	144,8 %	222	-277	-125,0 %
KRN	192	-67	-53,0 %	961	160	14,3 %	724	237	32,7 %
OSS			#DIV/0!	53	-53	#DIV/0!	34	18	53,5 %
STAB			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!
FPO			100,0 %			100,0 %			#DIV/0!
OUS	17 505	-4 377	-33,3 %	141 989	-23 382	-19,7 %	163 338	-21 349	-13,1 %

3.2 Varekostnader per klinikk

Varekostnader knyttet til FG i 1000 kr. Eksklusive øremerkede midler	sep 2016			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	I 1000 kr	i %
PHA	4 992	432	8,0 %	52 740	-4 287	-8,8 %	47 731	5 009	10,5 %
MED	11 497	841	6,8 %	96 248	4 432	4,4 %	101 600	-5 352	-5,3 %
HHA	18 571	-4 091	-28,3 %	133 533	-13 002	-10,8 %	113 234	20 299	17,9 %
NVR	14 572	-1 108	-8,2 %	109 010	3 073	2,7 %	106 281	2 729	2,6 %
OPK	10 033	554	5,2 %	87 580	538	0,6 %	80 842	6 738	8,3 %
BAR	6 513	-73	-1,1 %	55 652	-1 233	-2,3 %	52 853	2 799	5,3 %
KVI	3 545	-132	-3,9 %	31 264	-3 257	-11,6 %	28 349	2 915	10,3 %
KIT	15 241	-1 782	-13,2 %	124 562	-8 553	-7,4 %	103 251	21 311	20,6 %
KRE	31 051	-4 746	-18,0 %	246 916	-21 080	-9,3 %	232 052	14 864	6,4 %
HLK	31 715	-4 105	-15 %	247 700	-8 409	-3,5 %	234 904	12 796	5,4 %
AKU	20 698	-2 764	-15 %	164 674	-13 255	-8,8 %	149 212	15 462	10,4 %
PRE	781	348	31 %	9 843	-215	-2,2 %	10 438	-595	-5,7 %
KLM	28 946	4 992	15 %	288 727	4 189	1,4 %	275 315	13 412	4,9 %
KRN	10 316	2 424	19 %	104 309	6 160	5,6 %	101 544	2 765	2,7 %
OSS	17 982	-3 967	-28 %	127 054	-6 663	-5,5 %	117 219	9 835	8,4 %
STAB	18	-17	-1429 %	23	-13	-124,1 %	69	-46	-66,1 %
FPO	9 629	1 737	15,3 %	110 256	-9 007	-8,9 %	40 407	69 849	172,9 %
OUS	236 099	-11 456	-5,1 %	1 990 092	-70 583	-3,7 %	1 795 302	194 790	10,8 %

3.2 Andre driftskostnader per klinikk

Andre driftskostnader i 1000 kr. Eksklusive øremerkede midler.	sep 2016			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	I 1000 kr	i %
PHA	7 042	275	3,8 %	65 272	58	0,1 %	82 817	-17 545	-21,2 %
MED	1 096	1 124	50,6 %	14 973	4 987	25,0 %	19 538	-4 565	-23,4 %
HHA	616	631	50,6 %	11 233	-5	0,0 %	13 766	-2 533	-18,4 %
NVR	1 943	-204	-11,7 %	14 619	1 037	6,6 %	17 183	-2 564	-14,9 %
OPK	1 338	-365	-37,5 %	9 505	-748	-8,5 %	10 825	-1 320	-12,2 %
BAR	1 447	690	32,3 %	19 315	-58	-0,3 %	18 678	637	3,4 %
KVI	907	292	24,3 %	8 758	2 074	19,1 %	10 897	-2 139	-19,6 %
KIT	2 364	-94	-4,1 %	22 182	-1 911	-9,4 %	23 577	-1 395	-5,9 %
KRE	4 500	-800	-21,6 %	37 671	-4 653	-14,1 %	36 236	1 435	4,0 %
HLK	1 565	76	4,6 %	16 011	-1 361	-9,3 %	17 438	-1 427	-8,2 %
AKU	2 123	18	0,8 %	17 740	915	4,9 %	21 320	-3 579	-16,8 %
PRE	25 835	-2 440	-10,4 %	197 035	-9 577	-5,1 %	185 562	11 473	6,2 %
KLM	4 165	81	1,9 %	40 355	-2 451	-6,5 %	40 280	75	0,2 %
KRN	2 993	-246	-9,0 %	25 230	-706	-2,9 %	27 196	-1 967	-7,2 %
OSS	69 451	9 020	11,5 %	732 697	-2 656	-0,4 %	662 338	70 359	10,6 %
STAB	93 131	3 441	3,6 %	782 431	79 817	9,3 %	793 453	-11 022	-1,4 %
FPO	3 526	-1 692	-92,2 %	19 416	-5 781	-42,4 %	29 792	-10 376	-34,8 %
OUS	224 042	9 806	4,2 %	2 034 444	58 980	2,8 %	2 010 897	23 547	1,2 %

3.3 Resultat for datterselskap mv

AS'ene i 1 000 kr	Årsbudsjett	Budsjett	Regnskap	Avvik HiÅ
		HiÅ	HiÅ	
Inven2	-600	-450		-450
Norsk Medisinsk Syklotronsenter AS	-2 000	-2 090	-2 665	575
Radpark AS	-2 829	-2 121	-3 319	1 198
Sophies Minde AS	-13 260	-9 280	-12 210	2 930
Sykehotell AS	-716	-536	-1 077	541
Totalt	-19 405	-14 477	-19 271	4 794

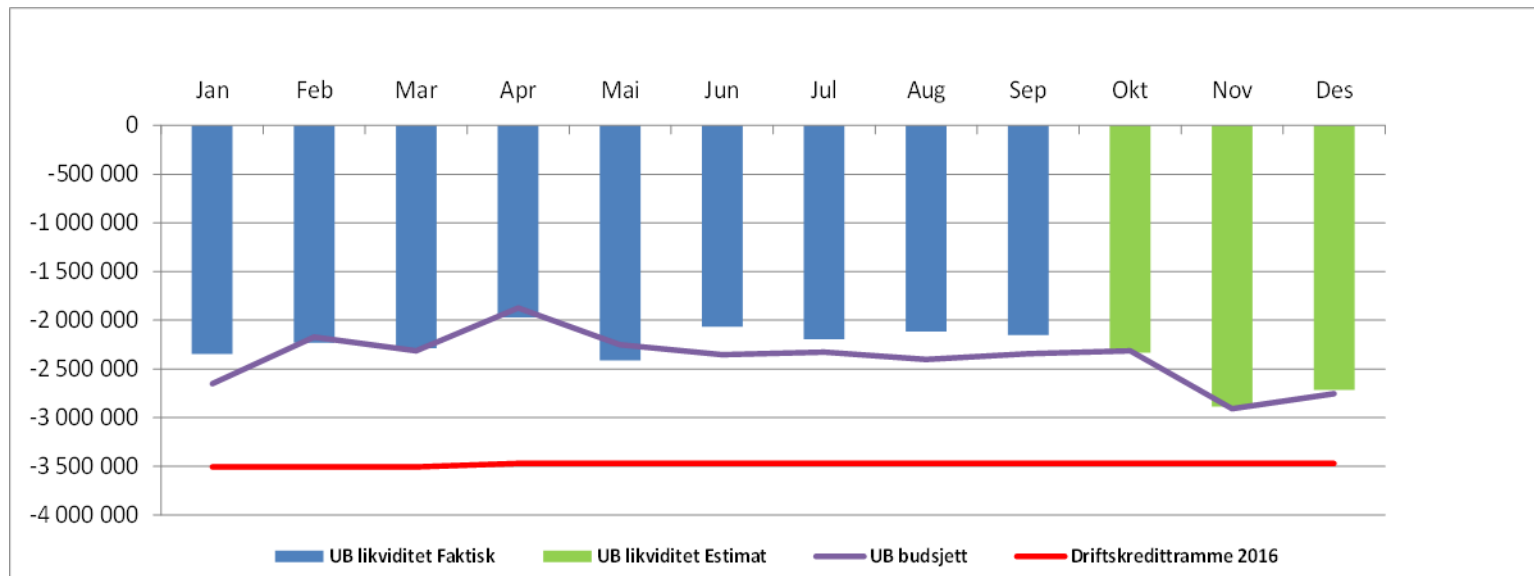
3.3 Investeringer

Investeringer 2016 (ekskl. byggelånsrenter)		Budsjett 2016	Budsjett hiå.	Regnskap hiå.	Årsestimat 2016
<i>(Beløp i millioner kroner)</i>					
Investeringer innenfor ordinær likviditetstildeling (basis og overskudd)	MTU	222	159	168	236
	Bygg	111	78	43	85
	Annet	32	24	18	32
	Egenkapital pensjon	45	16	17	45
	IKT ¹⁾	35	20	14	25
	SUM	444	296	259	423
Fase 1 Omstilling (1 575 mill kroner)	MTU	35	20	0	3
	Bygg	128	71	60	117
	Annet				
	IKT ¹⁾				
	SUM	163	91	60	120
Fase 2 Tilsynsavvik og oppgraderinger (1 806 mill kroner)	MTU				
	Bygg (tilsyn og infr.)	450	338	102	250
	Annet				
	IKT ¹⁾				
	SUM	450	338	102	250
Nye finansielle leieavtaler	MTU	118	78	0	118
	Bygg				
	Annet (ambulanser)	38	27	0	38
	IKT ¹⁾				
	SUM	156	105	0	156
TOTALT	MTU	375	257	168	357
	Bygg	689	486	204	452
	Annet	70	50	18	70
	Egenkapital pensjon	45	16	17	45
	IKT ¹⁾	35	20	14	25
	SUM	1 213	829	421	949

1) Investeringer i IKT regnskapsføres i Sykehuspartners regnskap.



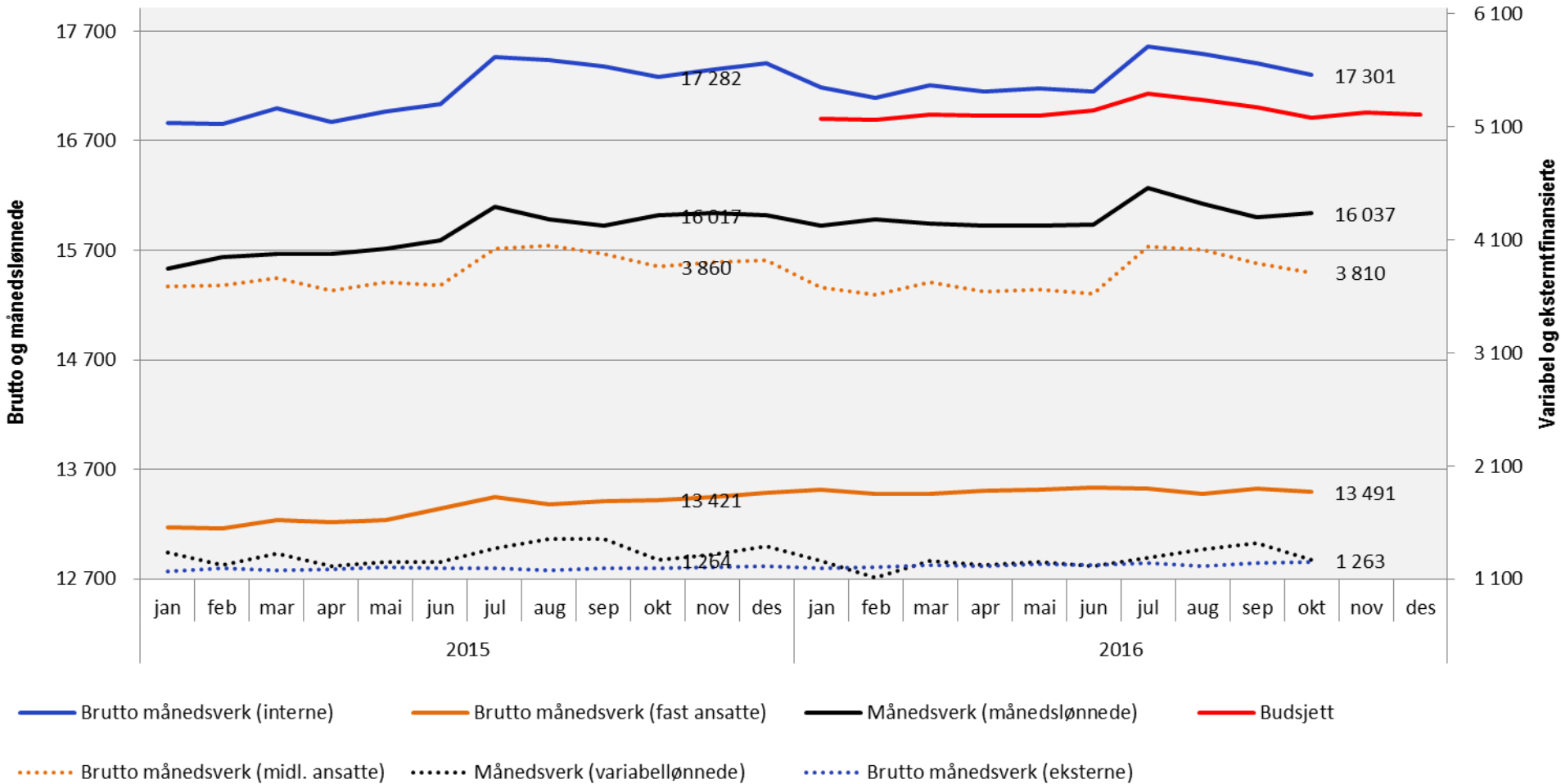
3.3 Likviditet



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

4.1 Bemanningsutvikling

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF



4.1 Bemanningsindikatorer

Indikator	Denne måned			Hittil i 2016				2016 mot 2015			
	OKTOBER 2016	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr OKTOBER	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ OKTOBER 2016 mot OKTOBER 2015	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Brutto månedsverk, herav:	18 551	18 059	492	18 494	18 115	379	2,1 %	74	0,4 %	192	1,0 %
- internt finansierte	17 301	16 914	387	17 272	16 969	303	1,8 %	19	0,1 %	157	0,9 %
- eksternt finansierte	1 250	1 145	104	1 222	1 145	77	6,7 %	55	4,6 %	35	3,0 %
- månedslønnede	17 273			17 215				74	0,4 %	238	1,4 %
- variabelønnede	1 278			1 279				1	0,0 %	-46	-3,5 %
- fast ansatte	13 974			13 992				69	0,5 %	208	1,5 %
- midlertidig ansatte	4 576			4 501				7	0,2 %	-14	-0,3 %
Øvrige indikatorer											
Innleie fra vikarbyrå (201609)											
Netto månedsverk nasj. ind. (201608)	13 660			14 699				-149	-1,1 %	196	1,3 %
Sykefraværsprosent (201608)	6,3			7,1				0,0	0,1 %	-0,2	-3,1 %

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.

4.1 Oversikt internt finansierte

(INTERNE) Klinikk	Hittil i 2016			2016 vs 2015
	Pr OKTOBER	Avvik fra budsjett, årsverk	Avvik fra budsjett, prosent	Δ hittil i år mot hittil i fjor
AKU	1 736	31 ●	1,8 %	19,8
PRE	772	12 ●	1,6 %	40,6
PHA	2 167	-6 ●	-0,3 %	-24,3
MED	1 284	38 ●	3,1 %	10,9
HLK	834	37 ●	4,7 %	-4,4
KIT	1 005	70 ●	7,5 %	23,9
KLM	1 362	6 ●	0,4 %	36,3
KRE	1 363	7 ●	0,5 %	-26,1
KRN	744	7 ●	0,9 %	10,4
KVI	668	22 ●	3,3 %	-5,8
NVR	874	12 ●	1,4 %	7,3
OPK	615	49 ●	8,7 %	11,9
HHA	749	30 ●	4,2 %	12,0
BAR	955	17 ●	1,8 %	10,4
OSS	1 932	42 ●	2,2 %	32,2
DST	214	-7 ●	-2,9 %	1,1
OUS	17 272	303 ●	1,8 %	156,5

4.1 Detalj internt finansierte

INTERNT FINANSIERTE	Denne måned			Hittil i 2016				2016 mot 2015			
	SEPTEMBER 2016	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr SEPTEMBER	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ SEPTEMBER 2016 mot SEPTEMBER 2015	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Funksjonsområde											
Psykisk helse og rus	2 242	2 158	84	2 166	2 178	-12	-0,5 %	16	0,7 %	-25	-1,2 %
Somatiske kliniske klinikker	8 297	8 101	196	8 344	8 066	278	3,4 %	-101	-1,2 %	49	0,6 %
Medisinske støttefunksjoner	4 685	4 544	142	4 615	4 556	58	1,3 %	104	2,3 %	115	2,5 %
Stab og OSS	2 191	2 129	62	2 147	2 111	36	1,7 %	15	0,7 %	36	1,7 %
OUS	17 416	17 003	414	17 271	16 976	296	0	34	0	174	0

INTERNT FINANSIERTE	Denne måned			Hittil i 2016				2016 mot 2015			
	SEPTEMBER 2016	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr SEPTEMBER	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ SEPTEMBER 2016 mot SEPTEMBER 2015	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Klinikk											
AKU	1 750	1 695	55	1 737	1 703	34	2,0 %	23	1,3 %	23	1,3 %
PRE	798	751	47	773	760	13	1,7 %	23	3,0 %	45	6,2 %
PHA	2 242	2 158	84	2 166	2 178	-12	-0,5 %	16	0,7 %	-25	-1,2 %
MED	1 281	1 232	49	1 283	1 247	36	2,9 %	24	1,9 %	10	0,8 %
HLK	831	812	19	833	796	37	4,7 %	-10	-1,2 %	-5	-0,5 %
KIT	995	941	54	1 004	937	68	7,2 %	-13	-1,3 %	25	2,6 %
KLM	1 379	1 359	21	1 362	1 356	5	0,4 %	38	2,8 %	37	2,8 %
KRE	1 348	1 368	-20	1 363	1 356	8	0,6 %	-58	-4,2 %	-25	-1,8 %
KRN	757	739	19	743	737	6	0,8 %	20	2,8 %	10	1,3 %
KVI	686	654	32	677	646	30	4,7 %	-5	-0,7 %	3	0,5 %
NVR	888	864	24	874	862	12	1,4 %	3	0,4 %	10	1,1 %
OPK	592	567	25	615	565	50	8,8 %	-27	-4,4 %	15	2,5 %
HHA	731	721	9	747	719	28	3,9 %	-23	-3,0 %	13	1,7 %
BAR	945	940	5	947	938	8	0,9 %	8	0,8 %	3	0,3 %
OSS	1 974	1 908	65	1 932	1 890	42	2,2 %	15	0,8 %	34	1,8 %
DST	218	221	-3	215	221	-6	-2,7 %	-1	-0,3 %	2	0,9 %
OUS	17 417	17 003	414	17 271	16 976	296	1,7 %	34	0,2 %	174	1,0 %

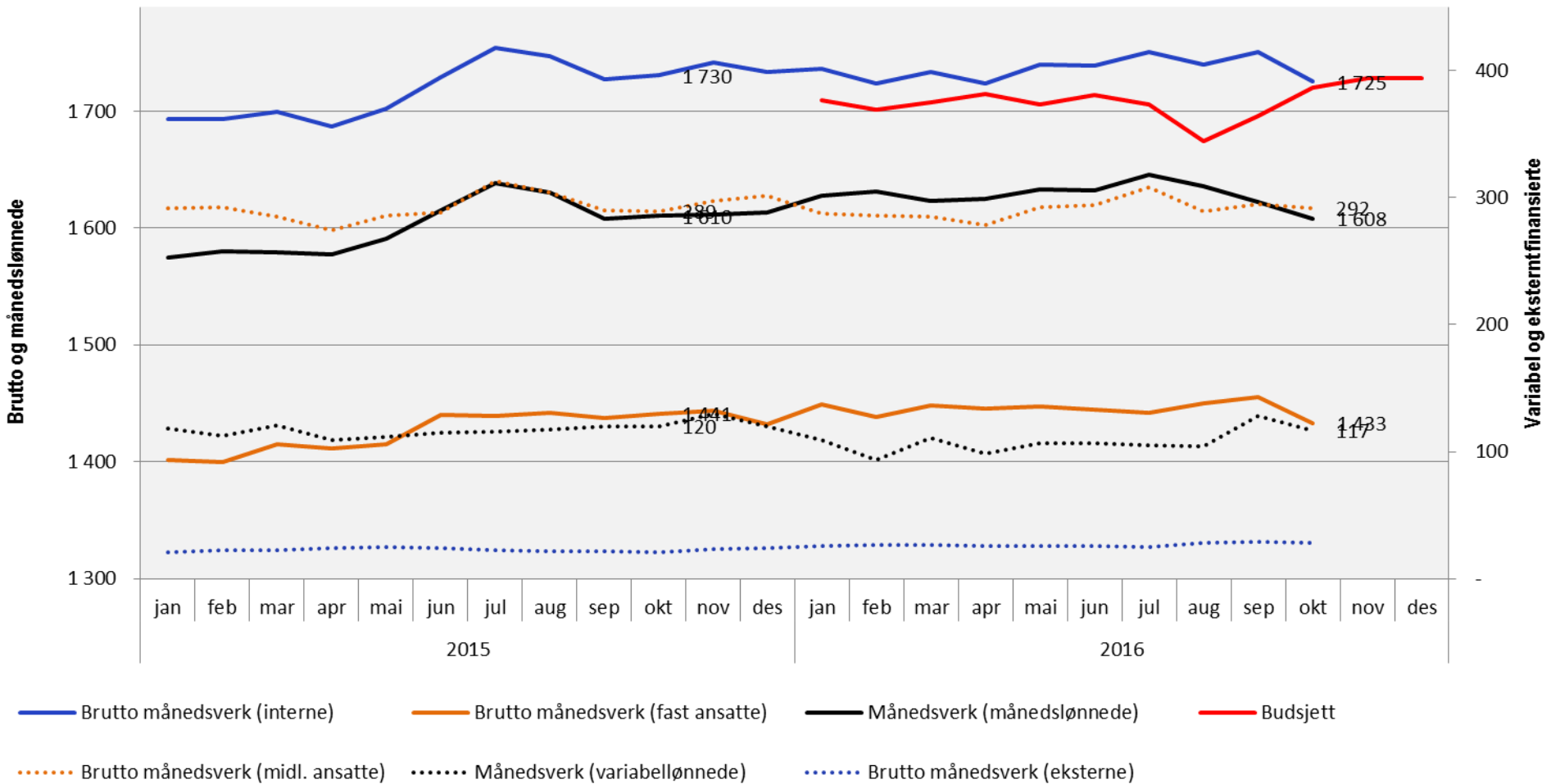
4.1 Månedsværk fordelt på stillingskategorier

Alle ansvarsteder

Brutto månedsværk ekskl eksternt finansiert	Forrige periode	Denne periode	Hittil 2015	Hittil 2016	2016 mot 2015				Stillingskategoriernes gjennomsnittlige andel		
	SEP 2016	OKT 2016	Pr. OKT 2015	Pr. OKT 2016	Δ OKT 2016 mot OKT 2015	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring	Andel 2015	Andel 2016	Relativ endring
(1) Administrasjon/Ledelse	2 866	2 867	2 861	2 876	-1	0,0 %	15	0,5 %	16,7 %	16,7 %	-0,4 %
(2) Pasientrettede stillinger	1 529	1 430	1 503	1 477	-44	-3,0 %	-26	-1,7 %	8,8 %	8,5 %	-2,6 %
(3) Leger	2 449	2 443	2 394	2 434	14	0,6 %	39	1,6 %	14,0 %	14,1 %	0,7 %
(3a) Overleger	1 506	1 493	1 452	1 490	22	1,5 %	38	2,6 %	8,5 %	8,6 %	1,7 %
(3b) LIS-leger	898	902	893	895	-5	-0,6 %	2	0,2 %	5,2 %	5,2 %	-0,7 %
(3c) Turnusleger	45	48	49	48	-3	-6,1 %	-1	-1,1 %	0,3 %	0,3 %	-2,0 %
(4) Psykologer	280	282	267	276	7	2,7 %	8	3,1 %	1,6 %	1,6 %	2,2 %
(5) Sykepleier	5 956	6 025	5 885	5 960	9	0,1 %	75	1,3 %	34,4 %	34,5 %	0,4 %
(6) Helsefagarbeider/hjelpepleier	520	520	548	526	-12	-2,2 %	-22	-4,1 %	3,2 %	3,0 %	-5,0 %
(7) Diagnostisk personell	1 461	1 457	1 430	1 445	14	1,0 %	14	1,0 %	8,4 %	8,4 %	0,1 %
(8) Apotekstillinger	2	2	2	2	-0	-2,0 %	-0	-1,1 %	0,0 %	0,0 %	-2,0 %
(9) Drifts/teknisk personell	1 547	1 501	1 494	1 511	11	0,7 %	17	1,1 %	8,7 %	8,7 %	0,2 %
(10) Ambulansepersonell	571	544	523	552	2	0,4 %	29	5,6 %	3,1 %	3,2 %	4,6 %
(11) Forskning	229	230	207	215	18	8,7 %	7	3,6 %	1,2 %	1,2 %	2,6 %
(99) Ukjente	0	-	0	0	-	0,0 %	-0	-65,0 %	0,0 %	0,0 %	-65,3 %
Alle stillingsgrupper	17 411	17 301	17 115	17 272	19	0,1 %	157	0,9 %	100,0 %	100 %	0,0 %

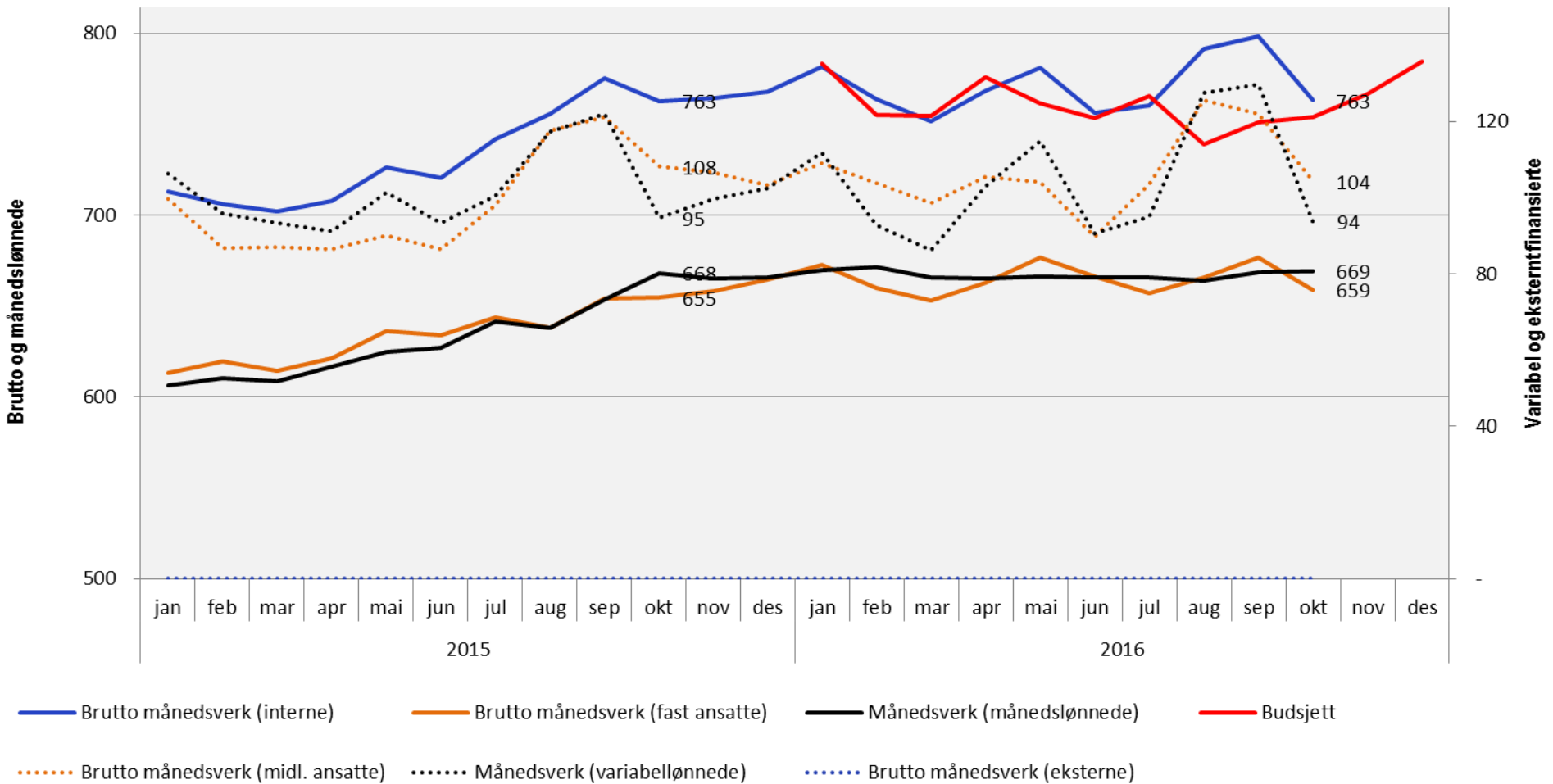
4.1 Bemanningsutvikling

AKUTTKLINIKKEN



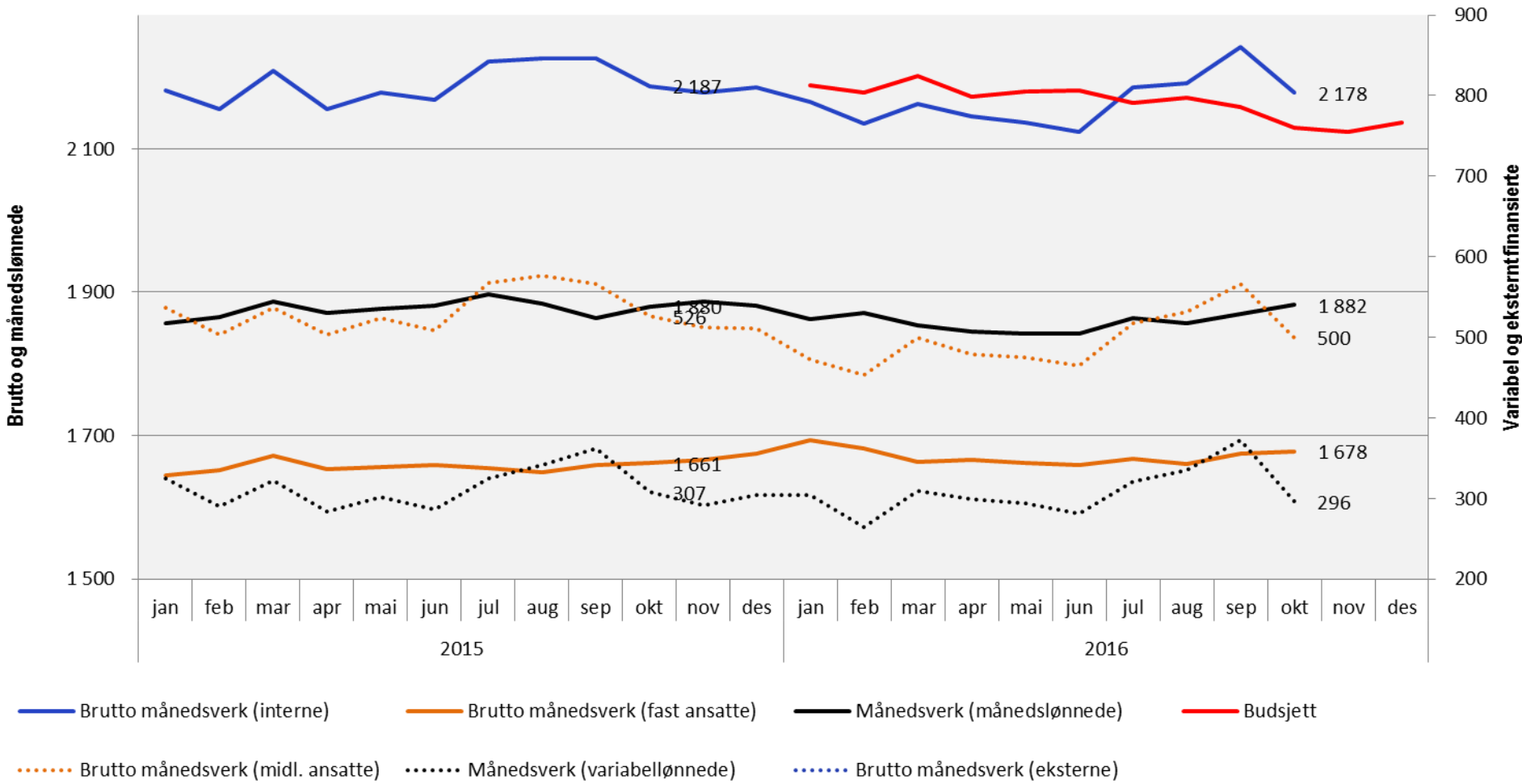
4.1 Bemanningsutvikling

PREHOSPITAL KLINIKK



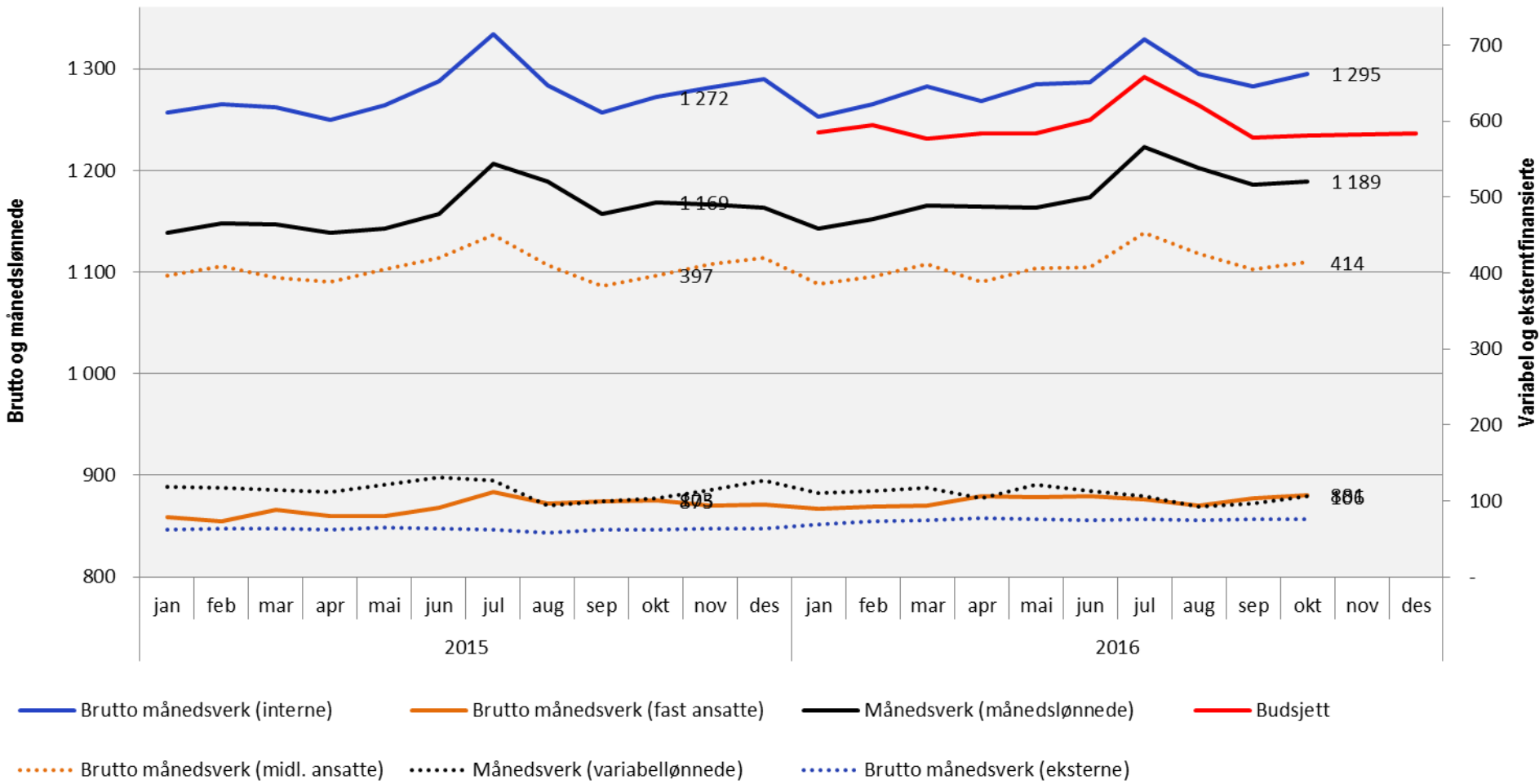
4.1 Bemanningsutvikling

KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET



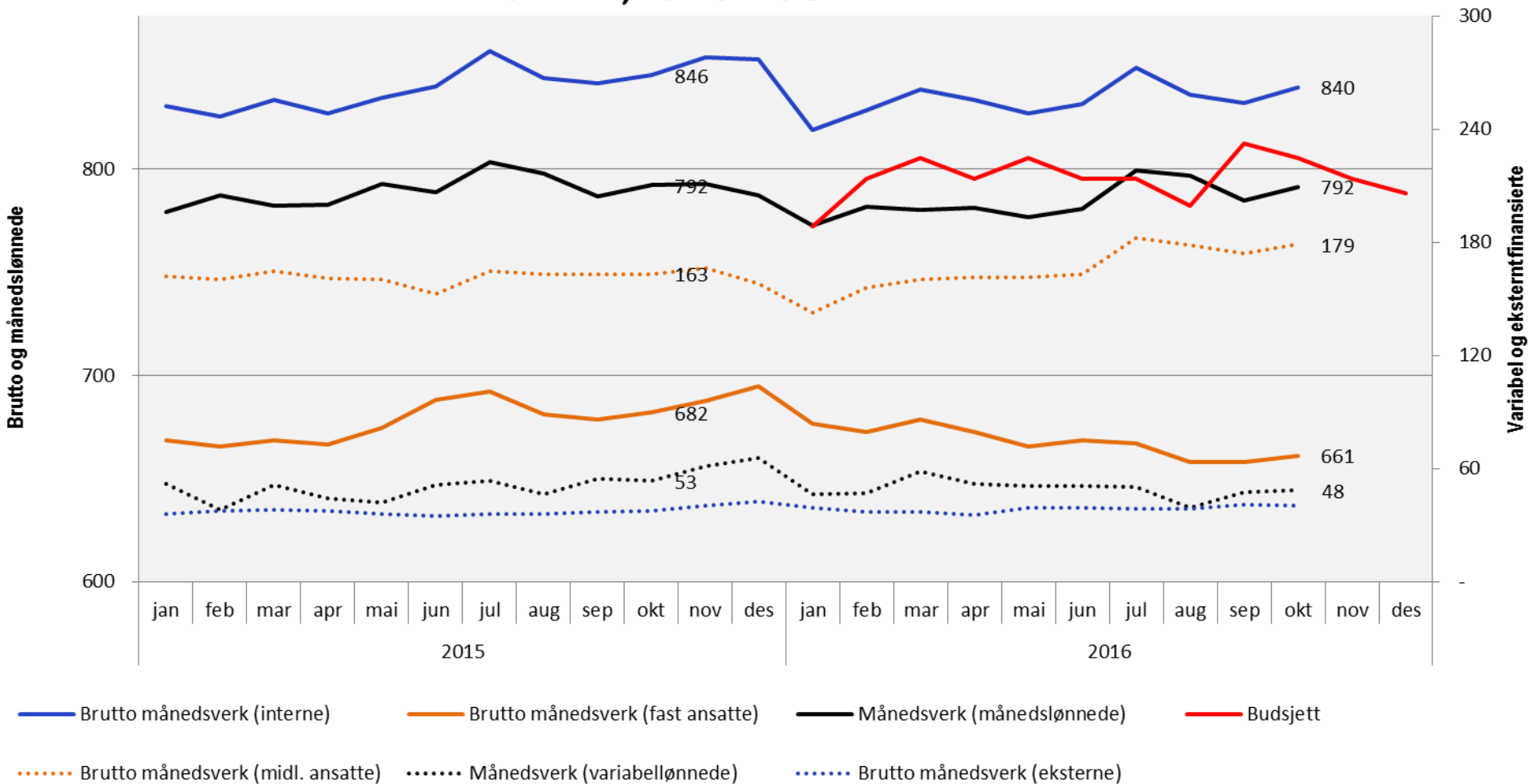
4.1 Bemanningsutvikling

MEDISINSK KLINIKK



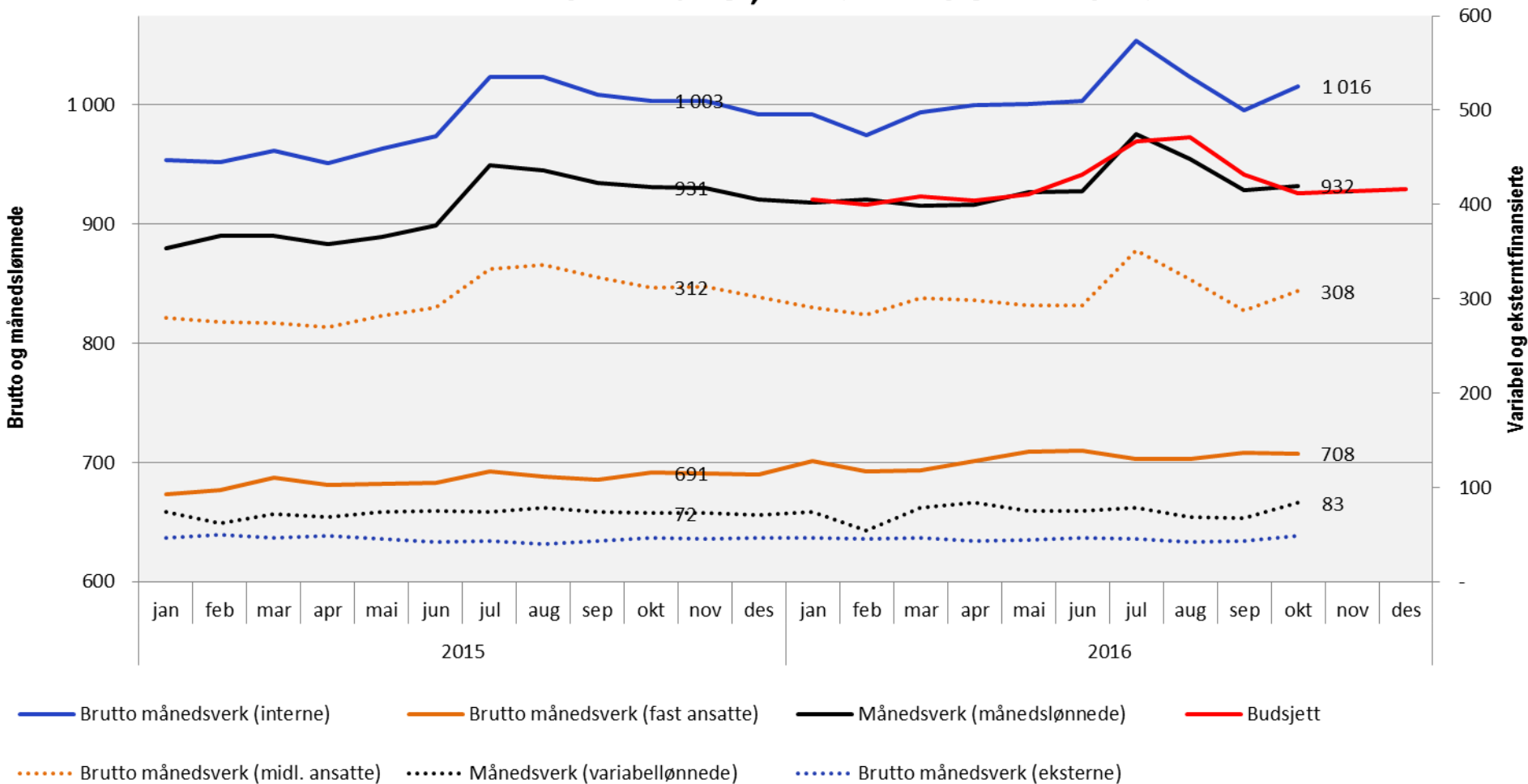
4.1 Bemanningsutvikling

HJERTE -, LUNGE- OG KARKLINIKKEN



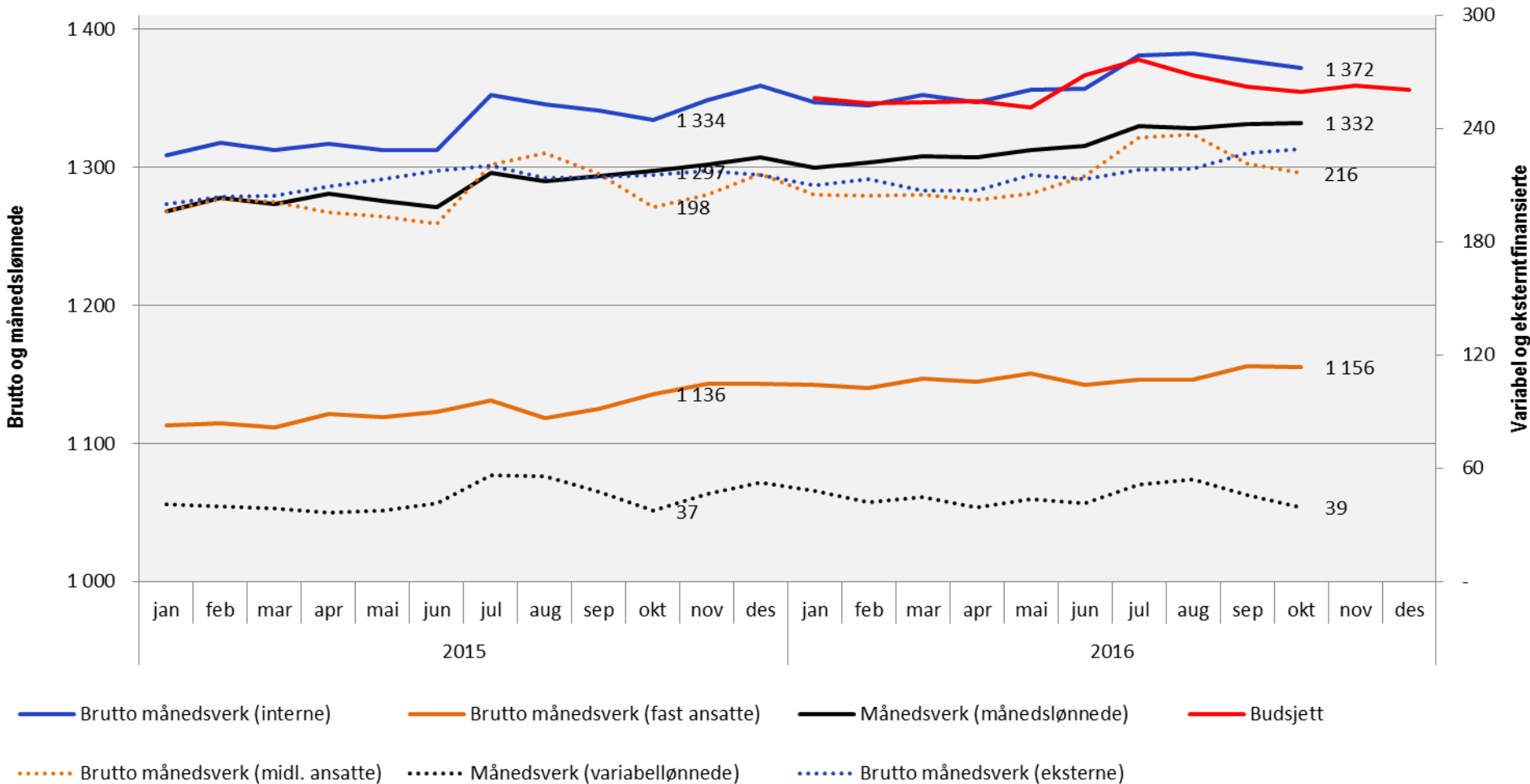
4.1 Bemanningsutvikling

KLINIKK FOR KIRURGI, INFL.MED OG TRANSPL.



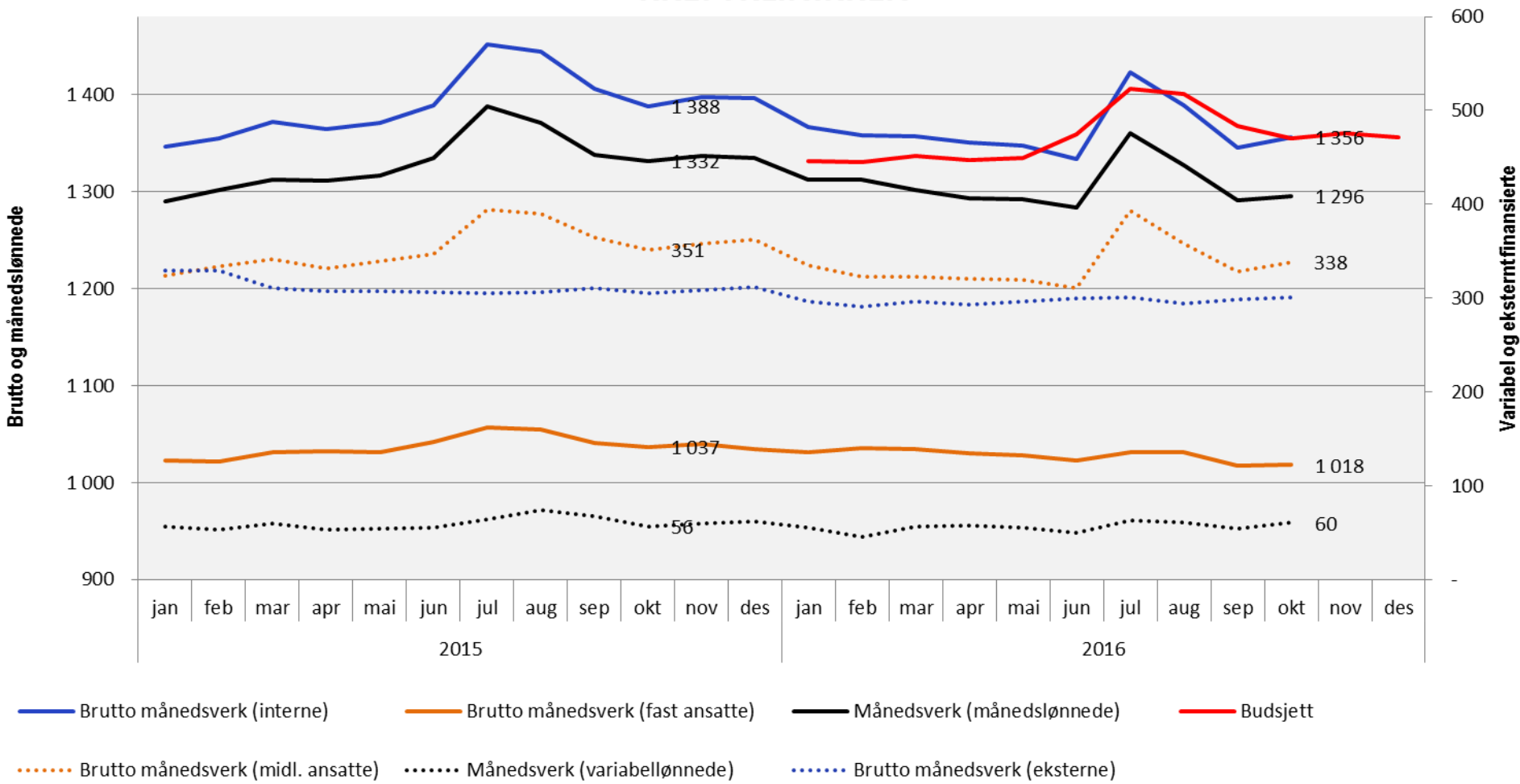
4.1 Bemanningsutvikling

LABORATORIEKLINIKKEN



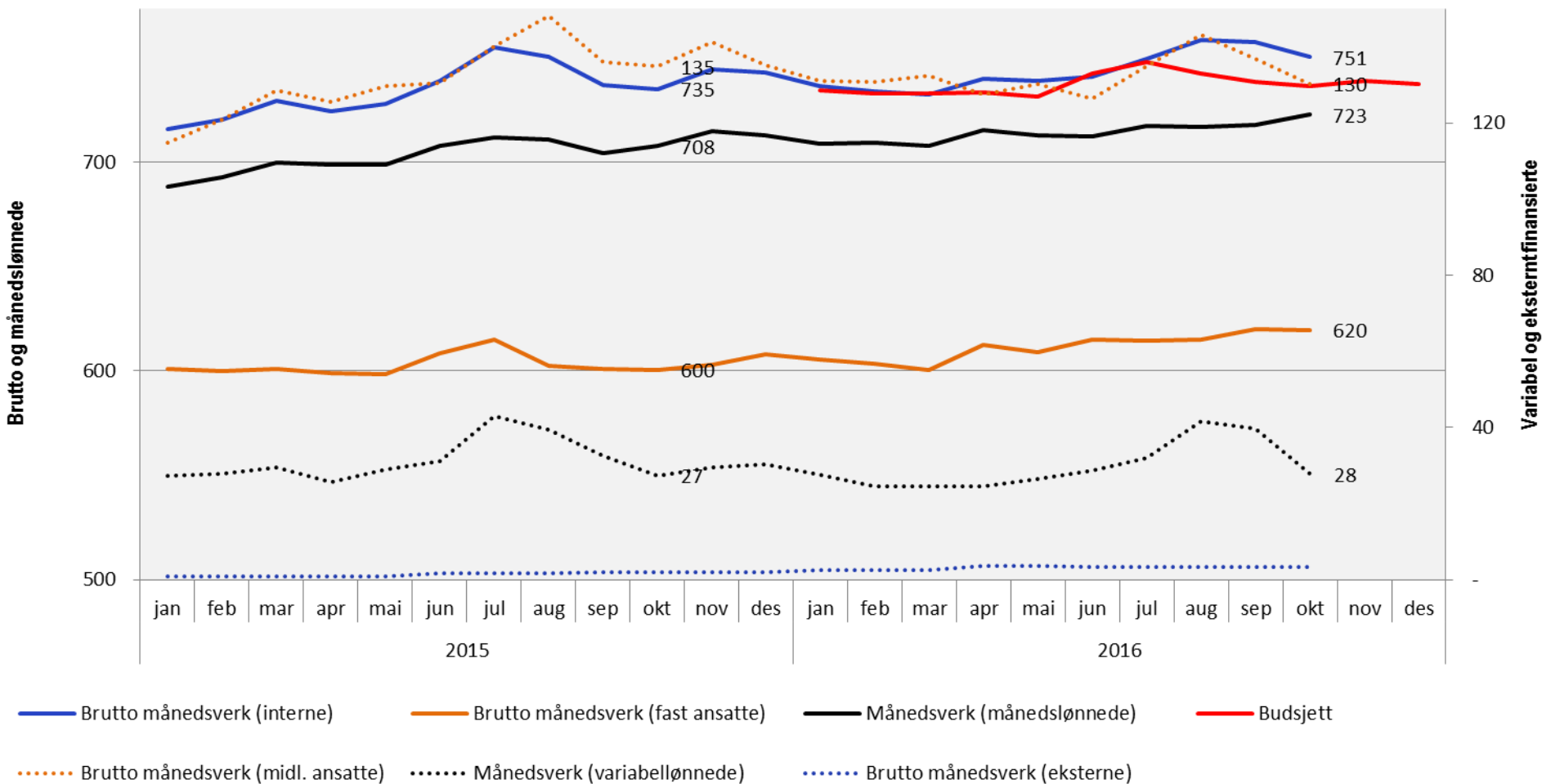
4.1 Bemanningsutvikling

KREFTKLINIKKEN



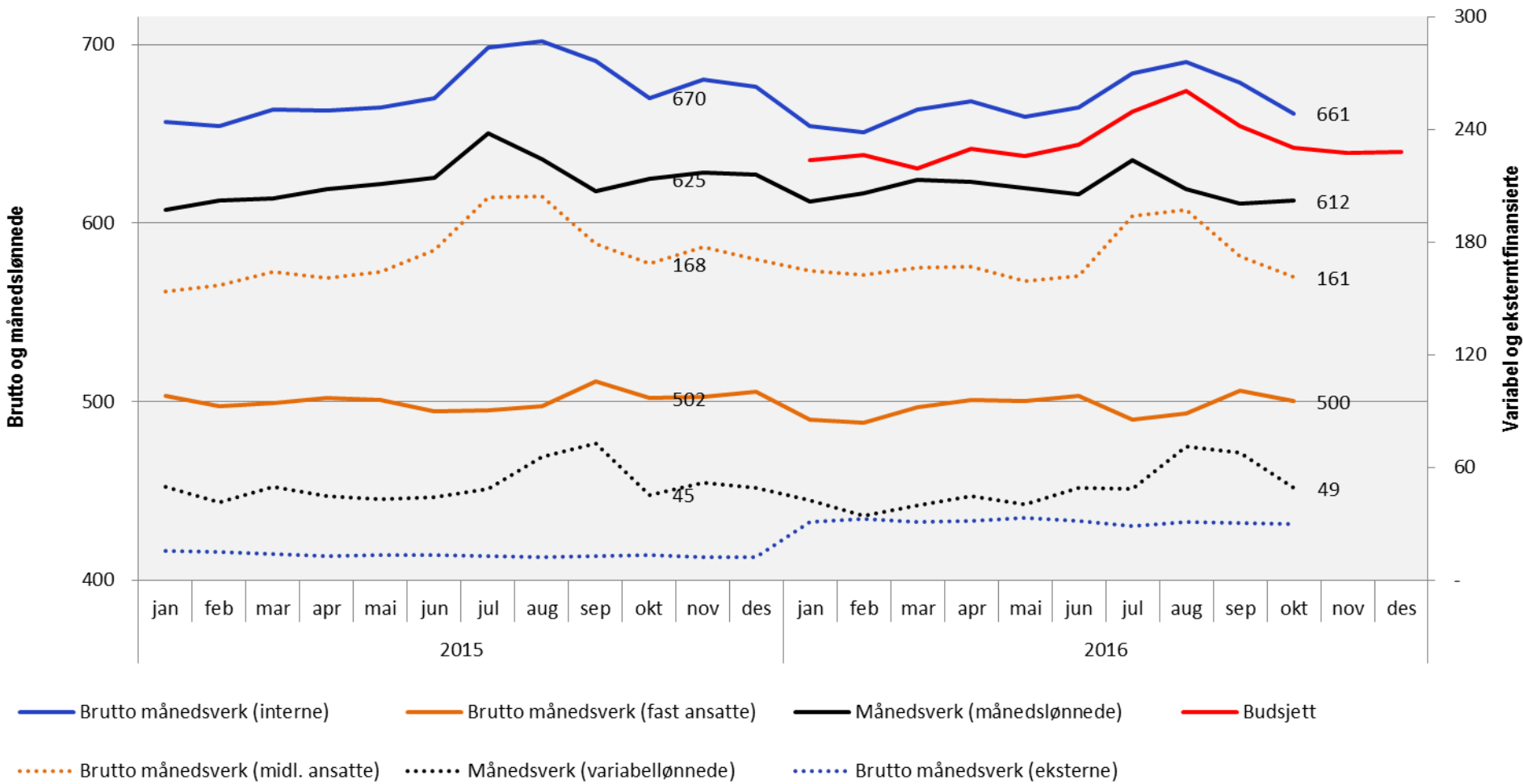
4.1 Bemanningsutvikling

KLINIKK FOR RADIOLOGI OG NUKLEÆRMEDISIN



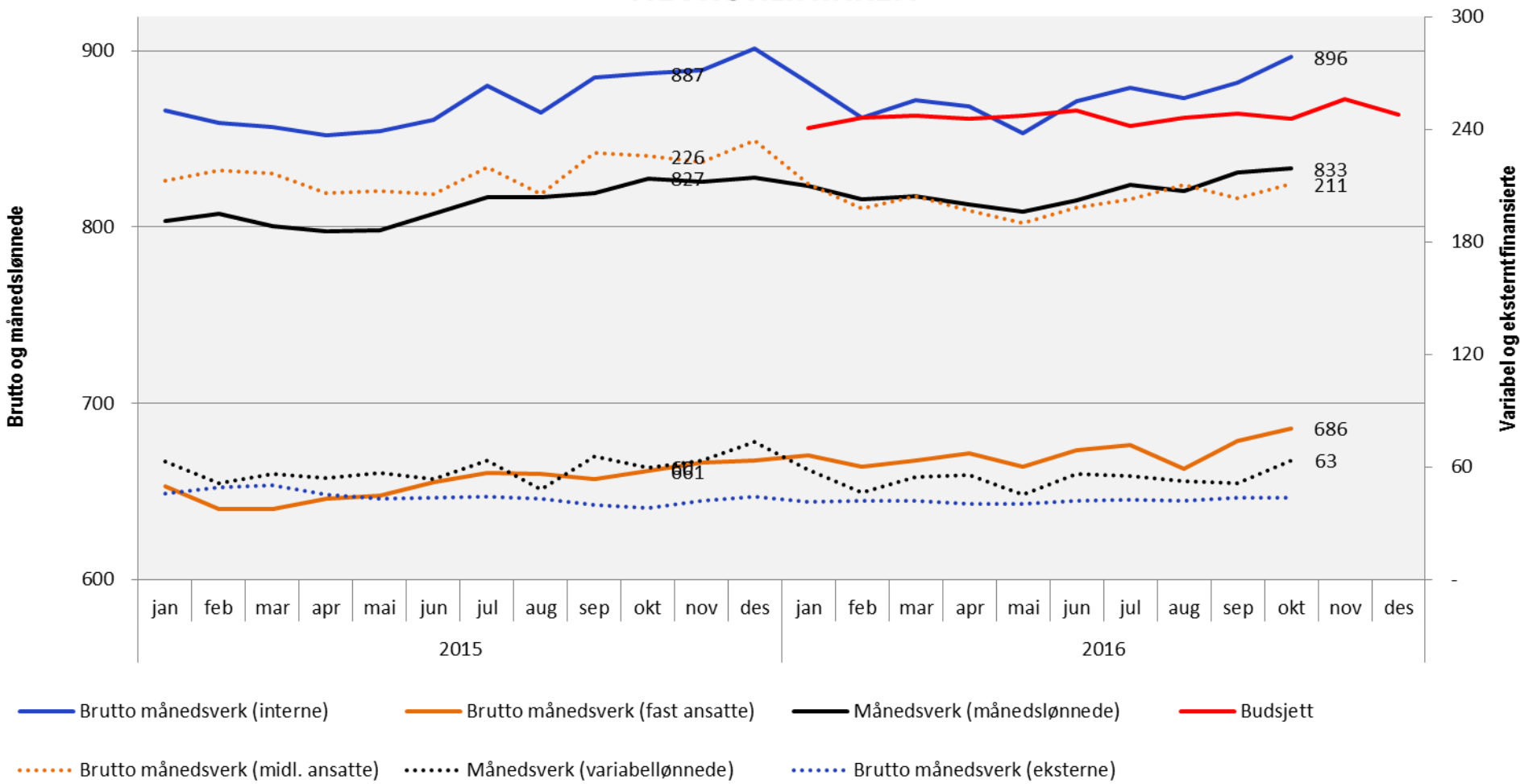
4.1 Bemanningsutvikling

KVINNEKLINIKKEN



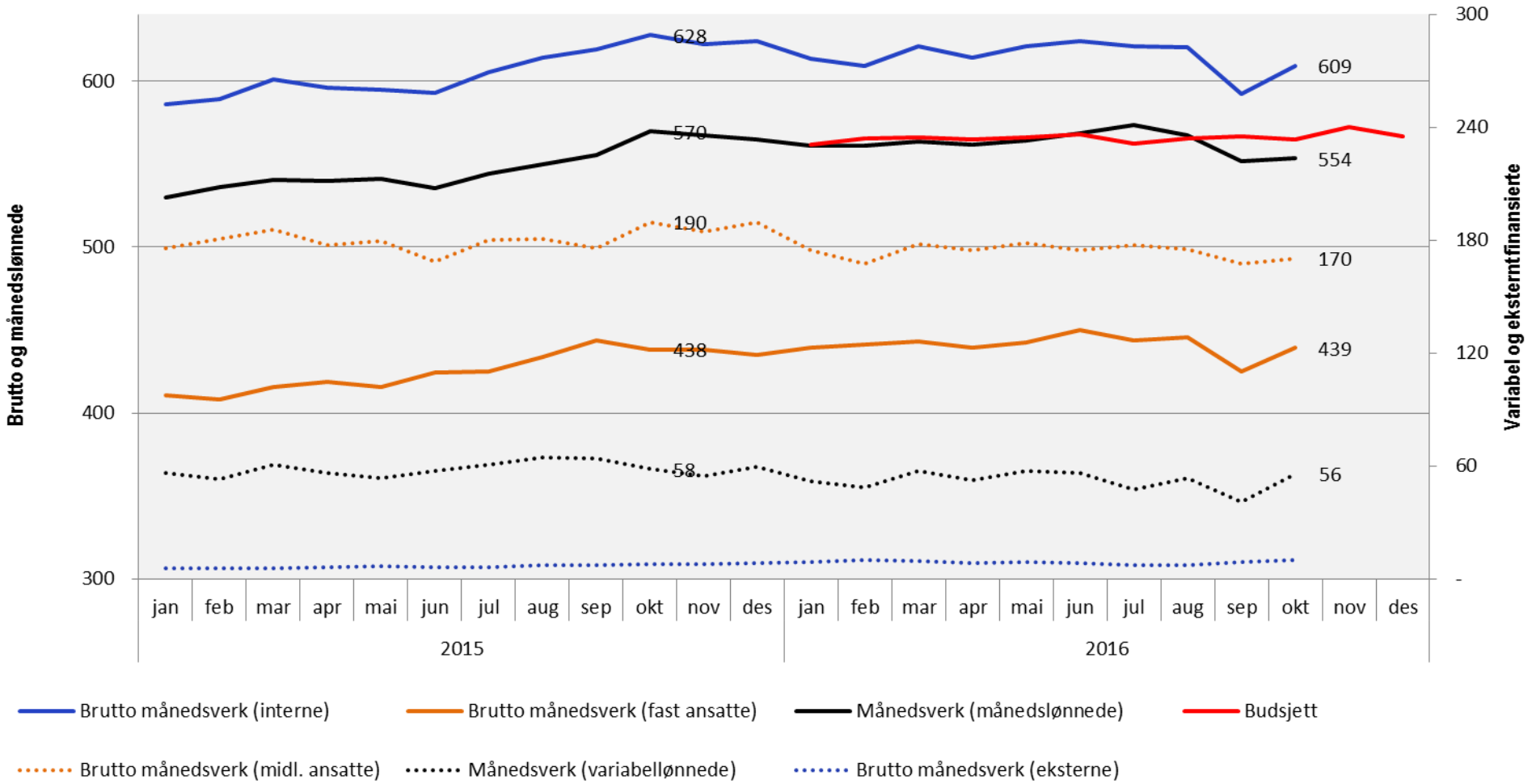
4.1 Bemanningsutvikling

NEVROKLINIKKEN



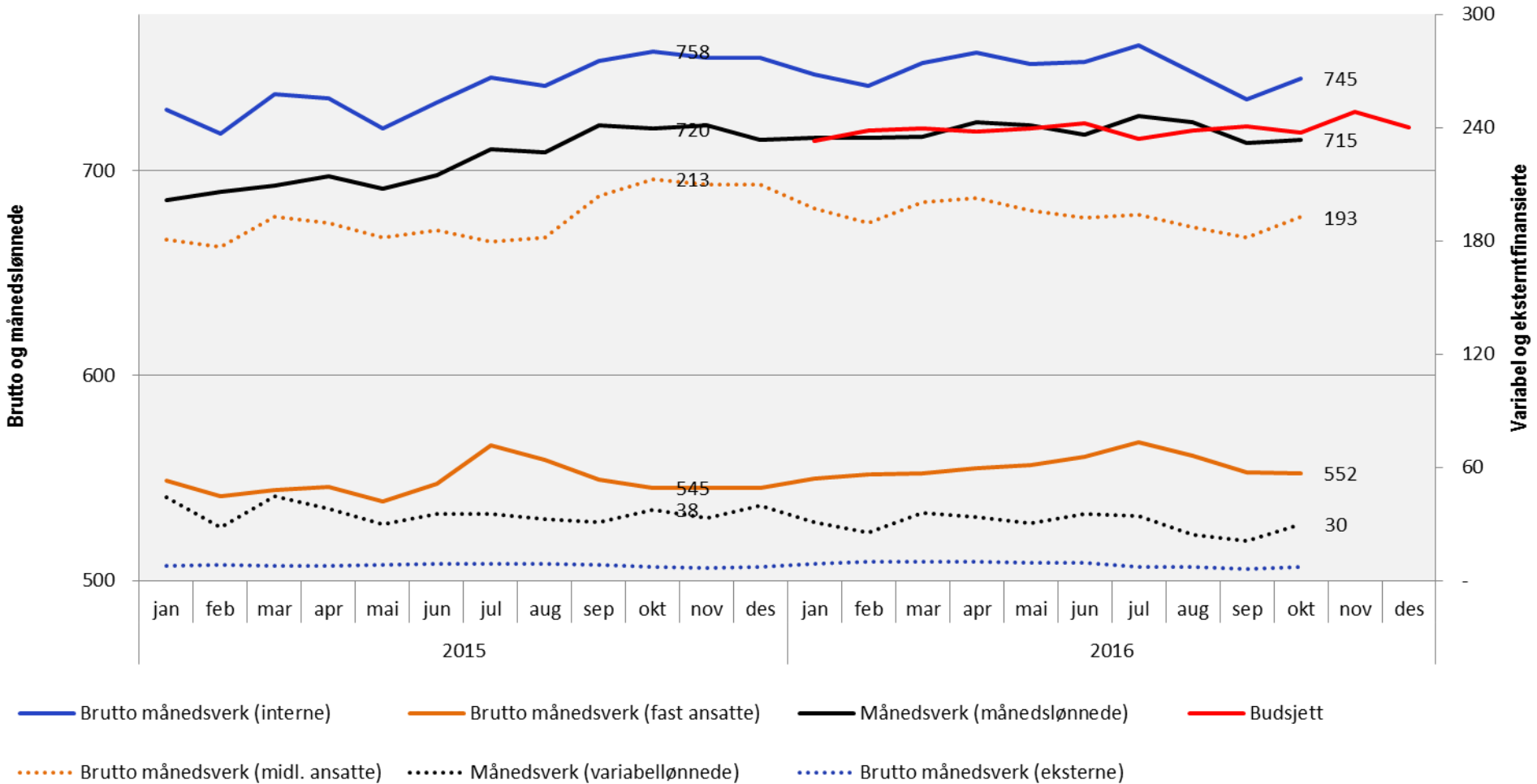
4.1 Bemanningsutvikling

ORTOPEDISK KLINIKK



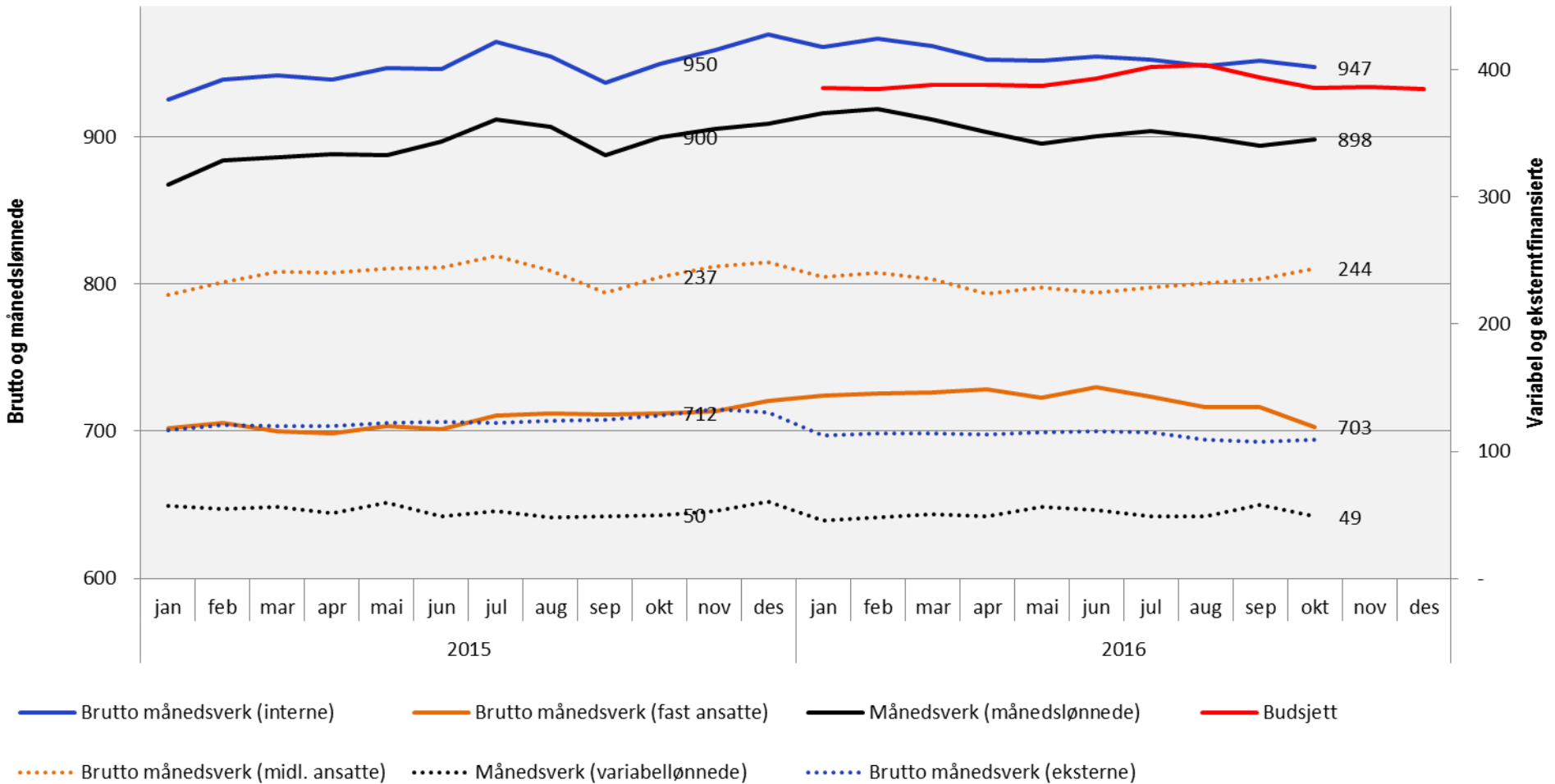
4.1 Bemanningsutvikling

HODE OG HALS KLINIKKEN



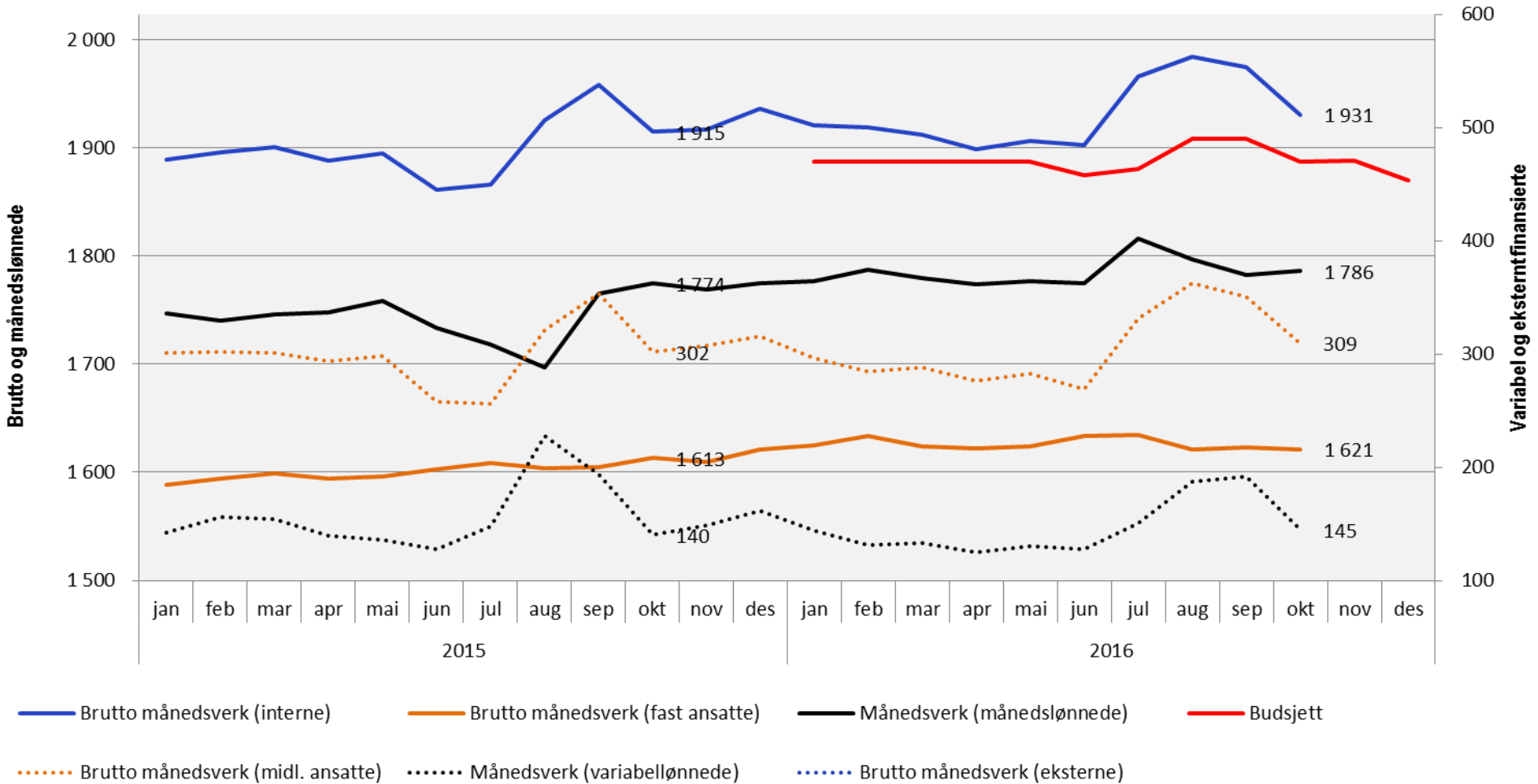
4.1 Bemanningsutvikling

BARNE- OG UNGDOMSKLINIKKEN



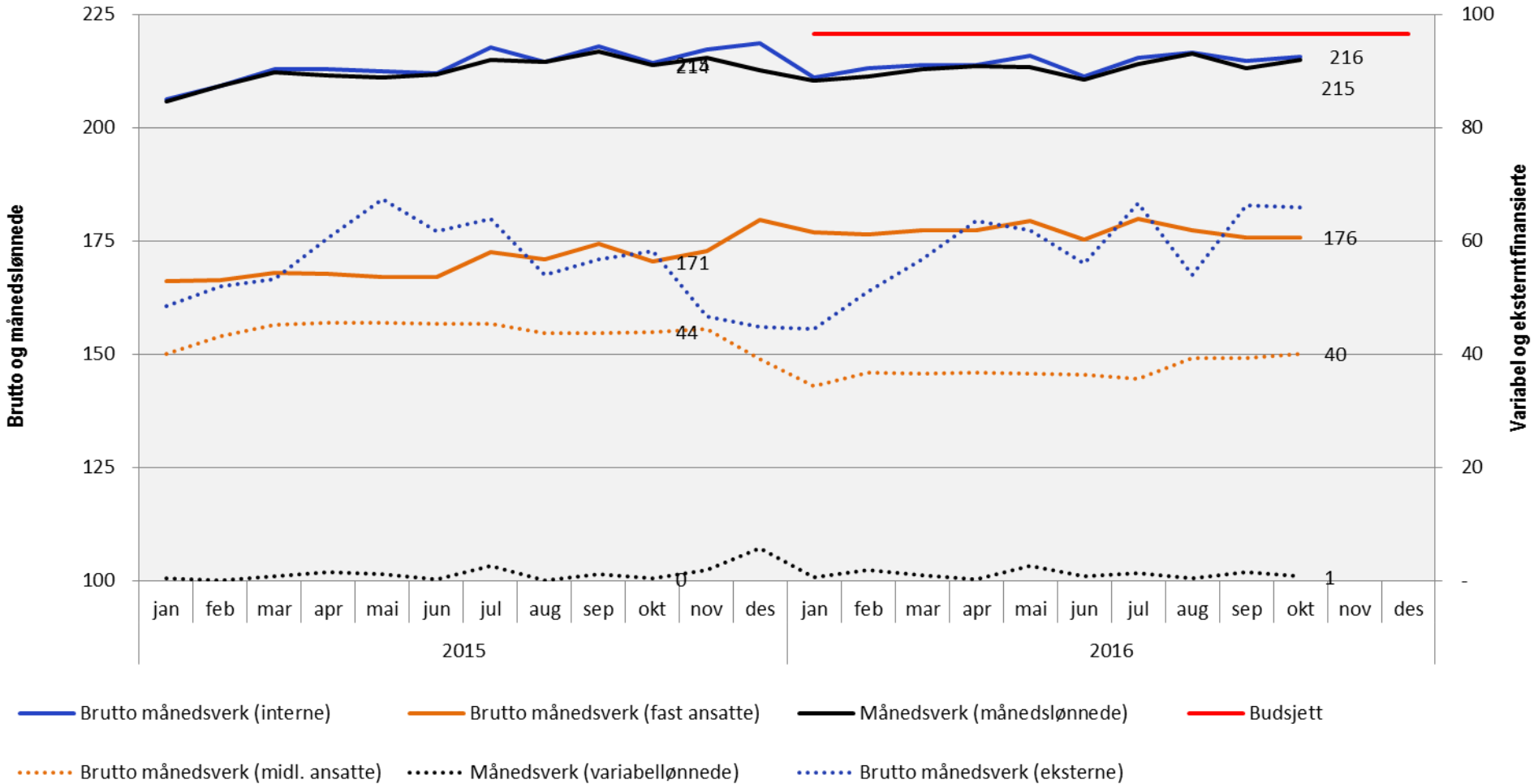
4.1 Bemanningsutvikling

OSLO SYKEHUSSERVICE



4.1 Bemanningsutvikling

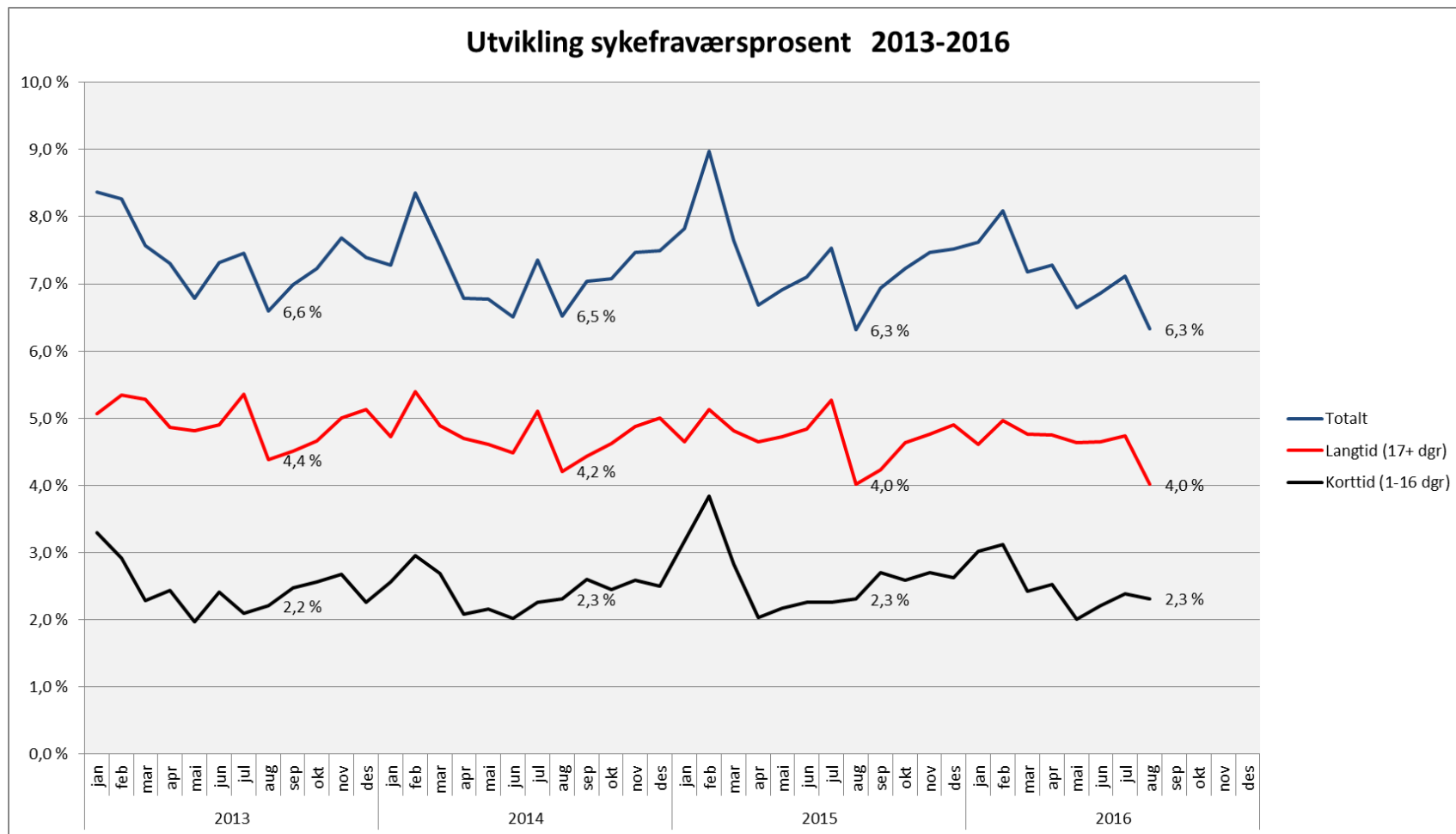
STA STAB



4.2 Andel deltid per klinikk

Deltid - fast ansatte - Totalt OKTOBER						
Klinikk	Antall ansatte	Hvorav deltid	Andel deltid	Gj.snittlig juridisk stillingsprosent	Korrigert andel deltid	Gj.snittlig korr. Stillingsprosent
AKU	1 631	365	22,4 %	97,4 %	10,1 %	97,9 %
PRE	687	85	12,4 %	99,4 %	8,6 %	99,7 %
PHA	1 933	456	23,6 %	93,2 %	15,8 %	93,9 %
MED	1 123	343	30,5 %	91,3 %	26,2 %	92,0 %
HLK	756	152	20,1 %	96,9 %	9,3 %	97,9 %
KIT	838	220	26,3 %	94,9 %	15,6 %	95,8 %
KLM	1 376	253	18,4 %	97,1 %	6,6 %	97,9 %
KRE	1 275	268	21,0 %	96,9 %	11,1 %	97,6 %
KRN	641	84	13,1 %	97,9 %	5,0 %	98,7 %
KVI	633	291	46,0 %	92,4 %	35,2 %	94,2 %
NVR	825	251	30,4 %	92,8 %	18,9 %	93,7 %
OPK	490	129	26,3 %	93,5 %	19,4 %	94,0 %
HHA	664	189	28,5 %	93,5 %	18,9 %	94,2 %
BAR	961	307	31,9 %	93,8 %	21,9 %	94,6 %
OSS	1 817	220	12,1 %	96,2 %	6,4 %	96,6 %
DST	221	17	7,7 %	98,6 %	4,1 %	99,0 %
OUS	15 912	3 629	22,8 %	95,9 %	14,0 %	96,6 %

4.3 Sykefravær



4.3 Sykefravær per klinikk

Sykefraværslengde per august 2016							
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	1,2	1,0	2,2	1,8	2,2	4,0	6,2
PRE	1,0	1,3	2,3	1,8	1,8	3,6	5,9
PHA	1,3	1,0	2,4	1,7	2,7	4,4	6,8
MED	1,0	0,9	1,9	1,6	1,9	3,5	5,4
HLK	0,9	0,9	1,8	1,9	1,6	3,5	5,3
KIT	1,1	0,9	2,0	1,4	2,1	3,5	5,5
KLM	1,2	1,2	2,4	1,5	2,4	3,9	6,3
KRE	1,1	0,9	1,9	1,3	1,9	3,3	5,2
KRN	1,8	0,8	2,7	2,2	1,9	4,1	6,8
KVI	0,8	1,5	2,3	1,7	3,2	4,9	7,2
NVR	1,0	1,1	2,0	1,6	2,3	4,0	6,0
OPK	1,2	1,1	2,3	1,3	1,8	3,2	5,5
HHA	1,2	1,5	2,7	1,1	2,3	3,4	6,1
BAR	0,9	1,5	2,4	2,4	2,4	4,8	7,1
OSS	1,5	1,7	3,2	2,3	3,0	5,3	8,5
DST	0,6	0,6	1,2	1,0	0,5	1,4	2,6
OUS	1,2	1,2	2,3	1,7	2,3	4,0	6,3

4.3 Sykefravær per klinikk

Sykefraværslengde per august 2016							
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	1,4	2,8	1,3	2,9	4,2	7,0
PRE	1,0	1,2	2,2	1,4	3,3	4,8	7,0
PHA	1,4	1,2	2,6	1,6	3,2	4,8	7,4
MED	1,2	1,2	2,4	1,4	2,4	3,9	6,2
HLK	1,1	1,2	2,3	1,4	3,3	4,6	6,9
KIT	1,3	1,1	2,4	1,5	3,0	4,5	6,9
KLM	1,3	1,2	2,5	1,4	2,6	4,0	6,5
KRE	1,2	1,0	2,1	1,1	2,5	3,7	5,8
KRN	1,7	1,1	2,9	1,7	3,3	5,0	7,8
KVI	1,0	1,3	2,2	1,3	3,6	4,9	7,2
NVR	1,1	1,1	2,1	1,3	3,2	4,5	6,6
OPK	1,1	1,1	2,2	1,4	4,1	5,5	7,7
HHA	1,5	1,3	2,8	1,5	3,6	5,1	7,9
BAR	1,1	1,1	2,2	1,7	4,4	6,1	8,4
OSS	1,5	1,7	3,2	1,6	3,9	5,5	8,7
DST	0,5	0,5	1,0	0,8	1,7	2,6	3,6
OUS	1,3	1,2	2,5	1,4	3,2	4,6	7,1

Definisjoner årsverksindikatorer

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

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 27. oktober 2016

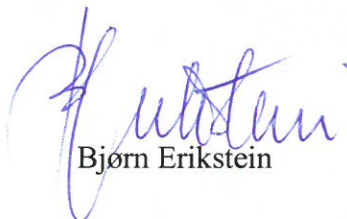
Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

SAK 65/2016 BUDSJETT 2017

Forslag til vedtak:

Styret tar sak om budsjett 2017 til orientering.

Oslo den 20. oktober 2016



Bjørn Erikstein

1. INNLEDNING

Denne saken gir en oppdatert status for behandling av budsjett 2017. Statsbudsjettet ble lagt frem den 6. oktober og oppdaterte vurderinger knyttet til inntekts- og aktivitetsforutsetninger for budsjett 2016 legges derfor frem i denne saken sammen med en ny vurdering av resultatkravet og finansiering av investeringer.

2. TIDLIGERE VEDTAK

Det ble fattet følgende vedtak i Oslo universitetssykehus HF i sak 53/2016 Budsjett 2017 den 29. september 2016:

Styret tar saken til orientering.

Det ble fattet følgende vedtak i Oslo universitetssykehus HF i sak 46/2016 Økonomisk langtidsplan 2017-2020 (36) og budsjett 2017 den 23. juni 2016:

Styret tar redegjørelsen om det videre arbeidet med oppfølging av økonomisk langtidsplan 2017-2020 til orientering. Styret ber om å bli orientert om fremdrift i møtet 27. oktober.

Det ble fattet følgende vedtak i Oslo universitetssykehus HF i sak 27/2016 Økonomisk langtidsplan 2017-2020 (36) den 28. april 2016:

- 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 nødvendige investeringer i bygg og medisinsk teknisk utstyr.*
- 3. Styret konstaterer at det fortsatt er en betydelig utfordring å gjennomføre driften slik at det oppnås en bærekraftig økonomisk utvikling de neste årene. Styret ber administrerende direktør om å forberede en sak til styremøtet 23. juni der arbeidet med effektivisering av driften konkretiseres ytterligere.*

3. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING

I arbeidet med budsjett 2017 er det klinikkenes hovedoppgave å oppnå en resultatforbedring fra 2016 til 2017, og helst ved at driften gjennomføres på en bedre og mer planlagt måte både for pasientene og medarbeiderne. Klinikken har levert en første vurdering av tiltaksområder for budsjett 2017. Tiltakene dekker imidlertid ikke den resultatforbedring som er nødvendig for å oppnå et resultatmål på 250 millioner kroner for 2017.

I statsbudsjettet foreslås underregulering av lønns- og priskompensasjon for den innsatsstyrte finansiering, samtidig viser resultat i inneværende år et avvik fra budsjett dersom gevinst fra eiendomssalg holdes utenfor. Resultatkravet for 2017 ble behandlet som del av økonomisk langtidsplan i mai i år og innebærer et mål om 250 millioner kroner i overskudd for 2017 fra 225 millioner kroner i 2016. I styrebehandlingen i mai ble styret orientert om forventet vekst i IKT-kostnader og

medikamentkostnader for 2017 budsjettet. Erfaringene fra andre sykehus er at det vil være svært krevende å oppnå den forbedring av driften fra ett år til et annet som det økonomiske resultatkravet innebærer.

Helseforetaket forventer å motta foreløpige inntektsrammer fra Helse Sør-Øst RHF den 1. november. Administrerende direktør vil forøvrig vise til at det fremdeles er flere viktige uavklarte forhold som påvirker basisrammen til Oslo universitetssykehus HF.

Administrerende direktør er tilfreds med at det i statsbudsjettet for 2017 er foreslått en videreføring av lånebevilgning til Oslo universitetssykehus HF til vedlikeholdsinvesteringer. Investeringene skal sikre aktiviteten og arbeidsmiljøet til nye eller totalrenoverte bygg vil kunne tas i bruk. Det arbeides med prioritering av investeringsformål innenfor investeringsrammen som ble satt av styret ved behandling av økonomisk langtidsplan.

4. SAKSFRAMSTILLING

4.1 Statsbudsjettet og inntekts- og aktivitetsforutsetninger for budsjett for Oslo universitetssykehus HF

Statsbudsjettet (Prop. 1S) ble lagt frem 6. oktober. Som nevnt ovenfor forventer helseforetaket å motta foreløpige inntektsrammer fra Helse Sør-Øst RHF den 1. november. Nedenfor redegjøres det for de viktigste forhold som fremkommer av statsbudsjettet og som innvirker på budsjettprosessen i Oslo universitetssykehus HF og enkeltforhold i statsbudsjettet der Oslo universitetssykehus HF er omtalt.

Ut over generell pris- og lønnsjustering foreslås det i statsbudsjettet 1 888 millioner kroner mer til drift (aktivitetsvekst) i alle helseforetakene. Veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering. Basisrammen til Helse Sør-Øst RHF øker med 709 millioner kroner til vekst.

Aktivitet

Forslaget til statsbudsjett legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen på opp mot 2,1 pst. For 2016 budsjettet var det budsjettert med 2,5 pst vekst. Regelen om at rusbehandling og psykisk helsevern hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikk videreføres.

Statsbudsjettet skal legge til rette for en vekst på 8,5 pst. innenfor offentlig poliklinisk aktivitet som omfatter laboratorier og radiologi. For pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering (ISF), legges det til rette for en vekst på om lag 1,5 pst. Aktivitet utover budsjettert aktivitet vil likevel utløse ISF refusjon.

For psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er det gitt føringer om vridning fra døgn/dag til poliklinikk innenfor psykisk helsevern.

DRG-vektendringer fra 2016 til 2017 og ISF for psykisk helsevern og TSB

Helsedirektoratet har den 18.oktober avholdt informasjonsmøte om foreløpig ISF regelverk for 2017. Det ble på dette møtet ikke presentert omfordelingseffekter mellom foretakene og det legges til grunn at det ikke vil bli vesentlige endringer

for 2017. En sikker vurdering av endringene er først på plass når første versjon av DRG-grupper 2017 er mottatt.

ISF innføres for poliklinisk aktivitet i psykisk helsevern og TSB fra 2017. Nasjonalt flyttes 1 175 millioner kroner fra HELFO i forbindelse med omleggingen. Av dette legges 969 millioner kroner til ISF-ordningen, de øvrige midlene legges til RHF'enes basisrammer. Endringen er forutsatt å være budsjettneøytral.

Pris- og lønnsjustering

Det er i statsbudsjettet lagt til grunn en pris- og lønnsvekst på om lag 2,6 pst. fra 2016 til 2017.

Enhetsprisen for DRG foreslås satt til 42 879 kroner. Ved fastsettelse av enhetsprisen er det lagt til grunn at enhetsprisen for 2016 var fastsatt 0,3 pst. for lavt. Enhetsprisen for 2017 er videre prisomregnet med 2,6 pst. og underregulert med 0,5 pst. (endret registreringspraksis) og til slutt redusert med 0,5 pst. knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Alle endringene er summert til 1,9 pst.

Egenandelene for lege- og psykologtjenester, poliklinisk helsehjelp, lab/røntgen, opphold ved opptreningsinstitusjoner, behandlingsreiser til utlandet, samt pasientreiser økes ikke i 2017. Helse Sør-Øst RHF får kompensert 30 millioner kroner i basisramme for manglende prisomregning av egenandeler.

For å stimulere til økt effektivisering er refusjonstakstene for offentlige og private laboratorie- og radiologi-tjenester underregulert med 1,5 pst., tilsvarende om lag 36 millioner kroner. Hensyntatt avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen tilsvarende 0,5 pst., blir reguleringen 0,6 pst.

Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform

Regjeringen forutsetter at alle statlige virksomheter gjennomfører årlige tiltak for å øke produktiviteten. For å gi insentiver til mer effektiv statlig drift og skape handlingsrom for prioriteringer innførte regjeringen i 2015 en avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform. Deler av gevinstene fra mindre byråkrati og mer effektiv bruk av pengene overføres i de årlige budsjettene til fellesskapet. Denne innhenting settes til 0,5 pst. av virksomhetenes driftsutgifter som for helseforetakene utgjør 712 millioner kroner i 2017. Alle regionale helseforetak stiller effektiviseringskrav. Investeringsbehovet i bygg, utstyr og IKT er fortsatt stort. Parallelt med avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen foreslår regjeringen derfor å tilføre vel 535 millioner kroner i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene i 2017 for å gi rom til bl.a. investeringer og anskaffelser. Dette legger til rette for at reformen ikke påvirker de regionale helseforetakenes muligheter til å investere i nytt utstyr og bygg i 2017. Reformen innebærer at bevilgningene til helseforetakene reduseres med netto om lag 177 millioner kroner.

Innføring av ordning med nøytral merverdiavgift for helseforetak

Denne reformen innføres fra 1.jan 2017. Ordningen omfatter drift, ikke investeringer. Basisbevilgningen til de regionale helseforetakene er som følge av

innføringen redusert med til sammen om lag 6,4 milliarder kroner. Trekket for HSØ RHF utgjør om lag 3,5 milliarder. Det legges opp til at ordningen skal være budsjettneutrale for staten i oppstartsåret, dvs. basistrekket skal tilsvare tilbakebetalt merverdiavgift.

Områder som omtales særskilt i statsbudsjettet og/eller vedrører Oslo universitetssykehus HF spesielt:

Samhandlingsreformen: Fra 1. januar 2017 har kommunene også en lovpålagt plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp for døgnopphold innen psykisk helse og TSB. Dette medfører et uttrekk fra basisrammen til Helse Sør-Øst RHF på i alt 47 millioner kroner. Midlene overføres kommunene.

Virksomhetsoverdragelse av rettsmedisinske fag: Det foreslås å flytte 143,3 millioner kroner knyttet til virksomhets-overdragelse av rettsmedisinske fag fra Folkehelseinstituttet til Helse Sør-Øst RHF ved Oslo universitetssykehus HF.

Narkolepsi hos barn: Det foreslås å videreføre tilskuddet på 3,4 millioner kroner i 2017.

Nasjonal koordineringsenhet for dom til behandling: Det foreslås å videreføre tilskuddet på 1,6 millioner kroner i 2017.

Skadelig bruk av doping: I 2016 fikk Helse Sør-Øst RHF 4,3 millioner kroner til å styrke kunnskapen om behandling av personer med skadelig bruk av doping. Det foreslås å videreføre tilskuddet med 4,4 millioner kroner i 2017.

Overføring av finansieringsansvaret for legemidler fra folketrygden til regionale helseforetak: Det foreslås at de regionale helseforetakene får overført finansieringsansvaret fra folketrygden for flere kreftlegemidler fra 1. mai 2017 med til sammen 585 millioner kroner. Kreftlegemidlene som foreslås overført er innenfor legemiddelgruppene antineoplastiske midler og andre immunosuppressiver. I tillegg foreslås det å overføre finansieringsansvaret for PAH-legemidler (Pulmonal arteriell hypertensjon) fra folketrygden til de regionale helseforetakene fra 1. januar 2017, med til sammen 145 millioner kroner.

Pusterom: Pusterom er aktivitetsrom hvor pasienter kan hente energi gjennom trening, avspenning, samtale eller avkobling. Midlene til Pusterom foreslås videreført i 2017.

Vardesentre: Vardesenteret er etablert av Kreftforeningen og Oslo universitetssykehus for å gi kreftrammede og pårørende et omsorgstilbud som møter dagens og framtidens behov for helhetlig kreftomsorg. Midlene til Vardesentre foreslås videreført i 2017

Felles pasientadministrative systemer: Det foreslås å flytte 11,6 millioner til Helse Sør-Øst RHF sin basisbevilgning, knyttet til konsekvensene av tidligere organisatoriske endringer ved Oslo universitetssykehus HF.

Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME): Det ble gitt et tilskudd på 1 millioner kroner til tematisk biobank for CFS/ME ved Oslo universitetssykehus, Aker i 2016. Det foreslås å videreføre tilskuddet med 1 millioner kroner i 2017.

Behandlingsreiser til utlandet: Behandlingsreiser til utlandet er et supplement til behandlingstilbud i Norge. Formålet med tilbudet er å gi bedret funksjon og livskvalitet for pasientgruppene som omfattes av ordningen, samt redusere symptomer forårsaket av sykdommen. Ordningen innebærer diagnosespesifikke behandlingstilbud i varmt og solrikt klima. Egenandelene økes ikke i 2017. Det foreslås bevilget 125,057 millioner kroner i 2017. Departementet vil høsten 2016 sende på høring forslag til forskrift om behandlingsreiser.

Kreftregisteret: Kreftregisteret er en del av Helse Sør-Øst RHF, og er organisert som en enhet under Oslo universitetssykehus HF. Formålet med Kreftregisteret er å redusere kreftsykdom gjennom å etablere viten og spre kunnskap til helsearbeidere og til landets innbyggere. Dette skjer gjennom registrering, forskning, rådgivning og informasjon. Kreftregisteret registrerer alle krefttilfeller samt en rekke forstadier til kreft i et landsdekkende register. Det foreslås et tilskudd på 110 millioner kroner i 2017.

Nasjonale kompetansetjenester: Det foreslås ingen nye nasjonale kompetansetjenester i 2017.

Nasjonale behandlingstjenester: Det foreslås ingen nye nasjonale behandlingstjenester i 2017.

Investeringslån: Oppgraderings- og vedlikeholds-investeringer ved Oslo universitetssykehus HF ble vedtatt med en øvre låneramme på 1,3 mrd. kroner. Det er i 2016 bevilget 315 millioner kroner til prosjektet. Det foreslås bevilget 340 millioner kroner i lån til prosjektet i 2017.

Kvalitetsbasert finansiering: Kvalitetsbasert finansiering innebærer at en andel av budsjettet gjøres avhengig av måloppnåelse på kvalitetsindikatorer. Nasjonalt er 530 millioner kroner trukket ut av helseregionenes basisrammer knyttet til kvalitetsbasert finansiering, dvs. samme nivå som i 2015 og 2016. Helse Sør-Øst RHF får trukket 285 millioner kroner, og får tilbakeført 287 millioner kroner som følge av kvalitetsscore, dvs. en positiv effekt på 2 millioner kroner. Tilsvarende for 2016 var en negativ effekt på 35 millioner kroner. Helse Sør-Øst RHF har prestert bedre på alle tre indikatorer (resultat, prosess og brukererfaringer).

Tiltak for barn og unge med ervervet hjerneskade: Det foreslås å omprioritere 13,7 millioner kroner. Forslaget omfatter tiltak på sykehusene som inngår i behandlingkjeden og eventuell medfinansiering av økte oppgaver for Sunnaas som behandlingsinstitusjon for barn med alvorlige ervervede hjerneskader.

Oppdateringer i inntektsmodellene i Helse Sør-Øst

Styret ble i sak 53-2016 Budsjett 2017 orientert om Oslo universitetssykehus HF dialog med Helse Sør-Øst RHF om finansiering for 2017. Sakene forventes avklart til foreløpig rammetildeling fra Helse Sør-Øst RHF den 1. november.

Utfallet av disse sakene utgjør en vesentlig premiss for planlegging av budsjett 2017.

4.2 Pensjons- og IKT- kostnader i Oslo universitetssykehus HF

Pensjons- og IKT- kostnader utgjør en stor andel av de totale kostnadene til Oslo universitetssykehus, henholdsvis 10 pst. og 5 pst. av totalt budsjett i 2016.

Foreløpige vurderinger knyttet til disse kostnadene blir derfor særskilt omtalt.

Pensjon

Pensjonsleverandørene har beregnet pensjonskostnaden for 2017. Det er benyttet samme økonomiske forutsetninger som ble lagt til grunn ved beregning av pensjonskostnaden som regnskapsføres for 2016. Beregningene viser en reduksjon av pensjonskostnaden for Oslo universitetssykehus HF fra 2 243 millioner kroner for 2016 til 2 175 millioner kroner for 2017.

Denne beregnede pensjonskostnaden for 2017 inkluderer foreløpig ikke ansatte som omfattes av virksomhetsoverdragelse av fagområdet rettsmedisinske fag fra Folkehelseinstituttet til Oslo universitetssykehus HF.

IKT tjenestekostnader fra Sykehuspartner HF

Hoveddelen av IKT-kostnadene til Oslo universitetssykehus HF er basert på leveransene fra sykehuspartner og deres tjenestekostnader. Ved utarbeidelsen av økonomisk langtidsplan 2017-2020 var det en dialog med Sykehuspartner om forventede tjenestekostnader for 2017. Forventningen var vurdert til å utgjøre en økning på 80 mill kroner fra budsjett 2016 til budsjett 2017. Det er foreløpig ikke mottatt utkast til budsjett 2017 fra Sykehuspartner. Når Sykehuspartner oversender utkast vil dette bli kvalitetssikret i dialog mellom foretaket og Sykehuspartner.

Kostnader til IKT blir vesentlig lavere i 2016 enn det som var budsjettet. Prognostisert avvik er på mellom 80 og 90 mill kroner. Avviket skyldes i hovedsak forhold som ikke kan videreføres til 2017. Oslo universitetssykehus HF må derfor påregne en betydelig økonomisk utfordring som følge av økte IKT kostnader fra resultatet i 2016 til budsjett for 2017.

4.3 Investeringsbudsjett 2017

Som omtalt i styresak 27/2016 Økonomisk langtidsplan 2017-2020 ble det utarbeidet et fireårig langtidsplanbudsjett for 2017-2020. Dette ble oversendt til Helse Sør-Øst RHF. Tabellen nedenfor viser investeringsbudsjettet fordelt på finansieringskilde og type investering (medisinskteknisk utstyr (MTU), bygg, annet og IKT) med beløp som ble lagt til grunn i økonomisk langtidsplan. IKT-budsjettet i denne tabellen inneholder bare investeringer som gjennomføres i egen regi i Oslo universitetssykehus HF. Det vil i tillegg blir gjennomført omfattende IKT-investeringer i regi av Helse Sør-Øst RHF i 2017. Avskrivningskostnadene for disse investeringene inngår i tjenesteavtalen med Sykehuspartner HF.

Investeringsbudsjett (ekskl. byggelånsrenter)		Budsjett 2016	ØLP 2017
<i>(Beløp i millioner kroner)</i>			
Investeringer innenfor ordinær likviditetstildeling (basis og overskudd)	MTU	222	121
	Bygg	111	228
	Annet	32	36
	Egenkapital pensjon	45	50
	IKT	35	35
	SUM	444	471
Fase 1 Omstilling (1 575 mill kroner)	MTU	35	0
	Bygg	128	172
	Annet		0
	SUM	163	172
Fase 2 Tilsynsavvik og oppgraderinger (1 806 mill kroner)	MTU		0
	Bygg (tilsyn og infr.)	450	451
	Annet		0
	SUM	450	451
Finansiert med	Lån (70 pst.)	315	316
	Basisfordring	135	135
Fase 3 Konseptfase	MTU		4
	Bygg		20
	Annet		0
	SUM	0	24
Nye finansielle leieavtaler	MTU	118	284
	Bygg		220
	Annet (ambulanser)	38	27
	SUM	156	531
TOTALT	MTU	375	409
	Bygg	689	1 091
	Annet	70	63
	Egenkapital pensjon	45	50
	IKT	35	35
	SUM	1 213	1 648

Tabell 1: Investeringsbudsjett 2016 og ØLP 2017 fordelt på finansieringskilder og formål. Regionale IKT-investeringer inngår ikke i tabellen.

For budsjett 2016 ble det planlagt for 1 213 mill kroner i investeringer. Investeringsplanene forutsatte overskudd i henhold til budsjett med 225 mill kroner. Som følge av usikkerhet ble 100 mill kroner i investeringer utsatt. Det er imidlertid under gjennomføring salg av eiendom som kan medføre at årets resultat blir om lag som budsjettet. Det vil derfor bli vurdert å disponere hele eller deler av denne likviditeten til å finansiere investeringer i 2017.

I økonomisk langtidsplan 2017-2020 ble det lagt til grunn anskaffelse av modulbygg til 220 millioner kroner finansiert med finansiell leie. I styremøte 29. september orienterte administrerende direktør om at Oslo universitetssykehus HF har valgt å avbryte anskaffelsen. Oslo universitetssykehus HF er inne i en prosess der hele arealsituasjonen på Ullevål sykehus gjennomgås på nytt med flere mulige

tiltak, og anskaffelsen vil derfor bli tatt ut av forslaget til investeringsbudsjett for 2017.

Oslo universitetssykehus HF planlegger investeringene i 2017 med i utgangspunktet de investeringsnivåer og forutsetninger for finansiering som ble presentert for styret i styresak 27/2016. Det vil imidlertid bli endringer som følge av modulbygg, omdisponering av utsatte investeringer fra 2016 til 2017 og investeringer knyttet til virksomhetsoverdragelse av rettsmedisinske fag.

Oslo universitetssykehus HF vil avklare foretakets investeringsramme for 2017 med Helse Sør-Øst RHF. Finansieringen av investeringsbudsjettet er i hovedsak basert på:

- egen likviditet som del av basisrammen fra Helse Sør-Øst RHF
- overskudd
- lån fra Helse- og Omsorgsdepartementet
- trekk på basisfordringen foretaket har på Helse Sør-Øst RHF
- salg av eiendom
- finansiell leie

Styret vil bli forelagt et endelig forslag til finansiering og fordeling av investeringsbudsjettet i MTU, bygg, annet og IKT til styremøtet den 15. desember.

4.4 Vurdering av utfordringsbildet for budsjett 2017 og status for arbeidet med resultatforbedring i Oslo universitetssykehus HF

Som følge av en svakere gjennomføring av driften hittil i 2016 enn lagt til grunn i budsjettet er den økonomiske driftsutfordringen i budsjett 2017 høyere enn det som forventes som ett årlig krav til effektivisering i langtidsplanperioden. Kravet til forbedring av resultatene i klinikk vurderes nå til om lag 3 pst av budsjettet.

Klinikkene er nå i prosess med utarbeidelse av planer for å bedre resultatene. Det har vært en foreløpig rapportering fra klinikkene den 12. oktober. Det er foreløpig ikke lagt tilstrekkelige planer som oppfyller kravet til resultatforbedring på 3 prosent.

Det avkreves derfor ytterligere tiltak fra klinikkene i forhold til det som nå er lagt fram. Klinikkene må også kvalitetssikre forslag til tiltak i forhold til mulighet for gjennomføring i 2017. Klinikkene avleverer sine budsjetter ultimo november.

Styret er tidligere blitt forelagt planene for organisering av sykehusovergripende tiltaksområder. Prosjekter er under etablering, men oppstart er noe forsinket som følge av streiken.

4.5 Tidsplan for budsjett 2017 i forhold til styret i Oslo universitetssykehus HF

I styremøte 15. desember fremlegger administrerende direktør forslag til vedtak om investerings- aktivitets- og driftsbudsjett.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 27. oktober 2016

Saksbehandler: Direktør Oslo sykehusservice

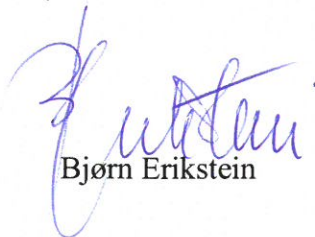
Vedlegg:

SAK 66/2016 KJØP AV VASKERITJENESTER

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til etterretning.

Oslo, den 20. oktober 2016



Bjørn Erikstein

Sammendrag

Situasjonen for vask av tekstiler har tidligere vært behandlet i styret i september 2015 (sak 62/2015), januar 2016 (sak 11/2016) og september 2016 (sak 58/2016).

Oslo universitetssykehus bruker om lag 15 tonn tekstiler daglig. Av dette blir to tredjedeler vasket i helseforetakets vaskeri og en tredjedel av en ekstern leverandør. Helseforetakets vaskeri er nedslitt og lite egnet til formålet. Produksjonen preges av underkapasitet og driftsbrudd. Dagens avtale om kjøp av vaskeritjenester er utløpt, og Oslo universitetssykehus er i siste del av en anbudskonkurranse om en ny avtale om kjøp av tjenester for det samme tekstilvolumet som i dag, inkludert opsjon på vask av større volum.

I denne saken gjøres det nærmere rede for beslutningen om å benytte muligheten til å få levert tekstilvasken fra ekstern leverandør og redusere produksjonen i eget vaskeri.

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Rene tekstiler til pasienter og medarbeidere er nødvendig for pasientbehandlingen og sykehusdriften generelt. Det nedslitte vaskerianlegget i helseforetaket gir økende risiko for mangel på tekstiler til driften. Det krever betydelige utbedringer av bygning og utskiftning av teknisk utstyr for å sikre en stabil leveransesituasjon fra vaskeriet.

I ny avtale om kjøp av vaskeritjeneste er det lagt inn mulighet til å øke volumet slik at Oslo universitetssykehus kan kjøpe vask av tekstiler som i dag utføres i vaskeriet. Flere forhold taler for at Oslo universitetssykehus skal benytte muligheten til å kjøpe vaskeritjenesten også for det tekstilvolumet som i dag vaskes i vaskeriet.

Oslo universitetssykehus har gode erfaringer med kjøp av vaskeritjenester. Prisen på ekstern tøyvask er konkurransedyktig med kostanden i eget vaskeri. Med innføringen av ordning for nøytral merverdiavgift i helseforetak fra 2017 vil kjøp av vaskeritjenester bli 20 prosent billigere. Det er ikke fremtidsrettet å gjøre store investeringer i dagens vaskeri. Et eventuelt nytt vaskeri bør vurderes i sammenheng med utviklingen av fremtidens Oslo universitetssykehus. Med det nedslitte og ustadige utstyret er arbeidssituasjonen for de ansatte i vaskeriet ikke tilfredsstillende.

Oslo universitetssykehus vil derfor utløse opsjon på vask av personaltøy fra og med 1. januar 2017, og opsjonen på det øvrige volumet fra og med 1. juni 2017.

I forbindelse med bortfall av oppgaver for vaskeriet vil de berørte ansatte få oppfølging og tilbud om andre oppgaver i helseforetaket.

SaksfremstillingDagens ordning

Vaskeriet ved Oslo universitetssykehus er lokalisert i en eldre teglsteinsbygning på Ullevål sykehus. Vaskeriet utfører to tredjedeler av vaskerioppgavene ved

helseforetaket, målt i antall tonn. Vaskeriet leverer arbeidstøy og pasienttekstiler til Ullevål sykehus, Aker sykehus, Radiumhospitalet, Dikemark sykehus, Gaustad sykehus, Mortensrud, Legevakten (Storgata), Oslo kommune (rusomsorg o.a.) og sykehusapoteket ved Ullevål sykehus. Det resterende volumet, det vil si all smittevask for sykehuset, vask av arbeidstøy og pasienttekstiler for Rikshospitalet og sykehusapoteket ved Rikshospitalet, blir utført av ekstern leverandør. Helseforetakets vaskeri har ikke kapasitet til å vaske mer enn i dag og heller ikke tekniske forutsetninger for å kunne ta smittevask. Intern distribusjon av tekstiler er for alle lokalisasjoner vaskeriet sitt ansvar. Alt tøy eies av Oslo universitetssykehus.

Utfordringer i tekstilvasken

Vaskeriet er gammelt, nedslitt og lite egnet til formålet. Produksjonen preges av underkapasitet og driftsbrudd som følge av gjentagende svikt i teknisk maskineri og logistikkproblemer. Ved stans på vaskerør må vaskeriet utvide produksjonstid for å ta igjen det tapte volumet. Ved driftsstans for en brettmaskin kan det ta uker å få skaffet nødvendige deler og få reparert utstyret. I tillegg til kostnadene for reparasjon og vedlikehold, medfører dette ekstra manuelt arbeid, som igjen fører til ekstra belastning på de ansatte. Avbrudd og maskinstans fører også til støttekjøp av vaskeritjenester.

Stadige driftsbrudd berører ansatte. Det medfører økende forventning til å jobbe utover normal arbeidstid, økt antall arbeidstimer, og økt press for å produsere mer på kortere tid. Det kan også nevnes at de nåværende fysiske forhold på vaskeriet, særlig knyttet til ventilasjon er langt fra tilfredsstillende, noe som utgjør en ekstra belastning for de ansatte, spesielt om sommeren.

Det kreves investeringer i utstyr og areal om vaskeriet skal opprettholde nødvendig leveransestabilitet i fremtiden. Behovet for utskiftning av større deler av maskinparken og vedlikeholdsetterslepet på arealer er frem til 2025 estimert til en total kostnad på 100 millioner kroner.

I tillegg forventes det at Oslo universitetssykehus i 2030 vil ha behov for å vaske 20 % mer tekstiler enn i dag.

Vurdering av mulighetene for fremtidig håndtering av tekstilvask

Behovet for investeringer i vaskeriet vil øke frem til en mer permanent løsning for tekstilvask er på plass. Oslo universitetssykehus har mange prioriterte investeringsoppgaver og en presset likviditet. Det gjør det nødvendig å bruke helseforetakets investeringsmidler på best mulig måte.

En oppgradering av dagens vaskeri vil ikke nødvendigvis være den beste plasseringen for fremtiden. Det vil ta tid å realisere et eventuelt nytt permanent vaskeri på en annen lokalisasjon.

Kjøp av vaskeritjenesten eksternt vil i liten grad kreve investeringer gjennomført av Oslo universitetssykehus.

For å sikre helseforetakets behov for leveranser av rene tekstiler, ble en arbeidsgruppe i 2014 gitt i oppgave å utrede og vurdere løsninger for tekstilvask. Gruppen var sammensatt av representanter fra fagområdet, vernetjenesten, tillitsvalgte og ledere i Oslo sykehusservice. Utredningen viste at prisen på kjøp av vaskeritjenester eksternt inklusive merverdiavgift var konkurransedyktige med kostnad ved internt vaskeri. Gjennomsnittskostnad per kilo tekstil i vaskeriet ble beregnet til kr 19,60. Fra eksternt leverandør var prisen kr 19,70 per kilo inkludert merverdiavgift. Fra 2017 innføres det nøytral merverdiavgift for drift i helseforetak. Det betyr at det helseforetaket vil få refundert merverdiavgift ved kjøp fra eksternt leverandør. Uten et 25 prosent påslag i merverdiavgift blir prisen kr 15,70 per kilo. Kjøp av produksjonsvolumet på 2575 tonn per år som produseres i vaskeriet vil gi en årlig besparelse på om lag 10 millioner kroner for helseforetaket.

Vurdering av ytterlig eksternt kjøp

Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Spesialsykehuset for epilepsi har ikke hatt egne vaskerier. Aker sykehus la ned sitt vaskeri i 2004. I Helse Sør-Øst er det bare Sykehuset innlandet og Akershus universitetssykehus som har egne vaskerier. I regionen for øvrig og i landet ellers har de fleste sykehus, med Helse Bergen som det største unntaket, avtaler med kommersielle vaskerier.

Erfaringene med eksternt leverandør har vært gode. Oslo universitetssykehus sine krav til kvalitet og leveransesikkerhet ivaretas i dag tilfredsstillende, og det er utvist god fleksibilitet ved endrede behov. Det er flere leverandører i markedet som håndterer tekstiler fra andre sykehus, hoteller og andre kunder. Kjøp av tekstilvask vil foregå gjennom åpen anbudskonkurranse og anses som den sikreste måten for å oppnå konkurransedyktige priser. Sånn sett er det liten økonomisk risiko forbundet med dette alternativet.

På denne bakgrunn er det vanskelig å prioritere investeringer i eksisterende vaskeri, foran andre investeringsbehov til bygg, medisinsk-teknisk og annet utstyr. Det er avgjørende å ha en løsning som gir sikre leveranser av rene tekstiler til en konkurransedyktig pris i de nærmeste 5-10 årene. Oslo universitetssykehus har derfor valgt å legge ut en anbudsforespørsel som gir mulighet for å gå videre med en løsning for fremtidig vaskeritjeneste basert på kjøp av tjenestene fra eksternt leverandør, men hvor helseforetaket fortsatt skal ha ansvar for intern distribusjon og eierskap til tekstilene. Løsningen stiller Oslo universitetssykehus fritt til på et senere tidspunkt å legge et vaskeri inn i sine utbyggingsplaner for nye bygg.

Anbudskonkurranse

Kontraktperioden for eksisterende avtale om kjøp av vaskeritjenester er utløpt, men har vært forlenget inntil anbudskonkurranse om vaskeritjenester for Oslo universitetssykehus for dagens volum med opsjon på øvrig volum nå er gjennomført. Oslo universitetssykehus har til hensikt å inngå kontrakt med den av tilbyderne som leverte det økonomiske sett gunstige tilbudet over kontraktperioden lengde (2+1+1 år). Kontrakten er planlagt signert og gitt virkning fra og med 1. november 2016 og omfatter det samme volumet som til nå er vasket eksternt. Ut fra hensynet til økende risiko for sviktende leveransesikkerhet ved eget vaskeri planlegges det å utløse opsjon på vask av

personaltøy fra og med 1. januar 2017 samt at, opsjonen på det øvrige volumet kan utløses fra og med 1. juni 2017.

Ivaretagelse av de ansatte

De ansattes situasjon har vært vurdert i denne prosessen. I tråd med konklusjonene etter drøfting med tillitsvalgte, ønsker ledelsen å tilby alternativt arbeid i Oslo sykehuservice til de medarbeiderne som blir direkte berørt av at selve virksomheten avvikles. Tilhørighet til helseforetaket er en uttrykt trivselsfaktor for de vaskeriansatte, og det er igangsatt ulike prosesser for å sikre rett bemanning og ivareta medarbeiderne på best mulig måte. Det legges opp til at ingen ansatte skal miste sitt ansettelsesforhold, og arbeidet for å ivareta dette er godt i gang.

Av til sammen 62 ansatte ved vaskeriet som er direkte berørt av prosessen (57 medarbeidere og 5 ledere), skal 46,5 årsverk inn i andre stillinger. Oppgaver som reparasjon og distribusjon av tøy skal fortsatt utføres i egen regi. Kjøp av personaltøysegmentet fra 1. januar 2017 berører 14,5 årsverk og disse velges etter hvem som frivillig ønsker seg over i annen stilling. De øvrige medarbeidere som blir berørt fra 1. juni 2017 vil innen den tid gradvis bli innplassert i stillinger i helseforetaket. Innkjøp og lagerhold av nytt tøy, intern distribusjon av rent tøy og innsamling av skittent tøy skal fortsatt være en intern oppgave.

Med mål om at medarbeiderne skal føle seg ivaretatt, og at innplasseringene oppleves riktige, følges en handlingsplan med ulike tiltak rettet mot dette. Det er dedikert en HR-ressurs i Oslo sykehuservice som bistår de som eventuelt ønsker veiledning i jobbsøking og vurdering av alternative jobbmuligheter. Det foretas individuelle kartleggingssamtaler med hver enkelt, og det er gjennomført møter mellom arbeidsgiver, aktuelle tillitsvalgte og vernetjenesten. I all hovedsak er det gitt tilslutning til denne løsningen.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 27. oktober 2016

Saksbehandler: Direksjonssekretær

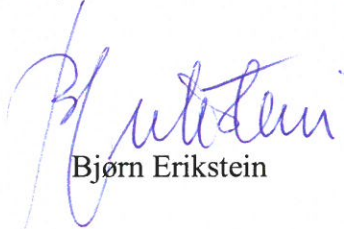
Vedlegg: Utkast til avtale om virksomhetsoverdragelse av fagområdet Rettsmedisinske fag fra Folkehelseinstituttet til Oslo Universitetssykehus HF

**SAK 67/2016 VIRKSOMHETSOVERDRAGELSE AV FAGOMRÅDET
RETTSMEDISINSKE FAG FRA
FOLKEHELSEINSTITUTTET TIL OSLO
UNIVERSITETSSYKEHUS HF**

Forslag til vedtak:

- 1. Styret slutter seg til avtale om virksomhetsoverdragelse av området Rettsmedisinske fag fra Folkehelseinstituttet til Oslo universitetssykehus HF.*
- 2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å slutføre og signere avtalen om virksomhetsoverdragelse.*

Oslo, den 20. oktober 2016



Bjørn Erikstein

1. Bakgrunn og sammendrag

Regjeringen besluttet i mai 2016 å overdra området Rettsmedisinske fag fra Folkehelseinstituttet til Helse Sør-Øst RHF ved Oslo universitetssykehus HF jf. proposisjon nummer 122 S (2015-2016). Den nye organiseringen skal tre i kraft fra 1. januar 2017.

Foretaksrådet i Oslo universitetssykehus vedtok den 24. juni 2016 at helseforetaket skal forberede og bidra til gjennomføringen av virksomhetsoverdragelsen i nært samarbeid med Folkehelseinstituttet og Helse Sør-Øst RHF. Folkehelseinstituttet har fått tilsvarende oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i brev av 13. mai 2016. Oslo universitetssykehus og Folkehelseinstituttet har etablert en felles prosess for en omforent og koordinert planlegging og gjennomføring av oppdraget.

Styret er tidligere orientert i sak 39/2016 den 25. mai og 58/2016 den 29. september.

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

2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Rettsmedisin har vært en del av virksomheten ved sykehuset, fra 1938 organisert som et eget universitetsinstitutt. Etter at den rettsmedisinske virksomheten ble samlet under Folkehelseinstituttet i 2011, organiseres den nå i Oslo universitetssykehus HF.

Området Rettsmedisinske fag overføres vederlagsfritt som en pågående virksomhet, inneholdende ansatte, eiendeler, avtaler og så videre som er knyttet til virksomheten. Virksomheten overføres samlet, og vil fortsette på samme steder. Selve overføringen endrer ikke virksomhetens kapasitet og kvalitet. Rettsmedisin er rettet mot rettspleien og er ikke pasientrettet. Overføringen påvirker ikke pasientbehandlingen i sykehuset.

Overtakelsen av området Rettsmedisinske fag gir imidlertid positive muligheter og er en fortsettelse av et allerede langvarig faglig samarbeid med flere miljøer i Oslo universitetssykehus. Virksomheten blir organisert som en egen avdeling i Klinikk for laboratoriemedisin. Den organisatoriske plasseringen er valgt ut fra muligheten for faglig samarbeid og samhandling både innen forskning, utvikling og utdanning/undervisning, samt samarbeid om utvikling på teknologisiden.

Ansatte overføres 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.

Overdragelsen gjennomføres i en bredt anlagt og koordinert samarbeidsprosess mellom Folkehelseinstituttet og Oslo universitetssykehus. Ansatte holdes orientert. Tillitsvalgte deltar i prosessen og er informert og involvert sammen

med verneombud. Helse Sør-Øst RHF og Helse- og omsorgsdepartementet er informert om prosessen.

Det er små endringer for driften og begrenset risiko i forbindelse med virksomhetsoverdragelsen som sådan. Identifiserte risikoer er i hovedsak knyttet til IKT-integrering og økonomi. Dette er tidlig meldt til Helse Sør-Øst RHF og Helse- og omsorgsdepartementet.

Det arbeides med å etablere virksomheten i Rettsmedisinske fag på Oslo universitetssykehus sine IKT-systemer. Både maskinvare og programvare må byttes for å tilfredsstill standarden i Helse Sør-Øst. En del spesialprogrammer i virksomheten er utdatert og trenger nødvendig oppgradering. Gjennomføringen av IKT integreringen vil pågå inn i 2017. Nødvendige IKT-tiltak for at Rettsmedisinske fag skal kunne fungere som del av Oslo universitetssykehus vil være på plass til overdragelsen 1. januar 2017. På grunn av omfang av IKT-integreringen og den tekniske standarden på flere av IKT-løsningene, er det risiko knyttet til kostnader og gjennomføring av IKT-integreringen.

I statsbudsjettet får Oslo universitetssykehus overført Rettsmedisinske fags del av Folkehelseinstituttets rammefinansiering. Overføringen innebærer imidlertid en overgang fra statlig økonomiforvaltning til regnskapsføring etter regnskapsloven. Etter regnskapsloven skal det føres et balanseregnskap, slik at pensjon og kapitalslit skal føres i regnskapet. Disse endringene øker kostnadene i Oslo universitetssykehus sitt regnskap i forhold til det som i dag legges til grunn hos Folkehelseinstituttet. I tillegg påløper det noen kostnader som ikke ligger i Folkehelseinstituttets budsjett som for eksempel medlemskap i arbeidsgiverforening, lønnskjøring i Sykehuspartner, forsikring med mer. Det påløper også engangskostnader knyttet til IKT-integreringen av virksomheten i helseforetaket.

Det er foreløpig usikkerhet om størrelsen på de ekstra kostnadselementene. Ut fra den informasjonen som foreligger anslås dette til en driftskostnad ut over det Oslo universitetssykehus mottar i økt rammetilskudd på et sted mellom 30 og 60 millioner kroner. Hoveddelen av kostnadsøkningen er avskrivingskostnader, pensjonspremie og økte IKT-driftsutgifter. I samarbeid med Helse Sør-Øst RHF arbeides det med å redusere den økonomiske merbelastningen for helseforetaket.

Administrerende direktør anbefaler styret å gi sin tilslutning til avtalen om virksomhetsoverdragelse av virksomheten i området Rettsmedisinske fag.

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

3. Saksfremstilling

Kort om virksomheten i fagområdet Rettsmedisinske fag

Rettsmedisin er ikke pasientrettet. Det er en fellesbetegnelse for ulike medisinske fagspesialiteter innen medisinsk kunnskap anvendt på spørsmål av

rettslig betydning. Rettsmedisinske sakkyndigerklæringer brukes i den sivile og strafferettslige rettspleien.

Virksomheten i fagområdet Rettsmedisinske fag deles i tre områder:

1. Rettspatologi som er betegnelsen på rettsmedisinske likundersøkelser. I dette virksomhetsområdet ligger også klinisk rettsmedisin som er betegnelsen på rettsmedisinske undersøkelser og sakkyndiguttalelser som gjelder levende personer.
2. Rettsgenetikk som er betegnelse for sporundersøkelser, f.eks. DNA-analyser av biologiske spor i straffesaker, og ved nedstammings spørsmål i sivile saker (farskapssaker, immigrasjonssaker).
3. Rettstoksikologi som innebærer analyser av biologiske prøver og fortolking av disse – oftest i strafferettslig sammenheng – ved sakkyndige likundersøkelser, ved mistanke om bilføring i påvirket tilstand, i narkotikasaker og ved kontroll i fengsler.

Tjenesteproduksjon og oppdrag

Rettsmedisinske fag utfører tjenester på oppdrag fra andre. Oppdragsgivere for virksomheten omfatter politi, domstoler, kriminalomsorgsvesen, utlendingsdirektoratet, NAV, sosial- og barneverntjeneste, kommersielle bedrifter og helsevesenet.

Innen rettspatologi og klinisk rettsmedisin foretas det 900 obduksjoner årlig. Det er om lag 100 rettsfremmøter og det bistås ved barnedødsstedsundersøkelser. Det utføres om lag 40 kliniske rettsmedisinske undersøkelser.

Innen rettsgenetikk gis det bistand til politiet i om lag 8000 straffesaker årlig med om lag 35000 sporprøver og 14000 personprøver. I tillegg behandles ca. 1800 anmodninger fra Kripas om verifisering av treff i DNA-registeret. I sivilrettslige og private slektskapsoppdrag forventes årlig utgitt ca. 1800 sakkyndige uttalelser og ca. 800 oppfølgingsanalyser av benmargstransplanterte pasienter.

Innen rettstoksikologi utføres årlig mer enn en million enkeltanalyser fordelt på ca. 30000 saker. Det avgis om lag 1800 sakkyndige uttalelser.

Tjenesteproduksjonen vil ikke bli endret som følge av overdragelsen til Oslo universitetssykehus. Avtaler med oppdragsgivere som må overføres til Oslo universitetssykehus i forbindelse med overdragelsen er kartlagt og arbeidet med overføringen iverksatt.

Før overdragelsen vil det bli sendt et informasjonsbrev til virksomhetens oppdragsgivere om virksomhetsoverdragelsen og den praktiske betydningen av den.

Organisering

Fagområdet Rettsmedisinske fag er en organisasjonsenhet på om lag 230 ansatte i Folkehelseinstituttet. Området består av en liten stab og åtte underenheter fordelt på de tre virksomhetsområdene.

Rettsmedisinske fag vil bli overdratt til Oslo universitetssykehus som en samlet enhet som blir plassert som en avdeling i Klinikk for laboratoriemedisin. Den organisatoriske plasseringen er valgt ut fra muligheten til faglig samarbeid og samhandling både innen forskning, utvikling og undervisning. Ikke minst vil en organisering i laboratorieklinikken kunne gi større tilgang til medisinsk og teknologisk kompetanse og moderne utstyr.

Samordning med tilsvarende kompetanse i klinikken må avgrenses ut fra hensynet til at Rettsmedisinske fag har et eget formål rettet mot rettspleien. Det gir særskilte krav til virksomheten og tilsier at selve tjenesteproduksjonen holdes samlet og adskilt fra den øvrige virksomheten i klinikken og helseforetaket. Rettsmedisinske fag vil derfor være organisert som en egen enhet (avdeling) også i fortsettelsen.

Når det gjelder ansatte i støttetjenester for virksomheten i Rettsmedisinske fag så vil de bli ansatt i Oslo universitetssykehus i overensstemmelse med hvordan slike støttetjenester er organisert i helseforetaket.

En del av de ansatte i Rettsmedisinske fag har bistilling ved Universitetet i Oslo. Organiseringen som en avdeling i Klinikk for laboratoriemedisin passer med universitetets organisering av sin virksomhet innen de samme fagområdene.

Lokalisering

Virksomheten i Rettsmedisinske fag er lokalisert tre steder i Oslo. Rettspatologi/klinisk rettsmedisin og Rettsgenetikk er lokalisert i bygg A på Rikshospitalet og i Gaustadalléen 30 over ringveien fra Rikshospitalet. Den retts toksikologiske virksomheten er plassert i Folkehelseinstituttets bygg i Lovisenberggata 6. Virksomheten fortsetter på samme steder som i dag, etter overdragelsen.

Lokalene på Rikshospitalet er eid av Oslo universitetssykehus. Lokalene i Gaustadalléen 30 er eid av Universitetet i Oslo. Det er avklart med universitetet at Oslo universitetssykehus overtar som leietaker etter Folkehelseinstituttet. Når det gjelder lokalene i Lovisenberggata 6, så overtar Oslo universitetssykehus leieforholdet med Statsbygg som eier bygget.

Det vil bli gjennomført nødvendig tilgangssikring til lokalene i forbindelse med overtakelsen.

Forskning

Rettsmedisinske fag forsker blant annet innen rusmiddelepideologi, nevrobiologiske studier av rusmiddelbruk, retts toksikologiske og rettsgenetiske problemstillinger. En gruppe med medlemmer fra Folkehelseinstituttet, Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus har gjennomgått og avklart hvilke forskningsprosjekter som skal overføres med virksomheten.

Rettslige- og personvernproblemstillinger i forbindelse med overdragelsen.
I forbindelse med overdragelsen foretas en vurdering og gjennomgang av formelle forhold i forbindelse med forskningsprosjektene. Herunder vil Oslo universitetssykehus etableres som ny partnerinstitusjon i samarbeidsavtaler. Forhold til eventuell ekstern finansieringskilde avklares. Prosjektdata overføres til godkjente servere på Oslo universitetssykehus. Overdragelse av prosjekter der det inngår lagring og bruk av person- og helseopplysninger avklares med personvernombud og det sendes endringsmelding til relevant godkjenningorgan.

Biobanker

Alle forskningsbiobanker tilknyttet virksomheten i området Rettsmedisinsk fag overdras vederlagsfritt sammen med virksomheten. Det samme gjelder andre samlinger av biologisk materiale som er tilknyttet virksomheten i området Rettsmedisinske fag. Med noen få unntak er alle biobanker lokalisert i Rettsmedisinske fags lokaler.

Utstyr

Folkehelseinstituttets utstyr som hører til virksomheten i Rettsmedisinske fag følger vederlagsfritt med i overdragelsen til Oslo universitetssykehus.

IKT

IKT utstyret som hører til virksomheten i Rettsmedisinske fag følger med i overdragelsen til Oslo universitetssykehus.

For å etablere virksomheten i Rettsmedisinske fag på Oslo universitetssykehus sine IKT-systemer må både maskinvare og programvare byttes for å tilfredsstillе standarden i Helse Sør-Øst. En del spesialprogrammer i virksomheten er utdatert og trenger nødvendig oppgradering. Det arbeides med å få på plass en finansiering av denne investeringen.

I en overgangsfase vil Rettsmedisinske fag fortsette på den IKT-løsningen de har i dag også etter overdragelsen. Det vil bli etablert arbeidsstasjoner som ivaretar nødvendig kommunikasjon med helseforetakets administrative systemer. En slik løsning vurderes som forsvarlig og brukbar inntil det kan gjennomføres en full IKT-integrering av virksomheten.

Overføring av dokumenter

En felles arbeidsgruppe har vurdert dokument og arkiv. Folkehelseinstituttet vil gi Oslo universitetssykehus informasjon nødvendige dokumenter og informasjon slik at helseforetaket er i stand til å videreføre forpliktelser og rettigheter knyttet til drift av alle deler av virksomheten som overføres.

Immaterielle rettigheter

Immaterielle rettigheter knyttet til området Rettsmedisinske fag følger vederlagsfritt med i overdragelsen til Oslo universitetssykehus. Det gjelder opphavsrettigheter og andre rettigheter etter lov om opphavsrett til åndsverk og lov om arbeidstakeroppfinnelser.

Sertifisering og tillatelser

Folkehelseinstituttet vil bistå for å sikre at sertifiseringer, tillatelser og akkreditering i tilknytning til virksomheten i området Rettsmedisinske fag overføres til Oslo universitetssykehus i forbindelse med overdragelsen.

Innkjøpsavtaler

Det er gjort en gjennomgang av innkjøpsavtaler knyttet til virksomheten for å sikre kontinuitet i nødvendige leveranser etter overdragelsen.

Ansatte

Arbeidsmiljølovens kapittel 16 gir rammene for ivaretagelse av en videreføring av den enkelte ansattes individuelle rettigheter i arbeidsforholdet i forbindelse med virksomhetsoverdragelse. Det er foretatt en kartlegging blant de ansatte for å kvalitetssikre at alle opplysninger tilknyttet kompetanse, tjenesteansiennitet og sosiale forhold, som en virksomhetsoverdragelse vil bygges på, er korrekte.

Samlet omfatter virksomhetsoverdragelsene om lag 230 ansatte. Det endelige antallet vil først foreligge etter den 18. november som er fristen de ansatte har for å reservere seg mot overdragelsen.

Arbeidstakerne som overføres tar med seg sine individuelle rettigheter og plikter slik disse følger av arbeidsavtale og tariffavtaler.

Det gjelder et lovfestet forbud mot oppsigelse begrunnet i virksomhetsoverdragelsen i seg selv.

Ansatte i Rettsmedisinske fag blir holdt fortløpende orientert. Det er avholdt allmøter for de ansatte og egne møter med ledergruppen. Tillitsvalgte deltar i prosessen og er informert og involvert sammen med verneombud.

Det er sendt informasjonsbrev til de ansatte om rettigheter og plikter ved virksomhetsoverdragelsen, inkludert informasjon om adgang til, og konsekvens av, å reservere seg mot å bli overført.

Overføringen er den 12. oktober 2016 drøftet med hovedtillitsvalgte og hovedverneombud i henhold til hovedavtalen kapittel VII, jf. arbeidsmiljøloven kapittel 8. Arbeidstakersiden var bekymret for den økonomiske situasjonen for Rettsmedisinske fag i forbindelse med overføringen til Oslo universitetssykehus, blant annet knyttet til IKT-utgifter. Det ble stilt spørsmål ved overgang av rettigheter, tariffavtaleforhold og videreføring av individuelle forhold hos den enkelte ansatte.

Pensjon

Oslo universitetssykehus henvendte seg til Statens pensjonskasse for å undersøke om ansatte kan videreføre sitt medlemskap etter overdragelsen. Saken ble forelagt Arbeids og sosialdepartementet som viste til at Oslo universitetssykehus har tjenstepensjonsordning i Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet som er omfattet av overføringsavtalen og som tilsvarer pensjonsproduktet i Statens pensjonskasse.

Ordningen blir etter dette at de som overføres fra Folkehelseinstituttet meldes ut av Statens pensjonskasse ved overdragelsestidspunktet og samtidig inn i Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet. Tidligere opptjening (historikk) blir værende i Statens pensjonskasse og ny opptjening skjer i Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet. Når Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet betaler ut pensjon refunderer Statens pensjonskasse opptjeningen som har funnet sted i Statens pensjonskasse frem til 31. desember 2016, i henhold til overføringsavtalen.

Risikovurdering av overdragelse

Rettsmedisinske fag overføres som en enhet og vil fortsette samlet som en egen avdeling, i samme lokaler, etter overføringen. Tjenesteproduksjonen i rettsmedisinske fag er den samme etter overdragelsen og holdes adskilt fra den øvrige virksomheten i klinikken og helseforetaket. Rettsmedisin er ikke pasientrettet og overdragelsen vil ikke påvirke pasientbehandlingen i helseforetaket. Overdragelsen medfører dermed tilnærmet ingen endringer i driften, noe som begrenser risikoen i forbindelse med virksomhetsoverdragelsen. Risikoen er videre søkt holdt lav gjennom en bredt anlagt og koordinert samarbeidsprosess mellom Folkehelseinstituttet og Oslo universitetssykehus. Ansatte i Rettsmedisinske fag blir holdt fortløpende orientert. Tillitsvalgte deltar i prosessen og er informert og involvert sammen med verneombud.

Det er identifisert enkelte risikoer i forbindelse med overdragelsen i hovedsak knyttet til IKT-integrering og økonomi. Disse er omtalt i en risikovurdering som er sendt til Helse Sør-Øst og til Helse- og omsorgsdepartementet den 30. juni. Risikoområdene følges opp.

Økonomi

Oslo universitetssykehus har som utgangspunkt at overtakelsen av området Rettsmedisinske fag skal være økonomisk nøytral ved at den overførte virksomheten skal kunne drives i økonomisk balanse, det vil si ikke øke det økonomiske utfordringsbildet for Oslo universitetssykehus, og at overføringen ikke skal svekke helseforetakets egenkapital. Videre er utgangspunktet at overgangskostnader (engangskostnader som oppstår som følge av flyttingen) skal dekkes.

Rettsmedisinske fag er som del av Folkehelseinstituttet finansiert som en statlig virksomhet. Folkehelseinstituttet har i juni 2016 beregnet at virksomheten Rettsmedisinske fag skal ha en del av deres rammefinansiering tilsvarende 142,8 millioner kroner. I tillegg legges det til grunn at Rettsmedisinske fag vil ha inntekter fra tjenestosalg på 97 millioner kroner. Til sammen 239,8 millioner kroner.

I overensstemmelse med beregningen til Folkehelseinstituttet er det i forslag til statsbudsjett for 2017 lagt opp til at Helse Sør-Øst ved Oslo universitetssykehus blir overført 143,3 millioner kroner fra rammen til Folkehelseinstituttet. Det er også lagt inn en kompensasjon for merverdiavgift.

Folkehelseinstituttet som en statlig etat regnskapsfører ikke pensjon og kapitalslit. Disse kostnadene er derfor ikke tatt med i rammeoverføringen i

forslaget til statsbudsjett for 2017. For Oslo universitetssykehus vil overdragelsen medføre en økt pensjonskostnad for det økte antallet ansatte. Dette er foreløpig anslått til i størrelsesorden 20 millioner kroner. I statsbudsjettet for 2017 er kostnader til pensjon lagt ut på etatene. Oslo universitetssykehus har meldt til Helse Sør-Øst at pensjonspremien for ansatte i Rettsmedisinske fag bør legges inn i overføringen til Oslo universitetssykehus.

Overføringen vil medføre et høyere avskrivningsgrunnlag for Oslo universitetssykehus. Den regnskapsmessige verdien på aktiva som overdras er ikke endelig fastlagt så økningen i avskrivningene er ikke avklart.

Et annet forhold er at samme virksomhet drevet i Oslo universitetssykehus vil ha høyere driftskostnader enn i Folkehelseinstituttet. Det følger av forpliktelser i tariffavtaler, kjøp av lønnskjøring hos Sykehuspartner HF, medlemskap i arbeidsgiverforening (staten er ikke medlem), forsikring (staten er selvassurandør), og IKT-drift.

Det vil også være engangskostnader i forbindelse med selve overtakelsen av rettsmedisinske fag. I det alt vesentlige er dette kostnader i forbindelse med å overføre virksomheten til IKT-plattformen i Oslo universitetssykehus. En full integrering med oppgradering vil kunne koste opp mot 60 millioner kroner. Det er en prosess for å redusere kostnaden og med å få på plass en finansiering av denne investeringen. I en overgangsfase vil Rettsmedisinske fag for en del fortsette på den IKT-løsningen de har i dag også etter overdragelsen.

Det er foreløpig usikkerhet knyttet til størrelsen på de ekstra kostnadselementene. Ut fra den informasjonen som foreligger kan det anslås en driftskostnad ut over det Oslo universitetssykehus mottar i økt rammetilskudd på et sted mellom 30 og 60 millioner kroner. Det presiseres at anslaget foreløpig er usikkert og vil blant annet avhenge av om Oslo universitetssykehus får overført dekning for pensjonskostnaden og økte IKT-kostnader. I samarbeid med Helse Sør-Øst RHF arbeides det med å redusere den økonomiske merbelastningen for helseforetaket.

UTKAST

Avtale

om virksomhetsoverdragelse av

Rettsmedisinske fag

fra

Folkehelseinstituttet

til

Oslo universitetssykehus HF

Dato:

Dato:

.....
Camilla Stoltenberg
direktør
Folkehelseinstituttet

.....
Bjørn Erikstein
administrerende direktør
Oslo universitetssykehus HF

Innholdsfortegnelse

1. Innledning, bakgrunn, parter	2
2. Virksomheten som overføres og Overføringsdato	2
3. Skjæringstidspunkt for ansvar	3
4. Kontinuerlig drift ved overdragelsen	3
5. Personalforhold	3
5.1. Overføring av ansatte	3
5.2. Gjennomføring av overdragelsen	3
5.3. Opplæring	3
5.4. Økonomisk ansvar for forpliktelser	3
5.5. Pensjoner	4
5.6. Ordning for frivillig overgang til Oslo universitetssykehus etter søknad	4
6. Eiendom (leiekontrakter)	4
7. Utstyr	4
8. IKT	4
9. Overføring av virksomhetsinformasjon	5
10. Forskningsprosjekter	5
11. Biobanker	6
12. Immaterielle rettigheter	6
13. Innkjøpsavtaler	6
14. Sertifisering	6
15. Økonomi	6
15.1 Overføring av ressursgrunnet	6
15.2 Regnskapsmessig virkning	6
15.3 Balanseposter	6
15.4 Investerings- og etableringskostnader i Oslo universitetssykehus	7
15.5 Egne kostnader i forbindelse med overdragelsen	7
15.6 Oppgjørsordning	7
16. Eventuelle endringer i ressursgrunnet	7

1. Innledning, bakgrunn, parter

I forbindelse med revidert nasjonalbudsjett vedtok Stortinget å overdra området Rettsmedisinske fag fra Folkehelseinstituttet til Helse Sør-Øst RHF ved Oslo universitetssykehus HF jf. proposisjon nummer 122 S (2015-2016). Den nye organiseringen skal tre i kraft fra 1. januar 2017, heretter kalt «Overføringsdato».

Oslo universitetssykehus og Folkehelseinstituttet fikk i oppgave å gjennomføre overdragelsen.

Denne avtalen regulerer overdragelse av området Rettsmedisinske fag fra Folkehelseinstituttet til Oslo universitetssykehus.

Partene i avtalen er Folkehelseinstituttet, org nummer 983 744 516, og Oslo Universitetssykehus, org nummer 993 467 049, og avtalen er inngått mellom disse partene.

2. Virksomheten som overføres og Overføringsdato

Folkehelseinstituttets virksomhet i området Rettsmedisinske fag overdras til Oslo universitetssykehus fra og med Overføringsdato.

Området Rettsmedisinske fag overføres vederlagsfritt (dvs. ikke kjøp) som en helhetlig og pågående virksomhet, inneholdende ansatte, eiendeler, utvalgte avtaler, tillatelser og sertifiseringer med mer.

3. Skjæringstidspunkt for ansvar

Skjæringstidspunkt for ansvar er Overføringsdato.

Forpliktelser utover normal drift, med konsekvenser for Oslo og universitetssykehus, som området Rettsmedisinske fag pådrar seg fra signeringsdato for denne avtalen og frem til Overføringsdato, skal avtales skriftlig mellom partene.

4. Kontinuerlig drift ved overdragelsen

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

5. Personalforhold

5.1. Overføring av ansatte

Ansatte fra området Rettsmedisinske fag overføres fra Folkehelseinstituttet til Oslo universitetssykehus fra og med Overføringsdato, etter arbeidsmiljølovens regler om virksomhetsoverdragelse. Det vil si at arbeidstakerne som overføres tar med seg sine rettigheter og plikter slik disse følger av lovens kapittel 16. En oversikt over ansatte som overføres per Overføringsdato skal utarbeides som vedlegg 1 til denne avtalen.

5.2. Gjennomføring av overdragelsen

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

5.3. Opplæring

Folkehelseinstituttet forplikter seg til å tilrettelegge for at personell kan få nødvendig opplæring i Oslo universitetssykehus sine rutiner mv. før Overføringsdato. Oslo universitetssykehus forplikter seg til å gi nødvendig opplæring.

5.4. Økonomisk ansvar for forpliktelser

Forpliktelser opparbeidet før Overføringsdato overfor ansatte som virksomhetsoverdras, står Folkehelseinstituttet økonomisk ansvarlig for. Ansvaret omfatter:

- Eventuell utestående lønn som følge av forsinkelser i lokale lønnsforhandlinger for 2016
- Overtid/kompensasjonssaldo opptjent av de ansatte før Overføringsdato
- Variabel lønn opptjent av de ansatte før Overføringsdato
- Lønn for ikke avviklede feriedager, opptjent før Overføringsdato
- Reiseregninger for reiser gjennomført før Overføringsdato

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

Folkehelseinstituttet 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 Oslo universitetssykehus.

5.5. Pensjoner

Eksisterende pensjonsordninger for arbeidstakere som omfattes av virksomhetsoverdragelsen, videreføres så langt det lar seg gjøre. Oslo universitetssykehus er ansvarlig for å inngå nødvendige avtaler for å sikre fremtidige pensjonsordninger.

5.6 Ordning for frivillig overgang til Oslo universitetssykehus etter søknad

I tillegg til ansatte som virksomhetsoverdras etter arbeidsmiljøloven kapittel 16, legges det til grunn at området Rettsmedisinske fag mottar tjenester tilsvarende 12,8 årsverk fra fellestjenester i Folkehelseinstituttet. De ansatte som utøver disse tjenestene har ikke Rettsmedisinske fag som sitt hovedarbeidsområde og faller utenfor virksomhetsoverdragelsen.

Før Overføringsdato gjennomføres det en prosess hvor Oslo universitetssykehus, etter søknad ansetter inntil 9 personer fra de angjeldende stillingsområder i fellestjenester i Folkehelseinstituttet. De som blir ansatt etter denne ordningen vil beholde årslønn og tjenesteansetnet i Oslo universitetssykehus. For øvrig vil dette være som et ordinært skifte av arbeidsgiver. Opptjente avspaseringstimer (tidskonto) følger ikke med over til Oslo universitetssykehus. Folkehelseinstituttet vil utbetale de ansatte et ordinært sluttoppgjør.

6. Eiendom (leiekontrakter)

Det overføres ikke eierskap til fast eiendom eller lokaler som del av overdragelsen.

Partene vil samarbeide og bidra til at Oslo universitetssykehus kan inngå/tre inn i leieavtale om lokalene i Lovisenberggata 6 og i Gaustadalleen 30 med virkning fra Overføringsdato.

7. Utstyr

Teknisk utstyr som hører til virksomheten i fagområdet Rettsmedisinske fag overdras vederlagsfritt sammen med virksomheten. Det er om lag 440 enheter hvorav om lag 200 er registrert med en anskaffelseskost over 30 000 kroner.

Øvrig utstyr som hører til virksomheten i Rettsmedisinske fag følger også vederlagsfritt med i overdragelsen til Oslo universitetssykehus, herunder fryserie tilhørende virksomheten, innredning i virksomhetens lokaler, kontorutstyr, kjøkkenutstyr, kaffekokere med mer.

8. IKT

Fra Overføringsdato overtar Oslo universitetssykehus vederlagsfritt maskinvare og programvare samt kabling (samlet sett omtalt som IKT-utstyr) som eies av Folkehelseinstituttet, og som i dag brukes av virksomheten i Rettsmedisinske fag. Som maskinvare i denne sammenheng regnes også kopimaskiner, skannere, skrivere og telefoner. Oslo universitetssykehus er ansvarlig for å etablere nye lisenser for programvare der det er

nødvendig i forbindelse med overdragelsen, samt overta løpende avtaler knyttet til utstyret som overdras, før Overføringsdato.

Oslo universitetssykehus skal i nødvendig tid før Overføringsdato avklare om det ønsker å overta leieforholdet og tilhørende avtaler til maskinvare leid eller leaset av Folkehelseinstituttet fra eksterne.

Fra Overføringsdato er det Oslo universitetssykehus sitt ansvar å sørge for nødvendige IKT-systemer for Rettsmedisinske fag og for og driften av dem.

9. Overføring av virksomhetsinformasjon

Dokumenter etablert før Overføringsdato og som er arkivert i Folkehelseinstituttets elektroniske arkivsystem (dvs WebSak og Public 360) eller personalmapper, forblir i Folkehelseinstituttet. Folkehelseinstituttet vil gi Oslo universitetssykehus informasjon og denne dokumentasjonen på forespørsel, slik at Oslo universitetssykehus er i stand til å videreføre forpliktelser og rettigheter knyttet til drift av alle deler av virksomheten som overføres.

Folkehelseinstituttet skal lagre (elektronisk) historiske kvalitetsdokumenter og informasjon som er lagret i lønns- og personalsystemet i en periode på tre år etter virksomhetsoverdragelsen, og vil gi Oslo universitetssykehus informasjon om denne dokumentasjonen på forespørsel.

Etter Overføringsdato benyttes Oslo universitetssykehus sine systemer for arkiv, dokumentstyring, personalmessige forhold og avviksrapporing og informasjonen tilhører helseforetaket.

Dokumenter som er nært knyttet til virksomheten og som befinner seg i Rettsmedisinske fag sine egne sakarkiv (elektroniske og papirbaserte), overføres sammen med virksomheten til Oslo universitetssykehus. Dokumentene befinner seg i elektroniske fagsystemer og/eller i lokaler tilhørende Rettsmedisinske fag, eller på lager i henhold til kontrakter som forvaltes av Rettsmedisinske fag. Etter Overføringsdato har Oslo universitetssykehus ansvaret for forvaltning av disse sakarkivene.

10. Forskningsprosjekter

Alle forskningsprosjekter hvor området Rettsmedisinske fag 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 tilknyttet forskningsprosjektene overdras vederlagsfritt og til videre bruk.

I alle forskningsprosjekter hvor området Rettsmedisinske fag samarbeider med andre områder ved Folkehelseinstituttet, eller med eksterne parter, skal Folkehelseinstituttet ved Rettsmedisinske fag 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 forskningsprosjekter som er samarbeidsprosjekter med andre områder i Folkehelseinstituttet vil kunne fortsette som samarbeidsprosjekter etter overdragelsen.

11. Biobanker

Alle forskningsbiobanker tilknyttet virksomheten i området Rettsmedisinsk fag overdras vederlagsfritt sammen med virksomheten. Det samme gjelder samlinger av biologisk materiale som er tilknyttet virksomheten i området Rettsmedisinske fag.

12. Immaterielle rettigheter

Alle immaterielle rettigheter knyttet til området Rettsmedisinske fag følger vederlagsfritt med i overdragelsen til Oslo universitetssykehus, med mindre annet er avtalt særskilt. Det gjelder opphavsrettigheter og andre rettigheter etter lov om opphavsrett til åndsverk og lov om arbeidstakeroppfinnelser.

13. Innkjøpsavtaler

Partene vil sammen foreta en gjennomgang av innkjøpsavtaler knyttet til virksomheten Rettsmedisinske fag for å sikre kontinuitet i nødvendige leveranser etter overdragelsen.

14. Sertifisering

Folkehelseinstituttet vil bistå for å sikre at sertifiseringer, tillatelser (unntatt tillatelser i forskningsprosjekter) og akkreditering i tilknytning til virksomheten i området Rettsmedisinske fag overføres til Oslo universitetssykehus i forbindelse med overdragelsen.

15. Økonomi

15.1 Overføring av ressursgrunnlaget

Med virksomhetsoverdragelsen flyttes Folkehelseinstituttets økonomi/ressursgrunnlag knyttet til virksomheten i området Rettsmedisinske fag, fra Folkehelseinstituttet til Helse Sør-Øst ved Oslo universitetssykehus gjennom bevilgning gitt i Helse- og omsorgsdepartementets budsjettforslag Prop 1 S (2016-2017).

15.2 Regnskapsmessig virkning

Virksomhetsoverdragelsen har regnskapsmessig virkning fra Overføringsdato.

15.3 Balanseposter

Oslo universitetssykehus overtar vederlagsfritt anleggsmidler som benyttes i virksomheten, herunder medisinskteknisk utstyr, laboratorieutstyr, IKT-utstyr, annet utstyr, eventuelle kontormøbler med videre.

Leverandørgjeld ved vare- og tjenestekjøp foretatt før Overføringsdato som skal benyttes i virksomheten og som vil generere inntekter for virksomheten i 2017, overføres til Oslo universitetssykehus. I slike tilfeller tilfaller også selve varen eller tjenesteytelsen helseforetaket.

For kortsiktige fordringer og gjeld som gjelder transaksjoner før Overføringsdato innkrever Folkehelseinstituttet utestående fordringer og utbetaler skyldig gjeld.

Forutsatt at Folkehelseinstituttet får godkjent søknad om overføring av utgående prosjektsaldo 2016, vil FHI overføre verdien av samlet prosjektsaldo på eksterntfinansierte prosjekt som

Rettsmedisinske fag er prosjektansvarlig for, og som overføres sammen med virksomhetsoverdragelsen ved årsslutt, til Oslo universitetssykehus.

15.4 Investerings- og etableringskostnader i Oslo universitetssykehus

Eventuelle investerings- og etableringskostnader i forbindelse med driften av Rettsmedisin som følge av overtakelsen tilfaller det Oslo universitetssykehus å betale.

15.5 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.

15.6 Oppgjørsordning

Forpliktelser som gjelder forhold før Overføringsdato, og som eventuelt må utbetales fra Oslo universitetssykehus i 2017, skal det etableres en oppgjørsordning for.

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

Eventuelle feilutbetalinger vil håndteres fortløpende.

16. 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

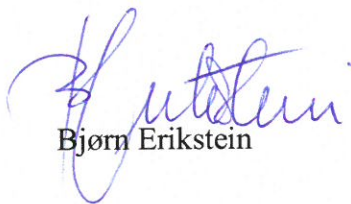
Dato møte: 27. oktober 2016
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Årsplan

SAK 68/2016 PLAN FOR STYRET I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 20. oktober 2016



Bjørn Erikstein

Årsplan for styret i Oslo universitetssykehus HF

Møte	Vedtaksaker	Orienteringssaker
Reservetid 24. november 2016 kl 8-14		
15. desember 2016 kl 8-14	Budsjett 2017	Rapportering Plan for styret Ytringsbetingelser og varsling i Oslo universitetssykehus
17. februar 2017 kl 8-14	Årlig melding	Rapportering Plan for styret Oppfølging styresaker
4. mai 2017 kl 8-14	Økonomisk langtidsplan Årsrapport	Rapportering Plan for styret
24. mai 2017 Kl 8-14 Reservetid		
22. juni 2017 kl 8-14	Økonomisk langtidsplan	Rapportering Plan for styret
29. september kl 8-14	Budsjett 2018 Eierskap i selskaper	Rapportering Plan for styret Oppfølging styresaker Møte med Brukerutvalget
26. oktober 2017 kl 8-14	Ledelsens gjennomgang 2. tertial Budsjett 2018	Rapportering Plan for styret
26. oktober 2017 kl 14-19	Styreseminar	
23. november 2017 Kl 8-14 Reservetid		
15. desember 2017 kl 8-14	Budsjett 2018	Rapportering Plan for styret

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 27. oktober 2016

Saksbehandler: Leder Direktørens kontor

Vedlegg:

SAK 69/2016 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER

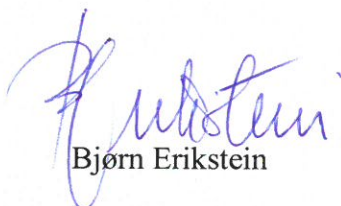
Følgende legges frem til orientering:

1. Ytringsfrihet, trygghet og respekt i OUS
2. Retningslinjer
3. Mandat for utviklingsarbeidet i Oslo universitetssykehus
4. Pasientinformasjon
5. Medieomtale 1. januar – 14. april 2016
6. Referat og øvrige vedlegg

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, 20. oktober 2016



Bjørn Erikstein

1. YTRINGSFRIHET, TRYGGHET OG RESPEKT I OUS

- **FAFO-rapporten om ytringsbetingelser og varsling i Oslo universitetssykehus.** Oslo universitetssykehus har tatt del i forskningsstiftelsen FAFO sin landsomfattende undersøkelse om ytring og varsling i arbeidslivet. Nå foreligger resultatene fra denne undersøkelsen.

I rapporten påpeker FAFO blant annet at:

- midlertidig ansatte i OUS opplever det som vanskeligere å varsle om kritikkverdige forhold enn fast ansatte.
- sykehusets rutiner for varsling internt og rutiner for uttalelser i offentligheten er for dårlig kjent blant ansatte
- mange ansatte mener at varslingssaker ikke følges opp på god nok måte i sykehuset
- det er stor takhøyde for faglig uenighet og diskusjon i OUS.

Rapporten er sendt ut til ledergruppen, tillitsvalgte og vernetjenesten i OUS til orientering og gjennomlesing. Den ble 1. gang behandlet i foretakets AMU 13. oktober med diskusjon av innholdet og oppfølgingspunkter. Det er enighet i AMU om at det nedsettes en partssammensatt gruppe for å følge opp rapporten og utarbeide en handlingsplan. Som ledd i oppfølgingen vil rapporten også bli behandlet i den enkelte klinikk AMU med diskusjon av lokale tiltak.

Når sykehusets handlingsplan foreligger vil administrerende direktør legge frem FAFO-rapporten som egen sak i styret.

2. RETNINGSLINJER

- **Revidert retningslinje for film og foto ved sykehuset**

Sykehuset får ofte forespørsler fra ulike filmselskap om å delta i produksjoner hvor pasienter skal være med. Dette er ofte positivt, men byr på utfordringer. For, å ivareta pasientene på best mulig måte og for å tydeliggjøre sykehusets ansvar bedre, er det utarbeidet en ny retningslinje for film og foto ved sykehuset. Dette arbeidet har involvert brukerrådet og Klinisk-etisk komite i tillegg til klinikker og relevante staber.

De viktigste endringene fra forrige retningslinje er:

- Tydeligere presisering av ansvaret for å ivareta pasientsikkerheten og personvernet
- Tydeligere presisering av prosess, beslutning og ansvar i forbindelse med filmproduksjoner
- Opprettelse av et fagråd som skal inn i vurderingene om filmproduksjon før beslutning fattes
- Krav til filmselskapets samtykkeavtaler med pasienter som skal filmes
- Veiledning til helsepersonell som blir involvert i filming av pasienter
- Mal for samtykke til å gi pasientens navn til filmselskapet

Gjennom disse endringene får sykehuset en mer profesjonell og enhetlig tilnærming til et komplisert område. Vi sikrer folkeopplysningen men ivaretar pasienter og ansatte på en kvalitativ god måte.

3. MANDAT FOR UTVIKLINGSARBEIDET I OUS

Foretaksmøtet i Oslo universitetssykehus vedtok i foretaksmøte den 13. oktober 2016 mandatet for videre utvikling av Oslo universitetssykehus. Styret i Helse Sør-Øst RHF fastsatte 16. juni målbildet for videre utvikling av Oslo universitetssykehus. Samtidig overtok Helse Sør-Øst RHF styringsansvaret for prosjektene, slik det regionale helseforetaket pleier for byggeprosjekter over 500 millioner kroner.

Arbeidet er delt i tre prosjekter: Ny regional sikkerhetsavdeling, nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet og samtidig etablering av nytt lokalsykehus inkludert psykisk helsevern på Aker og et komplett regionsykehus med lokalsykehusfunksjoner på Gaustad.

Både for ny regional sikkerhetsavdeling og nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet er det kunngjort konkurranse om anskaffelse av arkitekter og rådgivningstjenester. Begge disse prosjektene er i konseptfase. I denne fasen skal det blant annet utredes hvordan det kan legges til rette for en trinnvis utvikling av prosjektene. I arbeidet med nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet skal det også planlegges for at det kan etableres et senter for protonbehandling på tomten.

Konseptrapportene for ny regional sikkerhetsavdeling og nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet skal ferdigstilles og kvalitetssikres i løpet av 2017. Styret i Helse Sør-Øst RHF skal godkjenne disse rapportene før oppstart av forprosjekt.

I prosjektet knyttet til Aker og Gaustad arbeides det med å supplere og avklare forhold knyttet til mulighetsstudier på tomten, dimensjonering og virksomhetsinnhold, slik at rammer og forutsetninger for konseptfasen kan klarlegges. Planen er at styret i Helse Sør-Øst RHF før sommeren 2017 skal behandle en sak som oppsummerer og avklarer dette arbeidet, slik at prosjektet kan gå over i konseptfase.

Mandatet som nå er fastsatt definerer de viktigste arbeidsoppgavene og fremdriftsplanene for de forskjellige prosjektene. Det etableres en egen oppfølgingsgruppe med representanter fra Helse Sør-Øst RHF/Sykehusbygg HF og Oslo universitetssykehus HF. Arbeidet ledes av Helse Sør-Østs prosjektorganisasjon, som rapporterer til administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF og det skal gis fast rapportering av arbeidet i de månedlige oppfølgingsmøtene mellom Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF.

4. PASIENTINFORMASJON

• Mer informative SMS-varsler til pasientene

Sykehusets SMS-melding for å minne pasienter på time har blitt kritisert fordi den ikke angir hvor pasienten skal møte opp, den sier kun noe om tidspunktet. Flere pasienter har møtt feil sted, timer har blitt kansellert og helsepersonell har sittet og ventet. Vi har mottatt pasientklager og klager fra brukerrådet ved sykehuset.

For å høyne kvaliteten på kommunikasjonen med pasientene er det i løpet av 2016 gradvis rullet ut nye og bedre SMS-varsel til pasientene. Det nye SMS-varselet gir informasjon om oppmøtested og inneholder lenke til kart (Google Maps), eksempelvis:

"Minner om din avtale på Øyeavdelingen, Bygg 36, Ullevål Sykehus, mandag 11. april 2016 kl. 14:00. Klikk her for kart."

Det er anslagsvis 450 ulike oppmøtesteder i Oslo universitetssykehus, og foreløpig må endring av tekst med spesifikk angivelse av hvert enkelt oppmøtested gjøres manuelt og dermed tar det litt tid før alle er dekket. Vi ser etter en mulighet for å automatisere dette fremover.

Foruten at flere pasienter nå møter til avtale, på riktig sted, er det en positiv effekt av dette forbedringsarbeidet at det registreres flere mobilnumre i DIPS, og at flere pasienter dermed får SMS etter dette. Antall utsendte SMS-påminnelser har økt med 20 % ved Øre-nese-halsavdelingen og Øyeavdelingen så langt i 2016 sammenlignet med tilsvarende periode i 2015. Det gir bedre tjenester til pasientene ved OUS.

5. MEDIEOMTALE SEPTEMBER 2016

I september hadde sykehuset 129 inngående mediehenvendelser og 1853 saker i media som omtalte sykehuset. Her følger en kort oppsummering av de mest omtalte sakene siden styret sist ble orientert.

Streik i sykehusene

Fra streiken i Akademikerne startet i begynnelsen av september, har den vært omtalt daglig i større eller mindre grad. Nesten hver gang streiken nevnes i et medium, har også OUS vært nevnt, da sykehuset hadde mange pasienter som ble berørt av streiken. Streiken ble avsluttet ved tvungen lønnsnemd 11. oktober

Flere spebarn behandles etter «fillerisitng»

Tidlig i oktober hadde VG en større artikkel om at et økende antall barn blir behandlet etter å ha blitt filleristet, og hvilke skader dette kan gi barna. En av sykehusets eksperter uttalte seg på vegne av sykehuset. Denne saken spredte seg raskt til en rekke andre medier og fikk bred oppmerksomhet. Sykehusets eksperter uttalte seg og ga et faglig solid inntrykk.

Immunterapi mot lungekreft

Beslutningsforums vedtak om å innføre immunterapi i behandling av lungekreft, fikk stor oppmerksomhet i mediene i perioden. Flere av sykehusets eksperter ble intervjuet om hvilken innvirkning det har på sykdommen og hva det kan bety for pasientene. Det etterlatte inntrykket for OUS er positivt.

Intervensjonssenteret ved OUS

I slutten av september hadde Dagsrevyen et innslag fra Intervensjonssenteret ved OUS, der de omtalte 3D- og hologramteknologi som skal gjøre kirurgi lettere og tryggere i fremtiden. Det ble også fokus på senterets øvrige arbeid med å utforske ny teknologi. Saken ble svært positiv for sykehuset og sykehusets eksperter

6. REFERAT OG ØVRIGE VEDLEGG

- Protokoll fra Brukerutvalgets møte 26.09 2016 (vedlegg)
- Protokoll fra foretaksmøte 13. oktober 2016
- Mandatet for videre utvikling av Oslo universitetssykehus

PROTOKOLL

Møtetema: **Brukerutvalgsmøte 26. september 2016**

Til: Brukerutvalget ved OUS

Kopi: Sølvi Andersen, Kari Skredsvig, Anne Margrethe Svanes

Dato dok: 30.09.2016

Dato møte: 26.09.2016

Referent: Stine Arntzen Selfors

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

Forfall:

Sak nr	
42/2016	<p>Godkjenning av innkalling</p> <p>Vedtak Innkalling med saksliste er godkjent</p>
43/2016	<p>Orienteringssaker</p> <ul style="list-style-type: none"> • OUS har søkt om akkreditering som et europeisk Comprehensive Cancer Center og har blitt vurdert denne uken • Forbedring av driften i OUS HF 2017- 2020 – Tove Nakken sitter i styringsgruppen • Omorganisering av Direktørens stab – ingen store konsekvenser for Brukerutvalget • Oppnevning av nytt ungdomsråd – trenger kandidater <p>Vedtak Tas til orientering</p>
44/2016	<p>Styremøtesaker</p> <p>Brukerutvalget er invitert til sitt årlige møte med styret og Tove Nakken, Stine B. Dybvik, Kim Fangen og Heine Århus holder innlegg om temaene; Brukermedvirkning i forskning, å være pasient med kognitive vansker, samvalg og digitalt pasientforløp og hjertebarn.</p> <p>Vedtak Brukerutvalget stiller på styremøtet 29.9.16</p>
45/2016	<p>Medisinuavhengig behandling v/ klinikkjef Marit Bjartveit, KPHA</p> <p>Helse- og omsorgsdepartementet har gitt alle helseforetakene i HSØ i oppdrag å opprette et medikamentuavhengig behandlingstilbud. OUS oppretter fire medisinuavhengige døgnplasser på Søndre Oslo DPS 1.1.17.</p> <p>Vedtak Redegjørelsen tas til orientering</p>

46/2016	<p>Digitalt pasientforløp v/ Prosjektleder Vibeke Iren Herikstad Prosjektet ber om støtte fra brukerutvalget.</p> <p>Vedtak Brukerutvalget stiller seg bak prosjektet og vil sende en anmodning til administrasjonen på OUS HF om å opprette et pilotprosjekt på digitalt pasientforløp. Brukerutvalget videresender saken til orientering i det regionale brukerutvalget.</p>
47/2016	<p>Kontaktlegeordningen v/ Seksjonsleder Kari Skredsvig Pasienter med en alvorlig tilstand og behov for behandling eller oppfølging av en viss varighet, har fra 15. september 2016 rett på kontaktlege i spesialisthelsetjenesten. OUSHF har opprettet en arbeidsgruppe som skal implementere ordningen.</p> <p>Vedtak Tas til orientering</p>
48/2016	<p>Råd/utvalg/konferanser Gjennomgang av aktivitet siden forrige møte.</p> <p>Vedtak Tas til orientering</p>
49/2016	<p>Manglende oversikt over pasienters medisinbruk - en risiko for pasientsikkerheten og tryggheten for pasient og pårørende v/ Samhandlingsoverlege Bente Thorsen Det vises til henvendelse fra brukerutvalget i HSØ RHF 8.6.16 om oppfølging av manglende oversikt over pasienters medisinbruk. Thorsen redegjorde for pågående tiltak på OUS HF.</p> <p>Vedtak Redegjørelsen tas til orientering. Brukerutvalget ønsker å følge med på hva OUS HF gjør for å fange opp samhandlingsavvik.</p>
50/2016	<p>Eventuelt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ventetiden for plastikk-kirurgi på Rikshospitalet for pasienter med alvorlige trykksår. Spørsmål sendes til administrerende direktør. • Brukermedvirkning i digitale behandlingstjenester. Saken settes på brukerutvalgets oppfølgingsliste. • Abloom filmfestival - Informasjon sendes ut på mail • Felles retningslinjer for brukermedvirkning i helseforetakene sendes på høring.

**PROTOKOLL
FRA
FORETAKSMØTE I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF**

Torsdag 13. oktober 2016 klokken 13:45 ble det avholdt foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF som telefonmøte.

Dagsorden:

1. Foretaksmøtet konstitueres
2. Dagsorden
3. Videreføringen av planer for utvikling av Oslo universitetssykehus HF

Til stede var:

Helse Sør-Øst RHF, 100 % eier av foretaket, representert ved styreleder Ann-Kristin Olsen, som også ledet møtet.

I tillegg møtte fra administrasjonen i Helse Sør-Øst RHF:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Konserndirektør Atle Brynestad
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen, som også førte protokollen

Fra styret i Oslo universitetssykehus møtte:
Fungerende styreleder Anne Carine Tanum

I tillegg møtte fra administrasjonen i Oslo universitetssykehus:
Administrerende direktør Bjørn Erikstein
Direksjonssekretær Jørgen Jansen

Foretakets revisor var varslet i samsvar med helseforetaksloven.
Riksrevisjonen var varslet i samsvar med riksrevisjonsloven.

Sak 1: Foretaksmøtet konstitueres

Styreleder Ann-Kristin Olsen ønsket, som øverste eiermyndighet og møteleder, velkommen. Hun spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

Fungerende styreleder Anne Carine Tanum ble valgt til å underskrive protokollen sammen med møteleder.

Foretaksmøtet vedtok:

Innkallingen godkjennes. Foretaksmøtet er lovlig satt.

Sak 2: Dagsorden

Styreleder Ann-Kristin Olsen spurte om noen hadde merknader til den utsendte dagsorden. Det var ingen merknader til dagsorden.

Foretaksmøtet vedtok:

Dagsorden godkjennes.

Sak 3: Videreføringen av planer for utvikling av Oslo universitetssykehus HF

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet i møte 16. juni 2016 sak 053-2016 *Videreføring av planer for utvikling av Oslo universitetssykehus HF.*

Foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF godkjente 24. juni 2016 Helse Sør-Øst RHF's målbilde for Oslo universitetssykehus HF med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. Foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF ba samtidig om at det ved utvikling av Aker sykehus som lokalsykehus på sikt legges til rette for å overta ansvaret for spesialisthelsetjenestetilbudet for de tre Oslobydelene som i dag tilhører Akershus universitetssykehus sitt opptaksområde. Videre sluttet foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF seg til at Helse Sør-Øst RHF vil starte med konseptfase for regional sikkerhetsavdeling og klinikkbygg på Radiumhospitalet, og at den første utviklingen på Gaustad og Aker planlegges startet opp samtidig og vil foregå parallelt.

Det legges til grunn at det videre arbeidet ledes av Helse Sør-Øst RHF med stor grad av involvering av Oslo universitetssykehus HF. Oslo universitetssykehus HF har ansvar for å sikre nødvendig medvirkning og forankring av tiltak og løsninger mot brukere og ansatte i egen organisasjon.

Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF har fastsatt mandatet for det videre arbeidet. Mandatet beskriver de viktigste arbeidsoppgavene og avklaringene knyttet til det videre utredningsarbeidet. Styresak 053-2016 *Videreføring av planer for utvikling av Oslo universitetssykehus HF* i Helse Sør-Øst RHF skal legges til grunn for utredningsarbeidet, og dette inkluderer de føringer for virksomhetsavklaringer som er gitt i saken.

Sign.: AKO ACT

Oslo universitetssykehus HF vil være en viktig bidragsyter i arbeidet og det forutsettes at kompetanse og ressurser stilles til disposisjon. I mandatet er det også en overordnet fremdriftsplan som skal legges til grunn for arbeidet frem til sommeren 2017.

Mandatet legges i sin helhet ved protokollen fra foretaksmøtet.

Foretaksmøtet vedtok:

- 1. Foretaksmøtet tar til etterretning vedtaket i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF fra 24. juni 2016, sak 3 "Videreføring av planer for utvikling av Oslo universitetssykehus HF" som godkjenner Helse Sør-Øst RHF's målbilde for Oslo universitetssykehus HF med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet.*
- 2. Foretaksmøtet tar også til etterretning at foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF sluttet seg til at Helse Sør-Øst RHF vil starte med konseptfase for regional sikkerhetsavdeling og klinikkbygg på Radiumhospitalet, og at den første utviklingen på Gaustad og Aker planlegges startet opp samtidig og vil foregå parallelt.*
- 3. Foretaksmøtet tar til orientering mandatet for videreføring av planer for utvikling av Oslo universitetssykehus HF og at Helse Sør-Øst RHF leder arbeidet i henhold til dette mandatet.*
- 4. Oslo universitetssykehus HF skal delta med nødvendige ressurser i det videre arbeidet og sikre nødvendig forankring av tiltak og løsninger mot brukere og ansatte i egen organisasjon.*

Møtet ble hevet klokken 13:55.

Oslo, 13. oktober 2016.

styreleder Ann-Kristin Olsen

fungerende styreleder
Anne Carine Tanum

Mandat for videreføring av planer for utvikling av Oslo universitetssykehus HF

1. Innledning

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet i møte 16.06.2016 (sak 053-2016) sak om videreføring av planer for utviklingen av Oslo universitetssykehus HF. I vedtaket er det lagt til grunn følgende hovedgrep for videre utvikling:

1. *Etablering av et komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad. Som et første ledd i utviklingen overføres regionfunksjoner inkludert multitraume og nødvendige lokalsykehusfunksjoner innen medisin og kirurgi fra Ullevål til Gaustad.*
2. *Aker sykehus utvikles til et lokalsykehus inkludert psykisk helsevern. Lokaler for psykisk helsevern og avhengighet planlegges i første trinn av utviklingen av lokalsykehuset på Aker.*
3. *Nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet videreføres fra idéfase til konseptfase.*
4. *Ny regional sikkerhetsavdeling videreføres fra idéfase til konseptfase.*

Hensikten med dette mandatet er å beskrive ansvar, roller og arbeidsoppgaver knyttet til videreføring av prosjektarbeidet i 2. halvår 2016 og inn i 2017.

2. Arbeidsomfang

Nedenfor er de viktigste arbeidsoppgavene og avklaringene knyttet til det videre utredningsarbeidet angitt. Styresak 053-2016 i Helse Sør-Øst RHF skal legges til grunn for utredningsarbeidet, og dette inkluderer de føringer for virksomhetsavklaringer som er gitt i saken.

Gaustad og Aker

Planer for utvikling av Gaustad og Aker er beskrevet i idéfaserapport om framtidens OUS - konkretisert etter høring i versjon 1.0 datert 28.01.2016. Idéfaserapporten og styresak 053-2016 i Helse Sør-Øst RHF skal legges til grunn for det videre arbeid.

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok den 16.06.2016 at det før oppstart av konseptfase for Gaustad og Aker må foretas en avgrensning og dimensjonering av utbyggingens første etappe. Det er derfor nødvendig å gjennomføre følgende oppgaver og avklaringer før oppstart konseptfasen:

Gaustad/Rikshospitalet

- *Avklare virksomhetsinnhold og dimensjonerende faktorer som grunnlag for konseptfasene*
- *Avklare arealbehov for universitetsfunksjoner i samarbeid med Universitetet i Oslo*
- *Avklare rammer og prinsipper for IKT*
- *Oppsummere og eventuelt supplere mulighetsstudie for utvikling og utnyttelse av tomten, inkludert forholdet til eksisterende bygningsmasse. Arbeidet omfatter også*

- *reguleringsmessige avklaringer i samarbeid med Oslo kommune. Dette vil være en felles prosess for Gaustad og Aker*
- *Utrede en overordnet fremdriftsplan med tilhørende estimater for investeringsprofil som grunnlag for konseptfasene*
- *Utarbeide underlag til styresak for beslutning om oppstart konseptfase*

Aker sykehus

- *Avklare virksomhetsinnhold og dimensjonerende faktorer som grunnlag for konseptfasene*
- *Avklare arealbehov for universitetsfunksjoner i samarbeid med Universitetet i Oslo*
- *Avklare rammer og prinsipper for IKT*
- *Vurdere og eventuelt supplere mulighetsstudie for utvikling og utnyttelse av tomten inkludert utnyttelse av eksisterende bygningsmasse. Arbeidet omfatter også reguleringsmessige avklaringer i samarbeid med Oslo kommune. Dette vil være en felles prosess for Gaustad og Aker*
- *Avklare grenseflater mot ny storbylegevakt som planlegges på Aker*
- *Utrede en overordnet fremdriftsplan med tilhørende estimater for investeringsprofil som grunnlag for konseptfasene*
- *Utarbeide underlag til styresak for beslutning om oppstart konseptfase*

Nytt klinikkbygg ved Radiumhospitalet

Idéfasen for nytt klinikkbygg ved Radiumhospitalet er beskrevet i idéfaserapport om framtidens OUS - konkretisert etter høring i versjon 1.0 datert 28.01.2016 og i egen rapport versjon 0.9 datert 08.12.2015. Idéfaserapportene og styresak 053-2016 i Helse Sør-Øst RHF skal legges til grunn for det videre arbeid. Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok den 16.06.2016 at prosjektet skal videreføres til konseptfasen.

Oslo universitetssykehus har fått i gave et skisseprosjekt for nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet. Dette skisseprosjektet skal behandles som et alternativ i konseptfasen og valg av gjennomføringsmodell for dette prosjektet tas som del av behandling av konseptfasen.

Det er identifisert følgende oppgaver/avklaringer som skal gjennomføres:

- *Avklare virksomhetsinnhold og dimensjonerende faktorer som grunnlag for konseptfasen*
- *Avklare arealbehov for universitetsfunksjoner i samarbeid med Universitetet*
- *Avklare rammer og prinsipper for IKT*
- *Oppsummere og eventuelt supplere mulighetsstudie for utvikling og utnyttelse av tomten inkludert forholdet til eksisterende bygningsmasse. Arbeidet omfatter også oppfølging av reguleringsmessige forhold*
- *Avklare grensesnitt til protonsentret*
- *Utrede en overordnet fremdriftsplan med tilhørende estimater for investeringsprofil som grunnlag for konseptfasene*
- *Gjennomføre konkurranse for arkitekter og rådgivertjenester for konseptfasen*

- *Utarbeide mandat for konseptfasen som skal framlegges administrerende direktør i Helse Sør-Øst for godkjenning.*

Regional sikkerhetsavdeling (RSA) med tilgrensende funksjoner

Idéfaserapport om framtidens OUS - konkretisert etter høring i versjon 1.0 datert 28.01.2016 og i egen rapport versjon 0.9 datert 08.12.2015. Idéfaserapportene og styresak 053-2016 i Helse Sør-Øst RHF skal legges til grunn for det videre arbeid.

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok den 16.06.2016 at prosjektet skal videreføres til konseptfasen.

Det er hensiktsmessig om tomtevalg avklares før videre programmering og prosjektering starter. Det er identifisert følgende oppgaver/avklaringer som skal gjennomføres:

- *Avklare virksomhetsinnhold og dimensjonerende faktorer som grunnlag for konseptfasene, herunder om PUA og lokal sikkerhet skal samlokaliseres med RSA*
- *Etablere samarbeid med Kriminalomsorgen vedrørende plasser for særlig høyt sikkerhetsnivå*
- *Avklare rammer og prinsipper for IKT*
- *Starte prosess med tomteavklaring og evt erverv, samt følge opp reguleringsmessige forhold*
- *Utredde en overordnet fremdriftsplan med tilhørende estimater for investeringsprofil som grunnlag for konseptfasene*
- *Gjennomføre konkurranse for arkitekter og rådgivertjenester for konseptfasen (igangsatt per august 2016)*
- *Utarbeide mandat for konseptfasen som skal framlegges administrerende direktør i Helse Sør-Øst for godkjenning*

3. Styring og organisering av arbeidet

I samsvar med vedtak i styret i Helse Sør-Øst RHF overføres ansvaret for den videre gjennomføring av prosjektet til Helse Sør-Øst RHF.

Helse Sør-Øst RHF har engasjert Sykehusbygg HF ved prosjektdirektør Dag Bøhler til å lede arbeidet. Prosjektdirektør rapporterer til administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF eller den administrerende direktør utpeker.

Ut over ressurser engasjert fra Sykehusbygg HF, vil Helse Sør-Øst RHF sørge for at interne ressurser prioriteres til arbeid med sykehusprosjektene i Oslo etter behov.

Oslo universitetssykehus sine ressurser som inngår i arbeidet rapporterer til prosjektdirektør Dag Bøhler i forhold til utførelsen av ovennevnte oppgaver. Prosjektdirektør avklarer også hvilke deloppgaver Oslo universitetssykehus skal utføre.

Oslo universitetssykehus har ansvar for å sikre nødvendig forankring av tiltak og løsninger mot brukere og ansatte i egen organisasjon.

For å sikre tett oppfølging og kommunikasjon mellom Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF, etableres en styringsstruktur tilsvarende som for prosjekt nytt sykehus i Drammen. Det

innebærer at det etableres en oppfølgingsgruppe som skal fungere som det faste kontaktpunktet mellom Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF, med ansvar for å sikre at de ovennevnte punktene følges opp som forutsatt.

Oppfølgingsgruppen består av:

Fra Oslo universitetssykehus HF:

Prosjektdirektør/ medisinsk direktør Einar Hysing

Spesialrådgiver Nina Fosen

Ass. direktør Oslo sykehusservice Inger Heiberg

Spesialrådgiver finans Glenn Ruud

Fra Helse Sør-Øst RHF:

Prosjektdirektør Dag Bøhler (leder)

Direktør kvalitet og pasientsikkerhet Geir Bøhler

Prosjektsjef Nina Kristiansen

Prosjektsjef Øyvind Ludvigsen

Finansdirektør Line Alfarrustad

Oppfølgingsgruppen rapporterer til administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF, og leder av oppfølgingsgruppen vil delta i oppfølgingsmøtene med Oslo universitetssykehus HF.

Oppfølgingsgruppen etablerer nødvendige arbeidsgrupper, f.eks innen økonomi og IKT. Det skal gis fast rapportering av arbeidet i de månedlige oppfølgingsmøtene mellom Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF.

4. Innleie av ressurser

Prosjektledelsen vurderer behov for og styrer eksterne ressurser som arkitekter og relevante rådgivere. Bruken søkes å minimaliseres, men må være tilstrekkelig til å fremskaffe dokumentasjon og kvalitetssikring av foreslåtte løsninger.

5. Finansiering

Det etableres et budsjett for perioden fram til godkjenning i styret i Helse Sør-Øst RHF som dekker innleie av ressurser fra Sykehusbygg og eksterne rådgivere. Kostnadene vil utgjøre en del av prosjektkostnadene og forutsettes å være aktiverbare.

Oslo universitetssykehus HF finansierer egne ressurser som deltar i arbeidet, herunder eventuell bruk av eksterne ressurser.

Ressursbruk og kostnadspådrag skal rapporteres i oppfølgingsmøtene.

6. Fremdrift

Arbeidet utføres i perioden fra 01.07.2016 fram til sommeren 2017. Følgende milepæler er definert:

MILEPÆL	PROSJEKT	BESKRIVELSE	DATO
M1-G	Gaustad	Avklare virksomhetsinnhold og dimensjonerende faktorer som grunnlag for konseptfase.	31.01.2017
M2-G	Gaustad	Avklare arealbehov for universitetsfunksjoner i samarbeid med Universitetet i Oslo	01.03.2017
M3-G	Gaustad	Avklare rammer og prinsipper for IKT	01.12.2016
M4-G	Gaustad	Oppsummere og eventuelt supplere mulighetsstudie for utvikling og utnyttelse av tomten, inkludert forholdet til eksisterende bygningsmasse. Arbeidet omfatter også reguleringsmessige avklaringer i samarbeid med Oslo kommune. Dette vil være en felles prosess for Gaustad og Aker	01.04.2017
M5-G	Gaustad	Utrede en overordnet fremdriftsplan med tilhørende estimater for investeringsprofil som grunnlag for konseptfasene	01.05.2017
M6-G	Gaustad	Utarbeide underlag til styresak for beslutning om oppstart konseptfasen	01.05.2017
M1-A	Aker	Avklare virksomhetsinnhold og dimensjonerende faktorer som grunnlag for konseptfasene	31.01.2017
M2-A	Aker	Avklare arealbehov for universitetsfunksjoner i samarbeid med Universitetet i Oslo	01.03.2017
M3-A	Aker	Avklare rammer og prinsipper for IKT	01.12.2016
M4-A	Aker	Vurdere og eventuelt supplere mulighetsstudie for utvikling og utnyttelse av tomten inkludert utnyttelse av eksisterende bygningsmasse. Arbeidet omfatter også reguleringsmessige avklaringer i samarbeid med Oslo kommune. Dette vil være en felles prosess for Gaustad og Aker	01.04.2017
M5-A	Aker	Utrede en overordnet fremdriftsplan med tilhørende estimater for investeringsprofil som grunnlag for konseptfasen	01.05.2017
M5-A	Aker	Utrede en overordnet fremdriftsplan med tilhørende estimater for investeringsprofil som grunnlag for konseptfasen	01.05.2017
M6-A	Aker	Utarbeide underlag til styresak for beslutning om oppstart konseptfase	01.05.2017
M1-RAD	Radiumhospitalet	Avklare virksomhetsinnhold og dimensjonerende faktorer som grunnlag for konseptfasen	01.11.2017
M2-RAD	Radiumhospitalet	Avklare arealbehov for universitetsfunksjoner i samarbeid med Universitetet	01.03.2017
M3-RAD	Radiumhospitalet	Avklare rammer og prinsipper for IKT	01.12.2016
M4-RAD	Radiumhospitalet	Oppsummere og eventuelt supplere mulighetsstudie for utvikling og utnyttelse av tomten inkludert forholdet til	01.12.2016

		eksisterende bygningsmasse. Arbeidet omfatter også oppfølging av reguleringsmessige forhold	
M5-RAD	Radiumhospitalet	Avklare grensesnitt til protonsentret som grunnlag for konseptfase	01.12.2016
M6-RAD	Radiumhospitalet	Utrede en overordnet fremdriftsplan med tilhørende estimater for investeringsprofil som grunnlag for konseptfasene	01.11.2016
M7-RAD	Radiumhospitalet	Utarbeide mandat for konseptfasen som skal framlegges AD i HSØ for godkjenning	01.12.2016
M8-RAD	Radiumhospitalet	Gjennomført konkurranse for arkitekter og rådgivertjenester (forutsetter oppstart konkurranse 01.10.2016)	01.04.2017
M1-RSA	RSA	Avklare virksomhetsinnhold og dimensjonerende faktorer som grunnlag for konseptfasene, herunder om PUA og lokal sikkerhet skal samlokaliseres med RSA	01.11.2016
M2-RSA	RSA	Etablere samarbeid med Kriminalomsorgen vedrørende plasser for særlig høyt sikkerhetsnivå	01.12.2016
M3-RSA	RSA	Avklare rammer og prinsipper for IKT	01.12.2016
M4-RSA	RSA	Starte prosess med tomteavklaring og evt erverv, samt følge opp reguleringsmessige forhold slik at tomtevalg avklares	20.12.2016
M5-RSA	RSA	Utrede en overordnet fremdriftsplan med tilhørende estimater for investeringsprofil som grunnlag for konseptfasene	01.12.2016
M6-RSA	RSA	Gjennomført konkurranse for arkitekter og rådgivertjenester (igangsatt per august 2016).	01.01.2017
M7-RSA	RSA	Utarbeide mandat for konseptfasen som skal framlegges administrerende direktør i Helse Sør-Øst for godkjenning.	01.12.2016

Hamar, 12.10.2016



Cathrine M. Lofthus
Administrerende direktør
Helse Sør-Øst RHF

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 27. oktober 2016
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Ingen

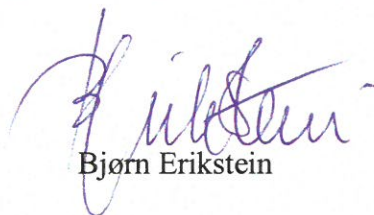
SAK 70/2016 PRESENTASJON AV IKT-OMRÅDET

I møtet vil det bli gitt en presentasjon av IKT-området.

Forslag til vedtak:

Styret tar presentasjonen til orientering.

Oslo, den 20. oktober 2016


Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 27. oktober 2016
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Ingen

**SAK 71/2016 LØNNSREGULERING FOR ADMINISTRERENDE
DIREKTØR FOR 2016**

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

Oslo, den 20. oktober 2016

Anne Carine Tanum
Sign.