

# Oslo universitetssykehus HF

## Møteinnkalling

Møtenavn:	Styremøte 8/2018
Dato møte:	27. september 2018
Møtetid:	Klokken 10.00 – ca 16.00
Møtested:	Radiumhospitalet, seminarrom 1 og 2.

---

52/2018	Godkjenning av innkalling og sakliste
53/2018	Godkjenning av protokoll fra møte 5. september 2018
54/2018	Rapport per andre tertial 2018
55/2018	Tilleggsdokument til Oppdrag og bestilling 2018
56/2018	Ny personvernforordning og personopplysningslov
57/2018	Sykehuspartner – felles IKT-leverandør i Helse Sør-Øst
58/2018	Kjøp av Trondheimsveien 235 på Aker sykehus
59/2018	Skisseprosjekt for protonsenters på Radiumhospitalet
60/2018	Eierskap i selskaper
61/2018	Oppfølging av styresaker per 1. halvår 2018
62/2018	Plan for styrets arbeid
63/2018	Administrerende direktørs orienteringer
64/2018	Lønnsregulering 2018 for administrerende direktør
65/2018	Godkjenning av protokoll

Gunnar Bovim  
Sign.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 27. september 2018

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Sakliste

---

**SAK 52/2018 GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE**

### **Forslag til vedtak:**

*Styret godkjenner innkalling og sakliste.*

Oslo, den 20. september 2018

Gunnar Bovim  
Sign.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 27. september 2018  
Saksbehandler: Direksjonssekretær  
Vedlegg: Protokoll fra 5. september 2018

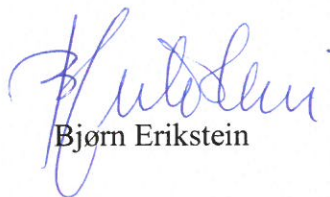
---

**SAK 53/2018      GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA  
STYREMØTE 5. SEPTEMBER 2018**

### Forslag til vedtak:

*Styret godkjenner protokoll fra styremøte 5. september 2018.*

Oslo, den 20. september 2018



Bjørn Erikstein

# Oslo universitetssykehus HF

## Protokoll

---

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	5. september 2018
Dato møte:	5. september 2018 kl. 8.00 – 9.35 på Ullevål sykehus i Oslo
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

---

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

Tilstede over telefon: Bjørn Erikstein, Svein Stølen, Anne Carine Tanum

Forfall: Berit Kjøll

Til stede fra administrasjon: Morten Reymert, Sølvi Andersen, Kjell Magne Tveit, Morten Meyer, Børge Einrem, Einar Hysing m.fl.

Tilstede ellers: Tove Nakken fra brukerutvalget, media og publikum

## Sak 50/2018 Godkjenning av innkalling og sakliste

Vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.



## Sak 51/2018 Fremtidens Oslo universitetssykehus - risikovurderinger

Brev av 31. august 2018 undertegnet av hovedtillitsvalgte i Norsk Sykepleierforbund, Fagforbundet og Legeforeningen med anmodning om ekstern kvalitetssikring, ble delt ut i møtet.

Vedtak:

1. Styret tar rapportene om risikovurdering til orientering.
2. Styret mener risikovurderingene av en eventuell faseforskyvning av første etappe mellom utbyggingene på henholdsvis Gaustad eller Aker viser at parallell utbygging og samtidig ibruktaking er mest hensiktsmessig.
3. Styret ber om at rapportene oversendes Helse Sør Øst RHF.

Styremedlemmene Svein Erik Urstrømmen, Else Lise Skjæret-Larsen og Aasmund M. Bredeli ønsket følgende ført i protokollen til sak 51/2018:

"Ansattrepresentantene Else Lise Skjæret-Larsen, Svein Erik Urstrømmen og Aasmund Bredeli vurderer at vedtakspunkt 2 i det opprinnelige vedtaksforslaget, og endret vedtaksforslag punkt 2 og 3 bortfaller og viser til alternativt vedtaksforslag: «Styret tar saken til orientering, og vil behandle konseptfaserapporten med tilhørende risikobilde i sitt styremøte i desember».

Bakgrunnen for dette er at rapportene og brev i saken allerede er diskutert mellom administrerende direktør i OUS og HSØ uten at dette er forelagt og behandlet i HSØ styringsgruppe for prosjektet. Det legges etter vårt syn føringer på prosjekteiers videre arbeid uten at styringsgruppen i HSØ har realitetsbehandlet saken.

Det blir etter vår vurdering uryddig fremgangsmåte av styret i OUS å behandle og legge føringer på enkelte risikoområder uten at dette ses i sammenheng med det totale risikobildet i prosjektet."

Gunnar Bovim  
styreleder

Anne Carine Tanum  
nestleder

Berit Kjøll  
Sett

Else Lise Skjæret-Larsen

Svein Stølen

Aasmund Magnus Bredeli

Svein Erik Urstrømmen

Tore Eriksen

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 27. september 2018

Saksbehandler: Visadministrerende direktør økonomi og finans  
Fungerende direktør for fag, pasientsikkerhet og samhandling

Vedlegg: Rapportvedlegg

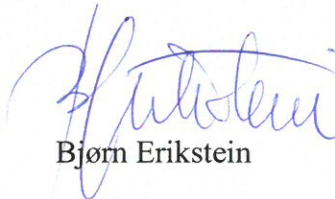
---

### SAK 54/2018 RAPPORT PER ANDRE TERTIAL 2018

#### Forslag til vedtak:

*Styret tar rapporteringen av resultater per august 2018 til orientering.*

Oslo den 20. september 2018

  
Bjørn Erikstein

## 1. Innledning – styringsmål 2018

I oppdragsdokument 2018 fra Helse Sør-Øst RHF fremgår det at virksomheten i Oslo universitetssykehus HF skal innrettes for å nå følgende overordnede styringsmål:

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

Målene skal nås innenfor vedtatt budsjett. Konkrete styringsmål for 2018 inngår i tabellvedlegget. I rapporteringen redegjøres det for styringsmålene hvor det rapporteres månedlige resultater. Rapporteringen utvides tertialvis og årlig med resultater for øvrige styringsmål. Ledelsens gjennomgang utføres i tertialmøter (i løpet av september for 2. tertial 2018) med alle klinikker hvor klinikkleder, klinikkstab og avdelingsledelse er til stede. Resultater fra denne gjennomgangen vil bli lagt frem for styret i neste møte.

## 2. Sammendrag

Gjennomgang av status og resultater hittil i 2018 beskrives under.

- I august var gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter 67 dager. Dette er en økning på to dager fra samme periode i 2017.
- For pasienter som venter på utredning/behandling var gjennomsnittlig ventetid per utgangen av august 63 dager. Dette er en reduksjon på 1 dag fra samme periode i 2017.
- Antall fristbrudd av ventende pasienter var per utgangen av august 55. Dette er 9 færre enn rapportert på samme tidspunkt i 2017.
- Antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer per utgangen av august var 21, mot 36 ved utgangen av samme periode i 2017.
- Andelen pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid var 57 prosent. Nasjonalt mål er 70 pst.
- Innenfor psykisk helsevern for voksne er den rapporterte aktiviteten hittil i 2018 noe lavere enn budsjettet for alle indikatorene.
- Innenfor psykisk helsevern for barn og unge er aktiviteten om lag som budsjettet eller høyere.
- Den polikliniske aktiviteten innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er hittil i 2018 noe høyere enn budsjettet mens antall utskrevne pasienter er noe lavere enn budsjettet.
- Innenfor somatikken er antall ISF-poeng hittil 0,5 prosent lavere enn budsjettet.
- Rapportert økonomisk resultat etter august 2018 viser et overskudd på 81 millioner kroner, mot et budsjettet overskudd på 117 millioner kroner. Dette gir et negativt budsjettavvik på 36 millioner kroner.
- Gjennomsnittlig antall brutto månedsverk for perioden januar til september 2018 er 19 064. Dette er en økning på 218 fra samme periode i 2017.
- Sykefraværet hittil i 2018 (til og med juli) var 7,5 prosent, en økning på 0,2 prosentpoeng fra samme periode i 2017.

### 3. Administrerende direktørs vurderinger

Hittil i år har helseforetaket jevnt over gode resultater innenfor ventelisteområdet. Resultatene innenfor pakkeforløp er imidlertid betydelig svakere enn de nasjonale målene. Arbeidet med å bedre måloppnåelsen på dette området vil derfor få særskilt oppmerksomhet fremover.

Selv om det fortsatt er lavere aktivitet enn budsjettet innenfor somatikken, er avvikene noe redusert de siste månedene. På årsbasis, dvs for hele 2018, forventes den somatiske aktiviteten å bli noe lavere enn forutsatt i budsjettet. Dette skyldes reelt lavere aktivitet og endret pasientsammensetning på enkelte områder, men er også en effekt av reduserte DRG-vekter i 2018. For å redusere det negative aktivitets- og inntektsavviket har administrerende direktør tett oppfølging av hvordan driften gjennomføres, herunder herunder utnyttelse av kapasitet (poliklinikk, sengeposter og operasjonsstuer), økonomiske resultater og prognoser for utvikling resten av året . Etter åtte måneders drift i 2018 har foretaket rapportert et negativt avvik i forhold til budsjett på 36 millioner kroner. Avviket er redusert de siste månedene. Det er blant annet høyere aktivitet i de somatiske klinikkene som har bidratt til redusert negativt avvik gjennom sommeren. Bemanningsutviklingen i september viser ikke den forventede nedgangen. Dette skyldes i stor grad forskjøvet ferieavvikling, turnover med nyrekruttering og økt bruk av vakansvakter.

Selv om det er noe lavere aktivitet enn budsjettet innenfor voksenpsykiatrien vurderes den samlede aktiviteten innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling å være god. For hele 2018 arbeider foretaket for å levere aktivitet som budsjettet eller bedre for dette området. Det er stor oppmerksomhet på prioriteringsregelen, og i budsjettet for 2018 er det lagt til grunn at aktiviteten skal øke mer innenfor disse områdene enn innenfor somatikken. Som følge av tildeling av midler til helårsdrift av FRONT-team for unge har døgnaktiviteten innenfor barne- og ungdomspsykiatrien vist en stor økning fra tidligere. Tilbudet har bidratt til å redusere det akuttpsykiatriske trykket i hele Oslo og har sannsynligvis også bidratt til å redusere antall polikliniske konsultasjoner innenfor barne- og ungdomspsykiatrien. For å kunne dekke behovet for poliklinisk aktivitet er det fortsatt behov for å bedre rekrutteringen, særlig innenfor barne- og ungdomspsykiatrien.

Selv om administrerende direktør er fornøyd med at det negative budsjettavviket er noe redusert siste måned, vurderes den økonomiske situasjonen fortsatt å være krevende. Det er fortsatt svake økonomiske resultater i mange av klinikkene som gir grunn for bekymring, også inn mot neste års budsjett. Gjennomføring av omstillingstiltak og god utnyttelse av sykehusets kapasitet vil derfor ha full oppmerksomhet utover i 2018, og som del av arbeidet med budsjett 2019. Som en del av arbeidet med budsjett 2019 er det besluttet å etablere klinikkvise forbedringsprogrammer. Hovedoppgaven høsten 2018 er å finne nødvendige tiltak for å nå kravet om økonomisk balanse i 2019 i klinikkene. Tillitsvalgte og vernetjeneste i klinikkene skal delta i dette arbeidet.

Samlet vurdering av driften på dette tidspunkt tilsier at det fortsatt er en risiko knyttet til foretakets økonomiske resultat for 2018. Inkluderes den positive resultateffekten ved planlagt overføring av midler fra Inven2 er vurderingen på dette tidspunkt at det

økonomiske resultatet likevel vil kunne bli i nærheten av budsjettkravet. Det vurderes å være en god margin innenfor tildelt samlet likviditet til drift og investeringer slik at investeringsbudsjettet for 2018 kan gjennomføres som planlagt.

#### **4. Tilgjengelige helsetjenester**

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

##### **4.1 Status ventetider**

I Oppdragsdokumentet for 2018 har Helse Sør-Øst RHF stilt krav om at gjennomsnittlig ventetid innenfor somatikken skal være under 57 dager. Innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det satt som mål at gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager.

I august var gjennomsnittlig ventetid for alle avviklede pasienter 67 dager og hittil i år er ventetid for alle avviklede pasienter også 57 dager. Dette er en dag mindre enn i samme periode i 2017. Innenfor Klinikk for psykisk helse og avhengighet var gjennomsnittlig ventetid til avvikling i august 47 dager og hittil i år 45 dager, redusert fra 48 dager i samme periode i 2017.

For pasienter som venter på utredning/behandling var gjennomsnittlig ventetid per utgangen av august 63 dager. Innenfor Klinikk for psykisk helse og avhengighet var gjennomsnittlig ventetid for ventende 36 dager. Samlet er dette en reduksjon på 6 dager fra samme tidspunkt i 2017.

##### **4.1. Passert tentativ tid**

I Oppdrag og bestilling 2018 er målet fra HSØ: *En større andel av pasientavtalene skal overholdes sammenlignet med 2017 (passert planlagt tid). Innen 2021 skal minst 95 prosent av avtalene overholdes.* Alle planlagte pasientkontakter skal være registrert med dato/klokkeslett for neste pasientavtale, eller en tentativ uke/måned. Tidspunkt settes ut fra en medisinsk vurdering.

Det er stor variasjon i utfordringsbildet mellom de ulike fagområdene. Ved utgangen av august var det en reduksjon i antall pasienter med passert tentativ tid på om lag 1 000 sammenlignet med samme periode i 2017. Det er fokus på oppfølging innenfor alle fagområder. I Oslo universitetssykehus HF er det per juli en andel på 5,5 prosent med passert planlagt tid.

##### **4.2. Status fristbrudd**

Per utgangen av august var det 55 fristbrudd for ventende pasienter. Sammenlignet med samme tidspunkt i 2017 er dette en reduksjon på 9 fristbrudd.

Årsaken til fristbruddene blant annet at time er avtalt og tildelt pasient kort tid etter freist, feilregistreringer og mangelfull kvalitetssikring av registrerte ventelistedata i det pasientadministrative systemet, forsinkelser i samarbeidet mellom Aleris og Seksjon for bryst og endokrinkirurgi. I de fleste tilfeller hvor det oppstår reelle

fristbrudd blir pasienten informert og det dokumenteres i journal at pasienten har gitt samtykke til forlenget ventetid.

Forebygging av fristbrudd pågår kontinuerlig, og i de tilfeller hvor pasientene må vente utover frist kontaktes pasienten for samtykke til forlenget ventetid.

### 4.3. Pakkeforløp for kreftpasienter

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

Data i tabellen under er for pakkeforløp startet i Oslo universitetssykehus HF. Helseforetaket har i tillegg pasienter i pakkeforløp startet ved annet helseforetak. Måloppnåelse for pasienter i pakkeforløp startet ved annet helseforetak inngår i resultatene for det helseforetak der pakkeforløpet starter, selv om deler av forløpet foregår ved Oslo universitetssykehus HF.

Innfrielse av forløpstid	Hittil i år
OF4 Kirurgisk behandling	61 %
OF4 Medikamentell behandling	61 %
OF4 Overvåkning	44 %
OF4 Strålebehandling	41 %
<b>Andel totalt</b>	<b>57 %</b>

For Helse Sør-Øst RHF samlet var andelen pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid for perioden januar - juli 2018 63 prosent. Det er variasjoner i måloppnåelse mellom helseforetakene. Oslo universitetssykehus HF har lavest måloppnåelse med 58 prosent etter juli og 57 prosent etter august.

Hvis man ser kun på de forløpene startet og avsluttet i år har de større andel innen normert tid enn forløp startet i 2017 og avsluttet i 2018. Begge inngår i tallene for «hittil i år», og utgjør sett i sammenheng argument for at det skjer en bedring.

Gode pasientforløp for kreftpasienter er et sentralt satsingsområde for Oslo universitetssykehus HF. Arbeidet med gode pasientforløp retter seg mot hele forløpet inklusiv rehabilitering, palliasjon og seineffekter og er dermed i tråd med den nylig reviderte utgaven av nasjonal kreftstrategi. Analyse av pakkeforløpsdata gir mulighet til å se hvor i forløpet forsinkelser oppstår. Det er foretakets vurdering at det er tilstrekkelig kapasitet i forhold til medikamentell kreftbehandling og stråleterapi, mens det er behov for mer kapasitet til kreftkirurgi. For mange av forløpene kan forløpstidene for første del av forløpet bedres betydelig. I tillegg planlegges det å samle lunge- og prostataonkologi og flytte brystkirurgi til Aker – begge deler før årsskiftet. Dette forventes å påvirke forløpstidene positivt.

Det er satt i verk oppfølging og tiltak mot de forløpene med lav måloppnåelse. Særskilt oppfølging mellom Arbeidsutvalget for Driftsstyret for kreft og respektive forløpsledelse omfatter nå forløpene hode/halskreft, brystkreft, lungekreft, prostatakreft og gynekologisk kreft. Det arbeides fortsatt med tiltakene beskrevet før sommeren:

1. Kirurgi er første behandlingsmodalitet for 60 prosent av pasientene. Det er en særlig utfordring knyttet opp til ferieavvikling og jul/påske. Gjennom samarbeid med driftsstyret for kirurgi er det etablert en høyere kapasitet for kreftkirurgi i år enn for 2017. Blant annet gjelder dette for gynekologisk kreft.
2. Det forløpet der flest pasienter ikke behandles innenfor normert tid er prostatakreft, og det gjelder både kirurgi og medikamentell behandling (før oppstart stråleterapi). Lite tilfredsstillende tider fram til start vurdering er et problem og vil nå bli analysert særskilt. Utilfredsstillende koelis-kapasitet er også problem det skal tas tak i. Seinest fra årsskiftet vil det skje en samlokalisering av behandlingsmiljøet på onkologisk side som forventes å gi en bedre daglig styring og koordinering som også vil bedre forløpstidene.
3. For gynekologisk kreft har det vært mangelfull måloppnåelse for alle tre forløp, men pr dags dato spesielt for eggstokk- og livmorkreft. Det er etablert nødvendig kapasitet for pasienter med livmorkreft med annen operasjonsteknikk for høyrisikopasienter (i henhold til internasjonale retningslinjer) og besluttet at lavrisikopasienter opereres ved Kvinneklinikken.
4. For lungekreft gjøres det nå mer detaljerte analyser av hvor svikten i forløpstider oppstår. Diagnostikk er allerede identifisert som flaskehals i en del tilfeller, og de diagnostiske klinikkene er bedt om å finne løsninger i dialog med klinikk.
5. Øre-nese-hals er den største gruppen av pasienter som primært behandles med stråleterapi. Her er forløpstidene svært dårlige. Forklaringen ser i hovedsak ut til å være at OUS forløp for disse pasientene er i tråd med det som nå foreslås som nasjonale prosedyrer, og at gjeldende pakkeforløpstider ikke er justert i tråd med anbefalt forløp som krever lenger tid. OUS tar nå initiativ via Helse Sør-Øst RHF overfor Helsedirektoratet for å endre gjeldende forløpstid.
6. Forløpstallene for brystkreft er svakere i år enn for 2017. De er planlagt en overføring av kirurgisk virksomhet fra Ullevål til Aker i løpet av 2018. Operasjonsvirksomheten vil etter det foregå i et egnet driftsområde tilpasset for dagkirurgisk virksomhet.

Utover disse tiltakene på hvert enkelt forløp arbeides det generelt med følgende tiltak:

- Innen den 15. i hver måned distribueres fra og med juni en oversikt over nøkkeldata for pakkeforløpene til alle aktuelle forløpsledere og linjeledere. I flere av forløpene i Oslo universitetssykehus HF har en betydelig andel av pasientene startet sitt pakkeforløp ved annet foretak. Dette gjelder ca 1/3 av pakkeforløpene. Også disse forløpstallene vil nå bli en del av dialogen med forløpslederne og med fagledere ved aktuelle HF for å identifisere forbedringer.
- Oppstart av regionale 3-strømsvideomøter fra høsten 2017. To nye konferanserom er blitt tatt i bruk ved (Ullevål og Radiumhospitalet). Møter er etablert for gynekologisk kreft, lungekreft og hjernekreft, og oppstart forventes for flere i løpet av høsten.
- Det gjennomføres oppfølgingsmøter mellom Arbeidsutvalget for Driftsstyret for kreftområdet og forløpsleder for hvert av kreftforløpene. Behov for tiltak settes opp etter hvert møte. Sentrale linjeledere deltar i møtene.

- Utarbeidelse av dokumenterte standardiserte pasientforløp for alle kreftforløp i løpet av 2018-19 koblet mot forbedringsarbeid.
- Ordningen med forløpskoordinatorer for kreftforløpene evalueres av en egen arbeidsgruppe som skal legge fram sine forslag over sommeren.
- Optimalisering av radiologisk bistand (en del av et større prosjekt i Klinikk for radiologi og nukleærmedisin).
- Analyse og oppfølging av flaskehals knyttet til patologi i dialog mellom ny avdelingsleder for Avdeling for patologi og Driftsstyret.

Flere av disse prosessene forventes over tid også å ha positiv innvirkning på pakkeforløpstidene.

## 5. Pasientbehandling

### 5.1. Aktivitet somatikk

For hele 2018 er det budsjettet med 242 056 ISF-poeng. ISF-poengene omfatter tradisjonell behandling som utføres på sykehus (DRG-poeng), men også andre typer tjenester hvor pasienten i større grad administrerer egen behandling (STG-poeng) som for eksempel hjemmedialyse og pasientadministrert legemiddelbehandling (H-resept).

For perioden januar til og med august 2018 er det rapportert 157 935 ISF-poeng for Oslo universitetssykehus HF, mens det er budsjettet med 158 804. Dette gir et negativt avvik på nærmere 900 ISF-poeng, tilsvarende 0,5 prosent. Det akkumulerte aktivitetsavviket er redusert gjennom sommeren. Isolert for august har imidlertid aktiviteten i de somatiske klinikkene vært lavere enn budsjettet.

Sammenlignet med samme periode i 2017 viser tallene at aktiviteten innenfor somatikken er om lag uendret. Dette innebærer at de somatiske klinikkene så langt ikke har levert den forventede aktivitetsveksten i årets budsjett på om lag 2 prosent. De viktigste forklaringene til dette er reduksjon i pasienter som er tracheostomert (intensivområdet), reduksjon i organtransplantasjoner, noe manglende tiltaksgjennomføring og noe dårligere utnyttelse av operasjonsstue enkelte steder. Når totalt antall ISF-poeng viser et negativt avvik på kun 0,5 prosent i forhold til det periodiserte budsjettet skyldes det blant annet flere poeng for legemidler på H-resept (pasientadministrerte legemidler) mv enn budsjettet.

Klinikkene med størst negativt aktivitetsavvik etter august er Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi (-5,1 prosent), Nevroklinikken (-2,8 prosent) og Klinikk for kirurgi, innflammasjonsmedisin og transplantasjon (-2,8 prosent). Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi har manglende effekt av tiltak for å øke aktiviteten og redusert aktivitet på en operasjonsstue som følge av mangel på operasjonssykepleiere. Det er videre utført færre oppgraderinger av cochlea-implantater. Nevroklinikken har hatt lavere aktivitet enn budsjettet innen Nevrokirurgisk avdeling. En stor del av avviket er relatert til reduksjon i utførte tracheostomier og økende samtidskonflikter ift trombektomiaktivitet som medfører strykninger i det elektive operasjonsprogrammet. Klinikken har hatt en vekst i aktiviteten innenfor trombektomi på 90 prosent. I tillegg til at det har vært vanskeligere å legge aktivitet fra Raskere tilbake inn i ordinær drift enn lagt til grunn



i budsjettet. I klinikk for kirurgi, innplammasjonsmedisin og transplantasjon skyldes avviket at det er gjennomført færre operasjoner og færre organtransplantasjoner.

### **5.2. Aktivitet psykisk helsevern for voksne**

Hittil i år er det skrevet ut 1 492 pasienter, en reduksjon på 4,5 prosent sammenlignet med tilsvarende periode i fjor og 3,2 prosent (50) færre enn budsjettet. Antall liggedøgn hittil i år er 1 prosent (465) færre liggedøgn enn budsjettet redusert med 1,7 prosent (781) sammenlignet med samme periode i 2017. Endringer i antall utskrevne pasienter henger sammen med pasientsammensetningen. For enkelte enheter innebærer krevende pasienter, blant annet med behov for langvarig skjermingsopplegg, en reduksjon i antall innlagte pasienter.

Antall polikliniske konsultasjoner hittil i år er 0,9 prosent (537) lavere enn budsjettet. Det er en reduksjon på 1,2 prosent (720) polikliniske konsultasjoner sammenlignet med tilsvarende periode i fjor. Dette skyldes blant annet satsing på omfattende opplæring i ny behandlingsmetode og midlertidig fravær. Klinikken arbeider for å hente inn det negative aktivitetsavviket.

### **5.3. Aktivitet psykisk helsevern for barn og unge**

Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er det hittil i år skrevet ut 142 pasienter. Dette er 33,7 prosent (36) flere enn budsjettet og tilsvarer en økning på 25,7 prosent (29) sammenlignet med tilsvarende periode i fjor. Antall liggedøgn viser også en stor økning, med en vekst hittil i år på 40,3 prosent (2 062) sammenlignet med tilsvarende periode i 2017. Det er i hovedsak etablering av Front Ungdom hjemmesykehus fra september 2017 som har bidratt til den store økningen i aktivitet på dette området.

Antall polikliniske konsultasjoner hittil i år er 5,0 prosent (1 392) høyere enn plantall. Sammenlignet med 2017 er det en økning på 2,8 prosent (781). Det er aktivitetet ved psykosomatisk poliklinikk for barn- og unge i Barne- og ungdomsklinikken som har økt aktiviteten, mens aktiviteten innenfor Klinikk for psykisk helse viser en liten reduksjon i antall konsultasjoner sammenlignet med 2017. Klinikken har over tid arbeidet med flere tiltak for å effektivisere driften og sørge for behandling i forventet omfang på årsbasis. Det er fortsatt vanskelig å rekruttere inn tilstrekkelig med nye medarbeidere, og dette gir utslag i lavere aktivitet på enkelte områder. Mer stabil bemanning forventes å gi økt aktivitet.

### **5.4. Aktivitet tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)**

Innenfor TSB er det hittil i år skrevet ut 5,1 prosent (81) færre pasienter enn budsjettet. Det arbeides aktivt med å forhindre drop-out og utskrivelser før pasienten er ferdig behandlet. Hittil i år er det 1,3 prosent (220) flere liggedøgn enn budsjettet og en vekst fra 2017 på 1,3 prosent (220). Dette skyldes godt oppmøte og få avbrudd i behandlingen. Kontinuerlig arbeid fra forløpskoordinator, herunder frem skynding av inntak og avklaring av inntak skal sørge for god aktivitet. Det vurderes også en økning i frekvensen av elektive innleggelser dersom aktivitetsnivået blir lavere i månedene fremover.

Antall polikliniske konsultasjoner hittil i år er 4,5 prosent (697) høyere enn budsjett og økt med 6,7 prosent (1 009) fra samme periode i 2017.

## **6. Økonomi**

### **6.1. Budsjettert overskudd i 2018**

Oslo universitetssykehus HF budsjetterte med et overskudd for 2018 på 175 millioner kroner, dvs 14,6 millioner kroner per måned.

### **6.2. Pensjonskostnad i 2018**

For 2018 har Oslo universitetssykehus HF budsjettert med en pensjonskostnad på 2 132 millioner kroner. Oppdaterte NRS-beregninger fra januar 2018 viste at pensjonskostnadene ved Oslo universitetssykehus HF blir redusert med om lag 141 millioner kroner i forhold til det som var lagt til grunn i budsjettet, til totalt 1 991 millioner kroner. Ved oppdatering av NRS-beregninger i juni, primært for beregning av pensjonskostnader i budsjett 2019, oppdaterte Oslo Pensjonsforsikring betalbar pensjonspremie for 2018, som følge av at premiefond ble brukt til å finansiere deler av premiebetalingen for 2018. Det medfører en reduksjon av pensjonskostnaden for 2018 på ytterligere 19 millioner kroner. Stortinget vedtok ved behandling av Prop. 85 S (2017-2018) i mai redusert basisramme til sykehusene som følge av endrede pensjonskostnader. For Oslo universitetssykehus HF er basisrammen for 2018 redusert med 137,1 millioner kroner. Både redusert pensjonskostnad på 141 millioner kroner og redusert basisramme på 137 millioner kroner er forholdsmessig inkludert i rapportert resultat.

### **6.3. Rapportert resultat**

Det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF viser etter august 2018 et regnskapsmessig overskudd på 81 millioner kroner, mot et budsjettert overskudd på 117 millioner kroner. Dette gir et negativt avvik hittil i år på 36 millioner kroner. Etter juli rapporterte Oslo universitetssykehus HF et negativt budsjettavvik på 41 millioner kroner. Dette innebærer at resultatet for august måned er vel 5 millioner kroner bedre enn budsjettert. Forrige resultatrapportering til styret var i juni, basert på resultat per mai. På det tidspunktet (per mai) hadde foretaket et negativt avvik fra budsjett på 58 millioner kroner, dvs at det negative budsjettavviket er redusert med 22 millioner kroner gjennom sommeren. Hovedårsaken til dette er knyttet til høyere aktivitet enn budsjettert innenfor somatikken for disse månedene. Siste måned har imidlertid aktiviteten innenfor somatikken vært noe lavere enn budsjettert, samtidig som lønnskostnadene har vært høyere. Dette medfører at klinikkenes negative avvik har økt noe siste måned. Innenfor stabsområdet er imidlertid de positive budsjettavvikene økt gjennom sommeren både innenfor IKT og øvrige stabsavdelinger.

Det er innført nytt finansieringssystem innenfor laboratorieområdet. Det er lagt til grunn at inntektsreduksjon innenfor Avdeling for medisinsk genetikk blir kompensert med inntil 200 millioner kroner med bakgrunn i tilbakemelding fra Helse Sør-Øst RHF datert 6. mars. Det knytter seg fortsatt usikkerhet til det samlede nivået for laboratorieinntekter i 2018. Det arbeides med analyser av utførte analyser i 2018 sammenlignet med utførte analyser i 2017 for å kunne gjøre en bedre vurdering av inntektsnivået innenfor laboratorieområdet.

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

Tall i MNOK	Budsjett 2018	Avvik per august		Kommentarer til avvik justert for avvik ØM og pensjon
		Rapportert avvik	Justert avvik	
Basisramme	11 889	-91	-	-
Aktivitetsbaserte inntekter	8 447	-23	-35	Avvik skyldes i hovedsak lavere aktivitet enn budsjettet innenfor somatikken, inkludert lavere gjestepasientinntekter
Andre inntekter	2 715	12	-8	Mindre avvik i flere av klinikkene.
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>23 051</b>	<b>-102</b>	<b>-43</b>	
Lønn- og innleiekostnader	15 829	4	-95	Når positivt avvik for pensjon holdes utenom er det et negativt avvik for øvrige lønns- og innleiekostnader på 95 mnok.
Kjøp av helsejenester	492	1	5	Om lag som budsjettet.
Varekostnader mv	2 623	31	41	Mindrekostnader i flere klinikker (PHA, MED, HHA, KRE). Høyere kostnader særlig i BAR, HLK og KLM. Reserve SPO bidrar positivt.
Andre driftskostnader	3 966	37	62	Mindrekostnader innenfor IKT og stab mv. Positivt avvik for nedskrivninger.
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>22 909</b>	<b>73</b>	<b>13</b>	
Driftsresultat	142	-30	-30	
Netto finans	33	6	-6	Negativt avvik for datterselskapene.
<b>Resultat OUS</b>	<b>175</b>	<b>-36</b>	<b>-36</b>	

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

#### 6.4. Gjennomføring av virksomheten – vurdering av utfordringsbilde og tiltak

Klinikkene leverer hver måned oppdaterte prognosevurderinger for økonomisk resultat, aktivitet og årsverk. I tillegg vurderes foretakets fellesposter, IKT og øvrig stabsområde slik at man får en samlet vurdering av foretakets økonomiske resultatrisiko. Klinikkene leverer også hver måned rapportering på gjennomføring av vedtatte tiltak. I tabellvedlegget vises gjennomføringsgrad og prognose for kostnadsreducerende og inntektsøkende tiltak. Tiltak for å øke den ordinære aktiviteten (DRG-poeng) inngår ikke i denne oversikten.

##### Gjennomføring av tiltak:

Per august har klinikkene planlagt kostnadsreducerende og inntektsøkende tiltak (unntatt DRG) med en effekt i 2018 på 333 millioner. Inkludert effekt av aktivitetsøkende tiltak innenfor somatikken er det planlagt resultatforbedrende tiltak for om lag 430 millioner kroner. For perioden januar – august er det rapportert en effekt av gjennomførte tiltak på 139 millioner kroner. Ut fra planlagt gjennomføring av tiltakene tilsvarende dette en gjennomføringsgrad på 67 prosent. På årsbasis forventes en gjennomføringsgrad på 76 prosent. Forventet gjennomføringsgrad er dermed noe redusert sammenlignet med klinikkens prognoser før sommeren. Det er store variasjoner i gjennomføringsgrad mellom klinikkene. Noen har rapportert at tiltakene er gjennomført med forventet effekt mens andre har relativt lav gjennomføringsgrad. Det er Klinik for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon som har lavest gjennomføringsgrad (27 prosent). Dette skyldes at klinikkens hovedtiltak (flytting av Urologisk avdeling) ikke vil få effekt i 2018.

##### Vurdering av gjennomføringsrisiko for budsjett 2018:

Klinikkens leverer oppdaterte prognoser for økonomisk resultat hver måned. Oppdaterte årsprognoser etter august 2018 er gjennomgått i klinikkvis

oppfølgingsmøter og vil benyttes som utgangspunkt for å vurdere klinikkens økonomiske utfordring inn mot 2019.

Kort oppsummert viser klinikkens prognoser et samlet avvik i forhold til budsjett på noe over 200 millioner kroner. Dette motsvares i stor grad av positive resultatprognoser for Administrerende direktørs stab, inkludert IKT-området og andre sentrale budsjettposter.

Det er fortsatt en rekke usikkerhetsforhold knyttet til vurdering av det totale økonomiske resultatet for 2018 for Oslo universitetssykehus HF. Viktigst er sykehuset evne til å gjennomføre planlagt aktivitet og å holde bemanning og lønnskostnader under kontroll. Det er fortsatt usikkerhet knyttet til endelig effekt av nytt laboratoriefinansieringssystem.

Samlet vurdering på dette tidspunkt tilsier at det fortsatt er en resultatrisiko knyttet til foretakets økonomiske resultat fra ordinær drift for 2018. Inkluderes den positive resultateffekten ved planlagt overføring av midler fra Inven2 vil det økonomiske resultatet likevel kunne bli i nærheten av budsjettkravet.

Det vurderes å være en god margin likviditetsmessig, slik at investeringsbudsjettet kan gjennomføres som planlagt.

#### Etablering av klinikkvise forbedringsprogrammer:

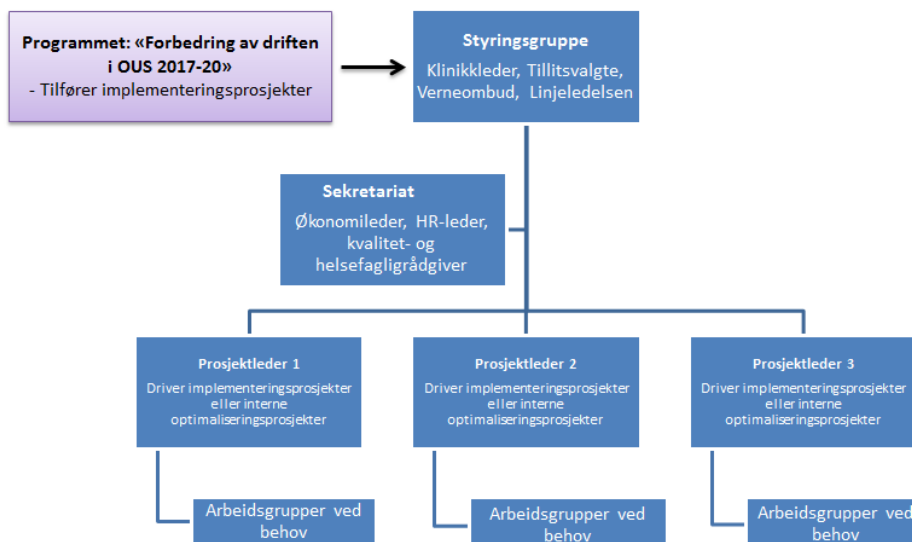
For å håndtere foretakets økonomiske utfordringsbilde er det nødvendig at tiltaksarbeidet som skal gjennomføres har et fler-årlig perspektiv, samt forankring både i linjeledelsen og hos klinikktiltidsvalgte og vernetjenesten. I tidligere budsjettprosesser har en gjennomgående tilbakemelding fra tiltidsvalgte vært at de opplever i for liten grad å bli involvert i klinikkens tiltaksarbeid. Den nye organiseringen vil i sikre bedre og løpende involvering.

Formålet med de klinikkvise forbedringsprogrammene er å drive klinikkene i økonomisk balanse. De fleste klinikkene har i de senere år hatt store underskudd, og det er i varierende grad gjennomført tiltak som er initiert gjennom foretakets sykehusovergripende forbedringsprogram. Det er også for stor variasjon i realisering av planlagte tiltak i budsjettet. Med bakgrunn i dette settes følgende to mål for de klinikkvise forbedringsprogrammene:

1. Klinikkene skal gjennomføre tiltak fra det sykehusovergripende programmet «Forbedring av driften i OUS 2017-20»
2. Klinikkene skal initiere og beslutte gjennomføring av egne klinikkspesifikke forbedringsprosjekter

Det vil være en løpende rapportering av fremgangen til prosjektene i de månedlige oppfølgingsmøtene med administrerende direktør.

Figuren under viser organisasjonskart for de klinikkvise forbedringsprogrammene.



I forbindelse med klinikkvise oppfølgingsmøter i september har klinikkene redegjort for status for etablering av forbedringsprogrammer i egen klinikk.

### 6.5. Investeringer og finansiering av investeringer

I styremøtet 15. desember 2017 vedtok styret et investeringsbudsjett for 2018 på 1 221 millioner kroner, jamfør styresak 73/2017. I styresak 8/2018 ble planlagt gjennomføring av investeringer i 2018 på 1 435 millioner kroner lagt frem hvor det i tillegg til budsjettet også ble tatt hensyn til overheng fra 2017.

Tabellen under viser bokførte investeringer og avvik hittil i år samt prognose for gjennomføring i 2018.

Investeringer (Beløp i millioner kroner)	Bokførte investeringer hiå.	Avvik hiå.	Prognose gjennomføring 2018
MTU	335	-31	516
Bygg	240	-215	481
Annet	20	0	58
<i>Investeringer som regnskapsføres</i>	594	-246	1 055
Egenkapital pensjon	20	1	56
IKT	17	-30	55
<b>SUM</b>	<b>630</b>	<b>-276</b>	<b>1 166</b>

I tabellvedlegget vises mer detaljert informasjon om planlagt gjennomføring og prognose for 2018, for både investeringer og finansiering.

Ved utgangen av august var regnskapsførte investeringer, eksklusive egenkapital til pensjonskasser og IKT, 594 millioner kroner. Dette er 246 millioner kroner lavere enn planlagt, hvorav anskaffelser av medisinskteknisk utstyr utgjorde 31 millioner kroner og investeringer i bygg 215 millioner kroner.

Årsaken til at gjennomførte anskaffelser av medisinskteknisk utstyr er lavere enn planlagt skyldes en noe for optimistisk fremdriftsplan. Prosessen for å komme i gang

med prosjekter innenfor tilsynsavvik og oppgraderinger er tidkrevende og dette er hovedårsaken til det lave pådraget på bygg.

Som følge av lav gjennomføringskapasitet hos Sykehuspartner blir noen planlagte investeringer i IKT utsatt til senere år. Det er derfor omdisponert om lag 20 millioner kroner fra IKT til bygg. Omdisponert beløp blir benyttet til kabling til trådløst nettverk. Dette er relatert til IKT, men blir klassifisert som bygg i regnskap.

Årsestimatet for investeringer, eksklusive egenkapital til pensjonskasser og IKT, er redusert med 255 millioner kroner. I styresak 17/2018 ga styret administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler for 120 millioner kroner av investeringsrammen for 2019. Estimater inkluderer investeringer for å erstatte sammenbrudd finansiert av investeringsrammen for 2019 med 25 millioner kroner til medisinkteknisk utstyr og 5 millioner kroner til bygg. Om lag 230 millioner kroner av det reduserte årsestimatet gjelder lukking av tilsynsavvik og oppgraderinger, som finansieres med 70 pst. lån fra Helse Sør-Øst RHF.

## **6.6. Likviditet**

Periodisert kontantstrømbudsjett for 2018 ble lagt frem for styret i sak 8/2018. Budsjettet innebar et økt trekk på bevilget driftskreditt med 113 millioner kroner gjennom året.

Ved utgangen av august var benyttet driftskreditt om lag 500 millioner kroner lavere enn budsjettet. Dette forklares i hovedsak med lavere pensjonspremie, endringer i arbeidskapitalen og lavere investeringspådrag enn budsjettet.

Årsestimatet for likviditetsbeholdningen er endret og det forventes et redusert trekk på bevilget driftskreditt med om lag 200 millioner kroner. Hovedårsaken er redusert estimat for pensjonspremie. Hoveddelen av de investeringene som ikke blir gjennomført som planlagt i 2018 var forutsatt finansiert med nye lån fra Helse Sør-Øst RHF og nye finansielle leieavtaler og den forsinkede gjennomføringen påvirker dermed ikke likviditetssituasjonen i vesentlig grad.

## **7. Bemanning og sykefravær**

### **7.1. Bemanningsutvikling**

Gjennomsnittlig brutto månedsverk hittil i år (januar til og med september) er 19 064. Brutto månedsverk hittil i år viser en økning på 218 brutto månedsverk, tilsvarende 1,2 prosent, sammenlignet med tilsvarende periode i 2017.

Internt finansierte månedsverk er hittil i år 0,9 prosent høyere enn budsjettet, og viser en økning på 228 (1,3 prosent) sammenlignet med samme periode i 2017. 1 493 Antall eksternt finansierte månedsverk hittil i år er 1493. Dette er en nedgang på 10 (0,7 prosent) sammenlignet med 2017. Antall brutto månedsverk i september har ikke fallt så mye fra august som forventet. Dette skyldes i stor grad noe forskyvning av ferieavvikling, som gir økt utbetaling av variabel lønn i september. Det har i tillegg vært stor turnover enkelte steder, som har medført økt bruk av vakansvakter for leger.

Klinikkene redegjør i månedlige møter med administrerende direktør for faktiske bemanningsøkninger, planlagte og uforutsette, og hvilke tiltak som er planlagt for å holde kontroll med kostnader knyttet til månedsverk.

Bruken av ferievikarer i juli, august og september er høyere i 2018 enn 2017. Det gjenstår 44 brutto månedsverk for ferievikarer i september, en økning på 14 fra 2017. For enkelte klinikker er det fordi noen ferievikarer skal over i ordinære vikariater i løpet av september mens det for andre er forlengelse av ferieperioden ut september.

I faktisk vekst fra 2017 til 2018 inngår bemanningsøkning på enkelte områder som ble prioritert i budsjettarbeidet for 2018. Dette gjelder blant annet innenfor ambulansetjenesten, etablering av FRONT-team for ungdom innenfor psykisk helse, prioritert kapasitetsøkning innenfor patologi og radiologi. I tillegg er det gjennom 2018 besluttet ytterligere kapasitetsøkning på enkelte andre områder. Dette er blant annet innenfor hjertemedisin hvor det er besluttet å øke med 5 LIS-leger for å bedre vaktberedskapen innenfor Avdeling for hjertemedisin. Som følge av overføring av aktivitet fra Feiring vil også antall årsverk øke med 25-30. Disse forventes å bli finansiert gjennom økte aktivitetsbaserte inntekter og tilskudd fra Helse Sør-Øst RHF. Etablering av ny slagorgansiering, "En dør inn", krever også økning i antall årsverk fremover. Dette er ikke budsjettert og må prioriteres inn i budsjett 2019. Denne type kapasitetsøkninger krever reduksjon i årsverk på andre områder dersom samlet antall årsverk ikke skal fortsette å øke.

I de klinikkvise forbedringsprogrammene er det planlagt tiltak for å riktig ressursbruk og rett bemanning for å bidra til å løse klinikkens økonomiske utfordring på kort og lang sikt. For å redusere bemanningskostnadene arbeides det med å redusere bruk av ekstern innleie, bemanningsgjennomgang for å sikre riktig bruk av ressurser, kortere overlapp eller opplæringsperiode ved ansettelser, er noen slike tiltak som flere klinikker arbeider med.

## **7.2. Sykefravær**

Sykefraværet i juli måned var 6,9 prosent fordelt på 2,2 prosent korttidsfravær og 4,7 langtidsfravær. Korttidsfraværet, som særlig er et uttrykk for sesongbasert sykefravær, viser en jevn nedgang siden februar, hvilket er som forventet.

Gjennomsnittlig sykefravær etter årets syv første måneder er 7,5 prosent fordelt på hhv 2,7 og 4,8 prosent kort- og langtidsfravær. Til sammenligning var sykefraværet i samme periode i 2017 7,3 prosent totalt, fordelt på 2,6 og 4,7 prosent kort- og langtidsfravær.

HR i direktørens stab og klinikkene, Arbeidsmiljøavdelingen og NAV Arbeidslivssenter Oslo samarbeider i 2018 om målrettede tiltak i flere enheter med utfordringer knyttet til et særskilt høyt sykefravær.

## **8. Budsjett 2019**

Styret behandlet i møte 15. mai sak 36/2018 Økonomisk langtidsplan 2019-2022 (38). Dette inkluderte vurdering av resultatkrav for 2019 hvor styret anbefalte et foreløpig styringsmål for 2019 på 100 millioner kroner i overskudd. Det foreløpige

styringsmålet er eksklusive gevinst fra salg av eiendom. Helse Sør-Øst RHF behandlet økonomisk langtidsplan 2019-2022 i møte 14. juni. Styret i Helse Sør-Øst RHF la til grunn det foreslåtte styringsmålet fra Oslo universitetssykehus HF.

Viseadministrerende direktør økonomi, juridisk og IKT sendte 20. juni ut bestilling til klinikkene i forhold til budsjett 2019. Her ble det redegjort for inntekts- og kostnadsforutsetninger for 2019, basert på forutsetninger lagt til grunn i Økonomisk langtidsplan. Hovedbudskapet til klinikkene er oppsummert i punktene under:

1. Klinikkene må gjøre egne vurderinger knyttet til vekst i pasientbehandlingen fra 2018 til 2019
2. Produktivetsforbedring på 2,5 % fra budsjett 2018 til budsjett 2019 for alle klinikkene
  - deler av dette må løses ved kostnadsreduksjoner
  - klinikker som har underskudd i 2018 vil få et større krav til produktivetsforbedring i 2019
3. Samlet bemanning i OUS skal ikke øke fra 2018 til 2019. Klinikkene må derfor finne tiltak for å redusere bemanningen på enkelte områder, slik at det blir rom for økt bemanning på prioriterte områder. Behov for økt kapasitet (økt bemanning) skal legges frem for ledermøtet og besluttes av administrerende direktør.
4. Det etableres klinikkvise forbedringsprogrammer med et flerårig perspektiv hvor hovedoppgaven høsten 2018 er å finne nødvendige tiltak for å nå kravet om økonomisk balanse i 2019 i klinikkene

Det er laget en intern tidsplan for budsjettarbeidet med ulike delleveranser fra klinikkene. Det er videre dialog med Helse Sør-Øst RHF om flere forhold knyttet til budsjett 2019, både inntektsramme og likviditetsbehov for gjennomføring av investeringer.

Styret vil i oktober få oppdatert informasjon om både økonomiske forutsetninger og status i arbeidet med planlegging av tiltak for å gjennomføre driften i 2019 innenfor budsjett. Styret vil i møte 14. desember få fremlagt forslag til vedtak om investerings-, aktivitets- og driftsbudsjett.



# Styresak 54/2018 Tabellvedlegg – måned rapport august 2018

Oslo universitetssykehus HF  
OUS HF

Rapporteringsperiode: August 2018  
(bemanning for september)

# Tabellvedlegg

Rapporten viser enkelte indikatorer for driften ved Oslo universitetssykehus HF

## 1. Innhold i tabellvedlegg

### 2. Pasientbehandling

2.1 Aktivitet

2.2 Ventelisteutvikling

2.3 Fristbrudd

### 3. Økonomi og finans

3.1 Økonomisk resultat OUS

3.2 Økonomisk resultat klinikker

3.3 Investeringer og likviditet

## 4 Bemanning

4.1 Bemanningsutvikling – graf OUS

4.2 Bemanningsindikatorer, internt finansierte

4.3 Utvikling sykefravær

4.4 Sykefravær per klinikk

Definisjoner årsverksindikatorer

## Følgende klinikkbetegnelser er brukt i tabeller/grafar:

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

## Andre forkortelser og begrep:

HIÅ: Hittil i år

Status per mnd: Akkumulerte tall

PHV: Psykisk helsevern

VOP: Voksenpsykiatri

BUP: Barne- og ungdomspsykiatri

TSB: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

# 1. Styringsmål 2018 (fra oppdrag og bestilling)

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

- Mål 2018:
  1. Redusere gjennomsnittlig ventetid sammenlignet med 2017. Under 57 dager for somatikk og under 40 dager for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
  2. Ingen fristbrudd.
  3. Redusere median tid til tjenestestart sammenlignet med 2017.
  4. Overholde en større andel av pasientavtalene sammenlignet med 2017 (passert planlagt tid) og minst 93% av avtalene i 2018.
  5. Andel pakkeforløp innenfor standard forløpstid skal være minst 70% for hver kreftform. Redusere variasjon i måloppnåelsen for pakkeforløp kreft på helseforetaksnivå.
- Sikre god drift og budsjetterte resultat for å kunne gjennomføre investeringer i bygg og utstyr.
- Bedre samordning mellom helseforetak, private leverandører og avtalespesialister for å sikre riktig kapasitet og god kapasitetsutnyttelse.

Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

- Mål 2018:
  1. Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Prioritere DPS og psykisk helsevern for barn og unge.
  2. Færre tvangsinnleggelse i psykisk helsevern enn i 2017.
  3. Færre pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) enn i 2017.
  4. Færrest mulig avbrudd i døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Redusere avvisningsrate ved distriktpsikiatriske sentre innen psykisk helsevern.

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

- Mål 2018:
  1. Redusere andel pasientskader med 25% innen utgangen av 2018 (GTT-undersøkelsene).
  2. Andel sykehusinfeksjoner skal være lavere enn 3%.
  3. 30% reduksjon i forbruk av bredspektrert antibiotika i sykehusene i 2020 sammenlignet med 2012.
  4. Minst 20% av pasientene med akutt hjerteinfarkt får intravenøs trombolysebehandling.
  5. Minst 50% av pasientene med hjerteinfarkt som får trombolysebehandling, får den innen 40 minutter etter innleggelse.
  6. Ingen korridorpasienter.
  7. Minst 30% av dialysepasientene får hjemmedialyse.
  8. Flere kliniske behandlingsstudier enn i 2017.
- Styrke arbeidet med å utdanne, rekruttere, beholde og utvikle medarbeidere.
- Arbeide med IKT- standardisering, informasjonsdeling og mobile løsninger som understøtter gode og trygge pasientforløp. Etablere en standardisert og sikker IKT-infrastruktur som understøtter videre digitalisering.

Følges opp gjennom månedlig, tertialvis og årlig rapportering

## 2.1 Aktivitet somatikk (ISF-poeng)

Oppdatert per 5/9-2018								
Periode: AUGUST 2018	Periodens tall			Rapportert per august			Sammenligning 2017	
Klinikk	Resultat	Avvik	Avvik i %	Resultat	Avvik	Avvik i %	Endring	i %
Medisinsk klinikk	2 192	-25	-1,1 %	18 191	-54	-0,3 %	235	1,3 %
Hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	1 182	-263	-18,2 %	12 040	-650	-5,1 %	-500	-4,0 %
Nevroklubikken	2 017	91	4,7 %	16 853	-486	-2,8 %	-229	-1,3 %
Ortopedisk klinikk	1 626	81	5,2 %	14 979	456	3,1 %	203	1,5 %
Barne- og ungdomsklubikken	1 154	-68	-5,6 %	10 494	233	2,3 %	251	2,5 %
Kvinneklubikken	1 709	-56	-3,2 %	13 795	-105	-0,8 %	201	1,5 %
Kirurgi, inflammasjonsmedisin og transpl	2 905	8	0,3 %	24 411	-713	-2,8 %	-578	-2,3 %
Kreftklubikken	2 722	77	2,9 %	20 908	-174	-0,8 %	332	1,6 %
Hjerte-, lunge- og karklubikken	2 166	-304	-12,3 %	21 390	-395	-1,8 %	215	1,0 %
Akuttklubikken	157	15	10,6 %	1 077	-69	-6,0 %	-109	-9,2 %
Fellesposter (H-resepter, grupper mv)	240	-115	-32,4 %	3 670	1 081	41,8 %		
<b>SUM TOTALT</b>	<b>18 085</b>	<b>-558</b>	<b>-2,9 %</b>	<b>157 939</b>	<b>-866</b>	<b>-0,5 %</b>	<b>-75</b>	<b>0,0 %</b>

- Estimat for forventet etterregistrering er inkludert i rapportert resultat.
- Ved sammenligning med 2017 er 2017-data fremstilt med vektor og logikk for 2018. Sammenligningen omfatter aktivitet utført ved Oslo universitetssykehus HF.

## 2.1 Aktivitet – psykisk helsevern

Rapporteringsperiode: AUGUST 2018	Denne periode				Hittil i år				2018 mot 2017	
Oslo universitetssykehus HF	Resultat	Budsjett	Awik	%	Hittil i år	Budsjett	Awik	%	Endring	%
<b>Psykisk helsevern - voksen</b>										
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	182	196	-14	-7,0 %	1 492	1 542	-50	-3,2 %	-70	-4,5 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	5 371	5 721	-350	-6,1 %	46 465	46 930	-465	-1,0 %	-781	-1,7 %
Antall polikliniske konsultasjoner	7 126	7 466	-340	-4,6 %	59 067	59 604	-537	-0,9 %	-720	-1,2 %
<b>Psykisk helsevern - barn og unge</b>										
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	11	10	1	13,6 %	142	106	36	33,7 %	29	25,7 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	697	692	5	0,8 %	7 182	5 120	2 062	40,3 %	2 089	41,0 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	304	346	-42	-12,0 %	2 232	2 373	-141	-6,0 %	-220	-9,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner	3 501	2 689	812	30,2 %	29 170	27 778	1 392	5,0 %	781	2,8 %
Antall polikliniske konsultasjoner PHA	2 747	2 270	477	21,0 %	23 488	23 586	-98	-0,4 %	-581	-2,4 %
Antall polikliniske konsultasjoner BAR	754	419	335	79,9 %	5 662	4 193	1 469	35,0 %	1 342	31,1 %
<b>TSB</b>										
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	172	199	-27	-13,6 %	1 495	1 576	-81	-5,1 %	-64	-4,1 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	2 076	2 002	74	3,7 %	16 587	16 367	220	1,3 %	220	1,3 %
Antall polikliniske konsultasjoner	2 331	2 125	206	9,7 %	16 032	15 335	697	4,5 %	1 009	6,7 %

# 2.1 Aktivitet radiologi per modalitet

## Vektede aktivitetstall

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

	Vekter (NCRP-vekt)	Mnd 2017	Mnd 2018	HiÅ 2017	HiÅ 2018	%-vis endring 2017-2018 Mnd	%-vis endring 2017-2018 HiÅ
Modalitet		H	H	H	H	H	H
Angio	25,8	4 825	5 005	45 382	44 634	3,7 %	-1,6 %
CT	9,9	44 095	47 025	388 308	399 475	6,6 %	2,9 %
MG	18,3	5 929	4 630	59 750	47 708	-21,9 %	-20,2 %
MR	17,1	32 849	32 370	346 309	331 979	-1,5 %	-4,1 %
NM	12,3	4 219	4 822	46 113	45 043	14,3 %	-2,3 %
PET	37,1	12 095	11 798	104 474	110 447	-2,5 %	5,7 %
RG	1	10 594	10 963	96 053	98 336	3,5 %	2,4 %
UL	1,9	4 142	4 765	40 261	43 873	15,0 %	9,0 %
MG - screen	18,3	18	18	204 155	218 411	0,0 %	7,0 %
TS	1	2 132	2 425	17 360	18 340	13,7 %	5,6 %
<b>Totalt</b>		<b>120 897</b>	<b>123 821</b>	<b>1 348 164</b>	<b>1 358 245</b>	<b>2,4 %</b>	<b>0,7 %</b>

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

Mer informasjon finnes i LISet under rapportmeny OUS RIS

## 2.1 Intensivaktivitet

Aktivitet	Aug 2018	Akkumulert Aug 2018	Aug 2017	Akkumulert Aug 2017	Endring 2017-2018	Endring i %
<b>Antall intensivpasienter</b>						
AKU	254	2 242	254	2 125	117	5,5 %
BAR	66	629	79	597	32	5,4 %
MED	75	622	74	559	63	11,3 %
<b>Antall intensivdøgn</b>						
AKU	1 155	9 464	1 089	9 754	-290	-3,0 %
BAR	803	6 549	953	6 174	375	6,1 %
MED	239	2 434	265	2 137	297	13,9 %
<b>Antall respiratordøgn</b>						
AKU	531	4 662	585	5 363	-701	-13,1 %
BAR	575	4 463	809	4 614	-151	-3,3 %
MED	80	1 178	172	1 167	11	0,9 %

*Intensivaktivitet i HLK inngår foreløpig ikke i tabellen.*

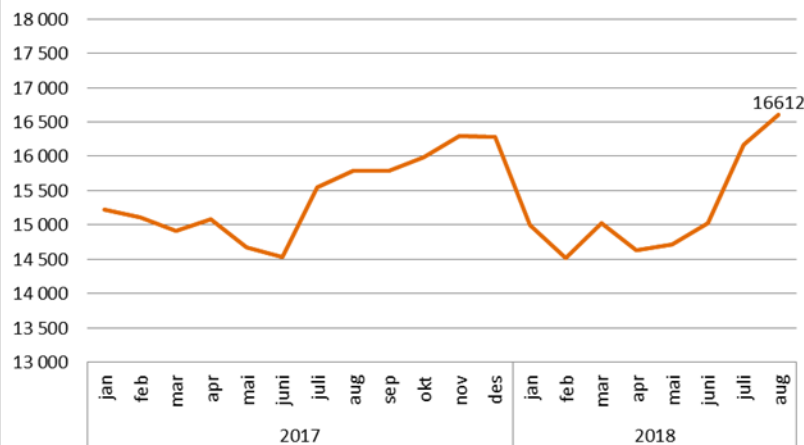
## 2.1 Aktivitet PO/Intensiv (Akuttklinikken)

Aktivitet	Aug 2018	Akkumulert Aug 2018	Aug 2017	Akkumulert Aug 2017	Endring 2017-2018	Endring i %
<b>Antall PO-pasienter AKU</b>						
Barneintensiv, RH	51	381	48	365	16	4,4 %
Barneintensiv US	28	358	20	164	194	118,3 %
Generell Intensiv US	37	187	18	137	50	36,5 %
Generell int 1, RH	26	224	18	150	74	49,3 %
Generell int 2, RH	18	285	19	160	125	78,1 %
Nevrointensiv, Ullevål	7	99	7	70	29	41,4 %
PO, Aker	364	3 508	368	3 416	92	2,7 %
PO, Radium	258	1 954	241	1 984	-30	-1,5 %
PO, RH	783	6 780	813	6 991	-211	-3,0 %
PO, Ullevål	367	3 108	377	3 211	-103	-3,2 %
<b>Sum antall PO-pasienter AKU</b>	<b>1 939</b>	<b>16 884</b>	<b>1 929</b>	<b>16 648</b>	<b>236</b>	<b>1,4 %</b>
<b>Liggedøgn PO-pasienter AKU</b>						
Barneintensiv, RH	11	83	10	91	-8	-8,8 %
Barneintensiv US	7	103	7	51	52	102,0 %
Generell Intensiv US	15	80	6	54	26	48,1 %
Generell int 1, RH	8	67	6	41	26	63,4 %
Generell int 2, RH	4	63	4	46	17	37,0 %
Nevrointensiv, Ullevål	3	47	2	31	16	51,6 %
PO, Aker	58	587	71	641	-54	-8,4 %
PO, Radium	59	439	56	440	-1	-0,2 %
PO, RH	80	753	88	801	-48	-6,0 %
PO, Ullevål	111	917	115	920	-3	-0,3 %
<b>Sum antall liggedøgn PO-pasienter AKU</b>	<b>356</b>	<b>3 139</b>	<b>365</b>	<b>3 116</b>	<b>23</b>	<b>0,7 %</b>



## 2.2 Ventelisteutvikling – antall ventende

Antall ventende

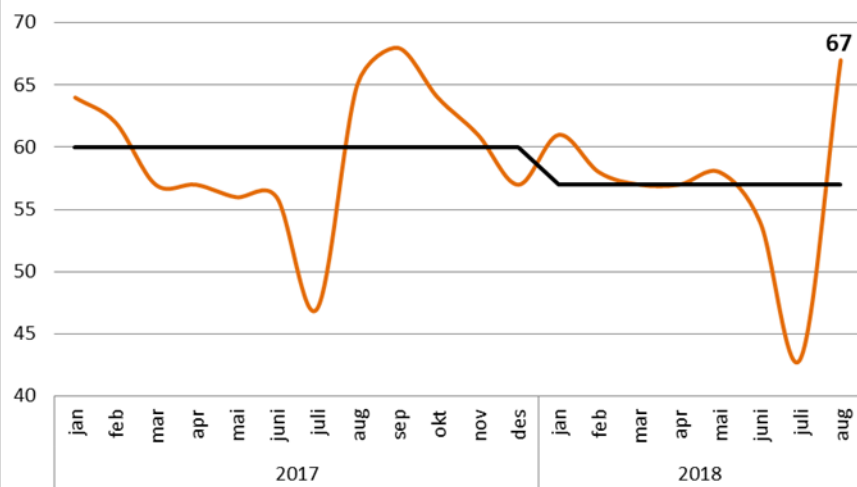


Antall ventende	2017				2018				Utvikling
	mai	juni	juli	aug	mai	juni	juli	aug	
PHA	597	575	627	464	567	472	530	459	
MED	2 117	2 080	2 270	2 298	2 029	2 135	2 379	2 419	
HHA	2 147	2 287	2 395	2 556	2 152	2 332	2 351	2 540	
NVR	1 557	1 356	1 490	1 593	1 606	1 587	1 762	1 733	
OPK	1 518	1 481	1 653	1 777	1 587	1 588	1 812	1 873	
BAR	668	653	731	643	733	707	795	685	
KVI	1 051	973	955	1 007	934	1 042	1 233	1 319	
KIT	3 254	3 399	3 502	3 468	3 294	3 243	3 231	3 347	
KRE	348	321	337	384	368	366	363	439	
HLK	658	677	797	769	808	885	1 016	1 073	
AKU	108	148	171	170	136	158	181	155	
KLM	644	585	622	663	503	517	509	570	
<b>Sum klinikker</b>	<b>14 668</b>	<b>14 535</b>	<b>15 550</b>	<b>15 792</b>	<b>14 800</b>	<b>15 032</b>	<b>16 162</b>	<b>16 612</b>	
Diff vs. 2017								820	
Diff %								5 %	

Antall ventende = ikke avviklede henvisningsperioder

## 2.2 Gjennomsnittlige ventetider til avvikling

Gj.sn. ventetider til avvikling

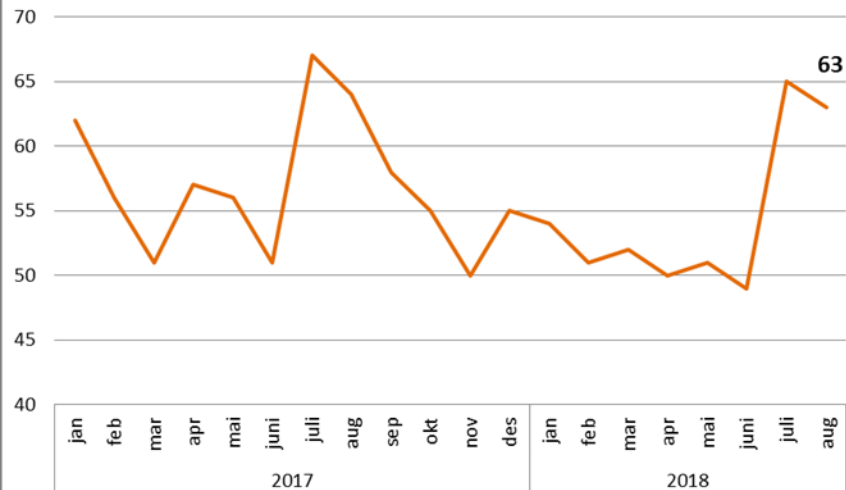


Gj.sn. v.tid til avvikling	2017				2018				Utvikling
	mai	juni	juli	aug	mai	juni	juli	aug	
PHA	50	44	42	56	44	45	34	47	
MED	59	59	44	62	59	57	45	69	
HHA	57	56	41	72	55	51	39	72	
NVR	57	54	41	65	57	53	50	71	
OPK	67	81	74	87	74	70	68	86	
BAR	65	56	40	80	64	66	46	85	
KVI	54	56	41	61	48	45	35	49	
KIT	56	65	60	70	68	65	50	72	
KRE	35	24	27	36	31	28	28	46	
HLK	60	49	45	66	60	54	50	83	
AKU	64	59	73	89	98	82	101	98	
KLM	37	41	29	41	35	31	26	40	
<b>OUS</b>	<b>56</b>	<b>56</b>	<b>47</b>	<b>65</b>	<b>58</b>	<b>54</b>	<b>43</b>	<b>67</b>	
Diff vs. 2017								2	
Diff %								3 %	

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

## 2.2 Gjennomsnittlige ventetider ventende

Gj.sn. ventetider ventende

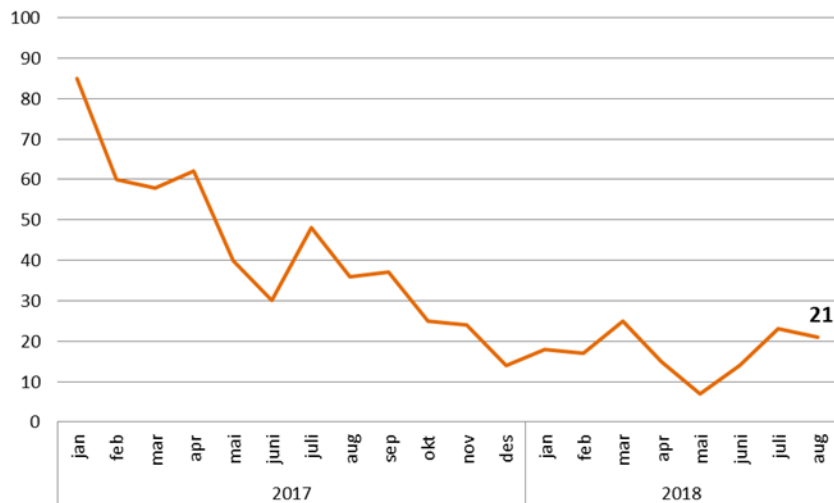


Gj.sn. v.tid ventende	2017				2018				Utvikling
	mai	juni	juli	aug	mai	juni	juli	aug	
PHA	36	33	55	46	32	29	42	36	
MED	52	47	61	61	50	48	62	60	
HHA	68	62	82	77	54	50	71	66	
NVR	42	38	56	50	37	36	55	46	
OPK	78	67	78	79	59	63	76	79	
BAR	50	49	65	62	56	52	70	71	
KVI	46	44	62	57	42	38	53	47	
KIT	59	56	70	69	61	59	74	75	
KRE	55	48	55	31	26	28	40	37	
HLK	52	41	67	60	46	45	62	64	
AKU	47	42	59	62	64	58	67	77	
KLM	44	35	49	48	38	31	49	40	
OUS	56	51	67	64	51	49	65	63	
Diff vs. 2017								-1	
Diff %								-2%	

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

## 2.2 Langtidsventende ( $\geq 12$ mnd)

Ventende  $\geq 12$  mndr.



Antall ventet $\geq 1$ år	2017				2018				Utvikling
	mai	juni	juli	aug	mai	juni	juli	aug	
PHA	-	-	3	1	-	1	1	-	
MED	1	-	-	-	-	-	1	1	
HHA	16	19	26	20	2	2	3	5	
NVR	1	1	2	2	1	2	6	1	
OPK	12	4	5	4	-	-	-	-	
BAR	-	-	-	-	-	-	-	-	
KVI	-	1	-	-	-	-	1	-	
KIT	6	3	2	5	4	7	7	10	
KRE	2	2	4	1	-	1	2	2	
HLK	2	-	6	2	-	1	2	2	
AKU	-	-	-	-	-	-	-	-	
KLM	-	-	-	1	-	-	-	-	
<b>Sum</b>	<b>40</b>	<b>30</b>	<b>48</b>	<b>36</b>	<b>7</b>	<b>14</b>	<b>23</b>	<b>21</b>	
Diff vs. 2017									-15
Diff %									-42 %

## 2.3 Fristbrudd

Fristbrudd ordinært avviklede	2017				2018				Andel aug	Utvikling
	Antall				Antall					
	mai	juni	juli	aug	mai	juni	juli	aug		
PHA	2	-	-	-	-	1	-	4	1,3%	
MED	3	7	2	2	-	3	-	3	0,3%	
HHA	6	10	7	5	4	5	6	13	1,5%	
NVR	5	5	1	1	5	1	3	3	0,4%	
OPK	1	1	2	-	1	1	-	1	0,2%	
BAR	20	3	-	9	12	8	-	7	2,2%	
KVI	1	3	1	6	7	-	4	4	0,7%	
KIT	36	61	27	45	16	23	12	17	1,6%	
KRE	14	15	13	22	9	5	13	20	6,4%	
HLK	1	2	6	7	7	-	3	2	0,8%	
AKU	-	-	-	-	-	-	-	-	0%	
KLM	-	-	-	-	-	-	-	-	0%	
Sum	91	107	59	97	61	47	41	74	1,2%	
Endr fra 2017									-23	
Endr i %									-24 %	

Fristbrudd ventende	2017				2018				Andel aug	Utvikling
	Antall				Antall					
	mai	juni	juli	aug	mai	juni	juli	aug		
PHA	-	-	1	-	1	-	1	-	0,2	
MED	-	-	2	1	2	-	1	2	0,2	
HHA	4	2	3	1	1	2	1	5	0,1	
NVR	3	1	6	5	1	2	-	2	0,3	
OPK	2	2	-	1	-	1	1	-	-	
BAR	3	-	6	3	8	-	4	8	2,0	
KVI	-	-	1	1	1	1	4	7	-	
KIT	37	29	56	40	12	11	7	11	0,8	
KRE	5	3	16	5	5	8	10	16	0,9	
HLK	4	4	19	7	8	6	4	4	0,3	
AKU	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
KLM	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2	
Sum	59	41	110	64	39	31	33	55	0,3%	
Endr fra 2017									-9	
Endr i %									-14 %	

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 2018	August				Hittil i 2018			
		Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %
Basisramme	11 889 309	941 850	953 327	-11 477	-1,2 %	7 721 384	7 812 265	-90 881	-1,2 %
Aktivitetsbaserte inntekter	8 447 259	636 040	647 662	-11 622	-1,8 %	5 507 104	5 530 410	-23 305	-0,4 %
Andre inntekter	2 714 720	222 993	237 122	-14 129	-6,0 %	1 761 342	1 749 229	12 113	0,7 %
Sum driftsinntekter	23 051 288	1 800 884	1 838 112	-37 228	-2,0 %	14 989 830	15 091 903	-102 073	-0,7 %
Lønn -og innleiekostnader	15 828 574	1 243 931	1 251 773	7 843	0,6 %	10 315 607	10 319 513	3 906	0,0 %
Kjøp av helsejenester	492 303	32 534	40 752	8 218	20,2 %	326 530	327 664	1 134	0,3 %
Varekostnader mv	2 622 546	201 172	206 093	4 921	2,4 %	1 694 829	1 725 752	30 923	1,8 %
Andre driftskostnader	3 965 783	303 585	327 284	23 699	7,2 %	2 589 249	2 625 788	36 539	1,4 %
Sum driftskostnader	22 909 206	1 781 221	1 825 902	44 680	2,4 %	14 926 215	14 998 717	72 502	0,5 %
Driftsresultat	142 082	19 663	12 210	7 453	0,4 %	63 615	93 186	-29 571	-0,2 %
Netto finans	32 918	365	2 373	-2 009	-84,6 %	17 374	23 480	-6 106	-26,0 %
Resultat OUS	175 000	20 025	14 583	5 442	0,3 %	80 987	116 666	-35 680	-0,2 %

*Kommentar: Nye pensjonskostnadsberegninger for 2018 viser en reduksjon på 141 millioner kroner sammenlignet med budsjett. Dette gir redusert basisramme og redusert lønnskostnad sammenlignet med budsjett.*

# 3.1 Kommentarer til resultat per ØBAK-linje

Art_ØBAK	Resultat	Budsjett	Avvik	Kommentarer til de største avvikene
<b>Basisramme</b>	7 665 693	7 756 574	-90 881	Basisramme er redusert med 91 mnok per august, som følge av reduserte pensjonskostnader.
<b>Kvalitetsbasert finansiering</b>	55 691	55 691	0	Inntektsføres som budsjett.
<b>ISF egne pasienter</b>	2 508 159	2 604 018	-95 859	De totale ISF-inntektene er om lag 50 mnok lavere enn budsjett. I dette ligger et positivt avvik på 36 mnok relatert til refusjon for
<b>ISF somatisk poliklinisk aktivitet</b>	571 940	566 758	5 182	pasientadministrerte legemidler (hovedsakelig knyttet til de nye legemidlene som ble overført i 2017 og 2018). Det negative
<b>ISF-refusjon fritt behandlingsvalg</b>	0	0	0	avviket kan i stor grad relateres til dag-/døgnbehandling innen somatikken. Dette har sammenheng med noe lavere aktivitet enn
<b>ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB</b>	46 821	41 405	5 416	forutsatt i flere klinikker hittil i år. I august måned isolert var aktiviteten innen somatikken om lag 3 % lavere enn budsjettet.
<b>ISF-refusjon pasientadministrerte legemidler</b>	80 277	44 614	35 663	Dette gjelder særlig Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi og Hjerte-/lunge- og karklinikken. I akkumulert avvik inngår også avvik knyttet til negativ gruppereffekt ut over budsjettet, noe forsinket effekt av tiltak og noe dårligere utnyttelse av operasjonsstuene enkelte steder. Det er også registrert færre pasienter som er tracheostomert hittil i 2018 enn i samme periode i 2017, samt færre organtransplantasjoner. Poliklinisk behandling innen somatikken har et positivt avvik på om lag 5 mnok. Innen PHA er det et akkumulert positivt avvik på om lag 5,5 mnok - hovedsakelig relatert til BUP.
<b>Utskrivningsklare pasienter</b>	6 011	2 245	3 765	Antall utskrivningsklare pasienter er høyere enn forventet, derfor også noe høyere inntekt.
<b>Gjestepasienter</b>	477 979	427 420	50 558	Det er et positivt avvik på om lag 1,5 mnok relatert til PHA og TSB og et negativt avvik på om lag 6 mnok relatert til kurdøgn. Det øvrige avviket kan i sin helhet relateres til somatikken, både dag-/døgnbehandling og poliklinisk behandling.
<b>Salg av konserninterne helsetjenester</b>	1 348 958	1 393 825	-44 867	Salg av helsetjenester til andre i egen region er om lag 45 mnok lavere enn budsjettet. Det negative avviket gjelder stor grad dag- og døgnaktivitet innen somatikken (hvorav deler av dette også kan relateres til gruppereffekt ut over budsjettet). PHA har et positivt avvik 4,2 mnok og kurdøgn (SSE og Geilomo) et positivt avvik på om lag 9 mnok.
<b>Polikliniske inntekter</b>	466 960	450 124	16 836	Om lag 14 mnok av det positive avviket gjelder merinntekter ved Kreftklinikken og kreftcytogenetikk. Resten av det positive avviket kan relateres til øvrig laboratorievirksomhet.
<b>Andre øremerkede tilskudd</b>	880 530	961 993	-81 463	Inntektene føres i takt med faktisk forbruk (kostnadene).
<b>Andre driftsinntekter</b>	889 577	787 236	102 340	Avviket gjelder i hovedsak øremerkede tilskudd fra private som salderes under andre driftsinntekter. Det er for øvrig mindre, både positive og negative avvik på flere flere poster.
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>14 998 594</b>	<b>15 091 903</b>	<b>-93 309</b>	
<b>Kjøp av off helsetjenester</b>	40 571	28 919	-11 652	Kjøp av helsetjenester fra andre regioner er om lag som budsjettet. Avviket kan i sin helehet relateres til tilskudd gitt fra nasjonalt kompetansesenter til andre foretak. Avviket har motpost på inntektsiden under andre øremerkede tilskudd.
<b>Kjøp av private helsetjenester</b>	239 615	247 839	8 223	Det positive avviket gjelder i hovedsak lavere kostnader til kjøp av behandling i utlandet.
<b>Varekostnader</b>	1 696 285	1 726 919	30 634	Det er noe lavere kostnader enn budsjettet på både medikamenter og andre medisinske forbruksvarer. Avviket kan ses i sammenheng med lavere aktivitet enn forutsatt.
<b>Innleid arbeidskraft</b>	145 895	108 282	-37 613	Innleiekostnadene er om lag 82 mnok høyere enn budsjettet og også noe høyere enn på samme tid i fjor (7 %).
<b>Kjøp av konserninterne</b>	46 613	50 913	4 300	Det positive avviket gjelder i hovedsak lavere kostnader enn budsjettet til gjestepasienter innenfor rusområdet.
<b>Lønn til fast ansatte</b>	7 311 074	7 298 905	-12 169	De samlede lønnskostnadene er 40 mnok lavere enn budsjettet. I dette aviket inngår rundt 93 mnok i lavere pensjonskostnader enn forutsatt i budsjettet. Aviket eksl. pensjonseffekt er således negativt med om lag 53 mnok. Om lag 8 mnok av det negative
<b>Overtid og ekstrahjelp</b>	832 490	762 224	-70 266	aviket gjelder øremerkede midler. Lønnsrefusjonene er høyere enn budsjettet, men må ses i sammenheng med høyere
<b>Pensjon</b>	1 319 408	1 413 004	93 596	aviket gjelder øremerkede midler. Lønnsrefusjonene er høyere enn budsjettet, men må ses i sammenheng med høyere
<b>Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft</b>	-499 295	-475 286	24 009	aviket gjelder øremerkede midler og reduserte pensjonskostnader er det et merforbruk
<b>Annen lønn</b>	1 206 035	1 211 210	5 175	aviket gjelder øremerkede midler og reduserte pensjonskostnader er det et merforbruk
<b>Avskrivninger</b>	603 207	599 986	-3 221	aviket gjelder øremerkede midler og reduserte pensjonskostnader er det et merforbruk
<b>Nedskrivninger</b>	1	16 864	16 863	aviket gjelder øremerkede midler og reduserte pensjonskostnader er det et merforbruk
<b>Andre driftskostnader</b>	1 997 677	2 008 938	11 261	Andre driftskostnader har totalt et avvik på 11 mnok. I dette ligger blant annet høyere energikostnader enn budsjettet og kostnader tilhørende øremerkede midler som salderes under inntektene. Noe lavere IKT-kostnader bidrar positivt. I tillegg er det flere små avvik, både positive og negative, på flere poster.
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>14 939 577</b>	<b>14 998 717</b>	<b>59 140</b>	
<b>Finansinntekter</b>	-49 962	-56 673	-6 711	Det er et negativt avvik på finansinntektene som i all hovedsak kommer som følge av negativt bidrag fra datterselskapene. Dette forventes å jevne seg ut i løpet av året. Positivt avvik på finanskostnadene har sammenheng med noe lavere renter, samt lavere utnyttelse av driftskreditt enn forutsatt i budsjettet.
<b>Finanskostnader</b>	27 993	33 193	5 200	
<b>Netto finans</b>	<b>-21 970</b>	<b>-23 480</b>	<b>-1 510</b>	
<b>TOTALT</b>	<b>80 986</b>	<b>116 666</b>	<b>-35 680</b>	

## 3.2 Økonomisk resultat – per klinikk

Rapportering August 2018 tall i hele 1000 kr	August				Hittil i år			
Økonomisk resultat	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Klinikk psykisk helse og avhengighet	-7 834	0	-7 834	-4,2 %	-6 585	0	-6 585	-0,5 %
Medisinsk klinikk	-1 177	0	-1 177	-1,0 %	-5 398	0	-5 398	-0,6 %
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	-3 645	0	-3 645	-5,5 %	-32 185	0	-32 185	-5,8 %
Nevroklinikken	657	0	657	0,7 %	-29 577	0	-29 577	-4,3 %
Ortopedisk klinikk	2 453	0	2 453	4,3 %	-8 038	0	-8 038	-1,7 %
Bame- og ungdomsklinikken	-67	0	-67	-0,1 %	10 368	0	10 368	1,3 %
Kvinneklinikken	-3 532	0	-3 532	-5,7 %	-12 240	0	-12 240	-2,7 %
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	-588	0	-588	-0,6 %	-31 726	0	-31 726	-4,0 %
Kreftklinikken	2 266	0	2 266	1,5 %	26 547	0	26 547	2,2 %
Hjerte-, lunge- og karklinikken	-15 483	0	-15 483	-15,0 %	-35 118	0	-35 118	-4,4 %
Akuttklinikken	-2 672	0	-2 672	-1,6 %	-15 105	0	-15 105	-1,2 %
Prehospital klinikk	-110	0	-110	-0,1 %	-3 204	0	-3 204	-0,5 %
Klinikk for laboratoriemedisin	2 334	0	2 334	1,4 %	506	0	506	0,0 %
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	538	0	538	0,7 %	-828	0	-828	-0,1 %
Oslo sykehusservice	-8 825	0	-8 825	-4,4 %	-5 331	0	-5 331	-0,3 %
Direktørens stab	15 189	0	15 189	12,6 %	58 543	0	58 543	5,6 %
Fellesposter	40 467	11 722	28 745	-55,2 %	151 588	90 625	60 963	12,5 %
Konsem	58	2 848	-2 790		18 769	26 028	-7 259	
Sum OUS	20 027	14 583	5 444	0,3 %	80 986	116 666	-35 680	-0,2 %



# 3.2 Kommentarer til klinikkens resultater

Klinikk	Avvik i mill kr	Overordnet beskrivelse av avvik
Klinikk psykisk helse og avhengighet	-7	Klinikken har høyere driftskostnader enn budsjettert, hovedsakelig knyttet til lønnsområdet hvor det negative avviket utgjør 21 mnok. Positivt avvik på varekostnader gjør at de totalt driftsutgiftene er 16,8 mnok høyere enn budsjett. Driftsinntektene er 10 mnok høyere enn budsjett.
Medisinsk klinikk	-5	Driftsinntektene er om lag 2 mnok høyere enn budsjett. Totalt har utgiftsiden et negativt avvik på 7,4 mnok, hovedsakelig knyttet til lønn- og innleiekostnader. Varekostnadene har et positivt avvik på 5 mnok.
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	-32	I det samlede negative avviket på 32 mnok utgjør avvik på inntektssiden (aktivitetsbaserte inntekter) om lag halvparten. Avviket på driftsutgiftene er i all hovedsak knyttet til høyere lønnskostnader enn budsjettert.
Nevroklinikken	-30	De aktivitetsbaserte inntektene er om lag 11 mnok lavere enn budsjettert. Hoveddelen av dette er relatert til nedgang i antall tracheostomier. Klinikken har et merforbruk på 18 mnok for sum driftsutgifter, hvorav alt er relatert til lønnsområdet.
Ortopedisk klinikk	-8	Høy aktivitet på Skadelegevaktens bidrar til høyere inntekter (16 mnok). Kostnadssiden har et negativt avvik på 24 mnok herav lønnsområdet med 10,7 mnok.
Barne- og ungdomsklinikken	10	Klinikken har høyere aktivitet og tilhørende inntekter enn budsjettert (utgjør om lag 15 mnok). Samtidig er det negative avvik på lønnsområdet, samt merkostnader til innleie (hovedsakelig knyttet til nyfødtintensiv). Varekostnader har et negativt avvik på 21 mnok som i stor grad knyttes til legemidler som viderefaktureres og dermed gir også gir høyere inntekt.
Kvinneklinikken	-12	Klinikken har lavere aktivitet enn planlagt, blant annet er det færre fødsler enn forventet. Lønnskostnadene er høyere enn budsjettert. Samlet gir dette et negativt avvik på 12 mnok per august.
Klinikk for kirurgi, inflammasjons-medisin og transplantasjon	-32	Klinikken har lavere aktivitet enn planlagt per august (2,8 %) noe som gir et negativt inntektsavvik på om lag 18 mnok. Kostnadene er høyere enn budsjettert, hvorav 10 mnok gjelder lønnsområdet. Det er også noe høyere innleiekostnader enn forutsatt.
Kreftklinikken	27	Klinikkens aktivitet og tilhørende DRG-inntekt er lavere enn budsjettert (4,2 mnok), mens lab.inntektene har et positivt avvik på om lag 27 mnok hittil i år. Medikamentkostnadene er lavere enn budsjettert, mens lønnskostnadene er noe høyere. Andre driftskostnader er noe høyere enn budsjettert, hovedsakelig knyttet til kostnader i forbindelse med stamcelletransplantasjoner, som har økt med ca. 22 % i forhold til fjoråret.
Hjerte-, lunge- og karklinikken	-35	Klinikken har noe lavere aktivitet enn budsjettert og et negativt inntektsavvik på 11 mnok. Lønns- og varekostnadene er om lag 20 mnok høyere enn budsjettert. Deler av dette skyldes endringer i pasientsammenstningen som gir høyere varekostnader.
Akuttklinikken	-15	Akuttklinikken har hittil i år et negativt resultat på 15 mnok som i hovedsak skyldes merforbruk knyttet til innleie fra vikarbyrå, samt høyere lønnskostnader enn budsjettert.
Prehospital klinikk	-3	Økt oppdragsmengde gir økte variable lønnskostnader, mens kostnadene knyttet til Pasientreiser er noe lavere enn budsjettert, blant annet som følge av lavere priser enn forventet.
Klinikk for laboratoriemedisin	0	Klinikken har et resultat per august om lag som budsjettert. Høy aktivitet gir noe høyere inntekter. Det er fortsatt usikkerhet knyttet til inntektssiden som følge av nytt takstsystem for laboratorieinntekter. Høy aktivitet gir også høyere varekostnader enn budsjettert.
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	-1	Inntektsavviket på om lag 2 mnok kan knyttes til lavere aktivitet enn forutsatt (PET og poliklinikk). Varekostnadene har et mindreforbruk på 3 mnok og lønnskostnadene er om lag 4 mnok høyere enn budsjettert.
Oslo sykehusservice	-5	Resultat samlet er nær null. Merforbruket gjelder blant annet energikostnader som er høyere enn budsjettert (om lag 21 mnok).
Stab	59	Direktørens stab har samlet et mindreforbruk i forhold til budsjett på 59 mnok. 34 mnok av dette kan knyttes til IKT-området, mens øvrig stab står for om lag 25 mnok.
Fellesposter / konsern mv	54	I avviket inngår budsjettert reserve, avvik nedskrivninger/avskrivninger, oppgjør sykehotell tidligere år mv. For ISF-inntekter er det et netto positivt resultat som følge av at merinntekter fra H-reseptor hittil i år er større enn negativ gruppeeffekt.
Samlet avvik	-36	

## 3.2 Gjennomføring av tiltak

KLINIKK (tall i 1000 kr)	Plan tiltak per AUG	Effekt tiltak per AUG	Gjennomførings- % tiltak pr AUG	Plan for tiltak i 2017	Årsprognose tiltak	Gjennomførings- % tiltak årsprognose
PHA	31 104	15 786	51 %	46 656	31 338	67 %
MED	12 244	8 785	72 %	18 116	14 694	81 %
HHA	17 632	7 266	41 %	28 550	17 200	60 %
NVR	8 273	6 742	81 %	13 200	10 685	81 %
OPK	965	938	97 %	6 203	4 089	66 %
BAR	14 383	14 993	104 %	27 510	26 030	95 %
KVI	3 219	2 908	90 %	4 200	3 620	86 %
KIT	7 076	1 889	27 %	12 130	4 120	34 %
KRE	11 238	11 689	104 %	18 457	17 923	97 %
HLK	11 612	7 859	68 %	20 450	18 920	93 %
AKU	16 503	5 148	31 %	25 194	8 349	33 %
PRE	5 267	2 032	39 %	7 750	5 050	65 %
KLM	26 575	14 108	53 %	40 295	30 351	75 %
KRN	10 619	9 951	94 %	11 929	10 927	92 %
OSS	29 831	28 498	96 %	52 539	48 539	92 %
<b>SUM</b>	<b>206 541</b>	<b>138 591</b>	<b>67 %</b>	<b>333 179</b>	<b>251 835</b>	<b>76 %</b>

## 3.3 Investeringer

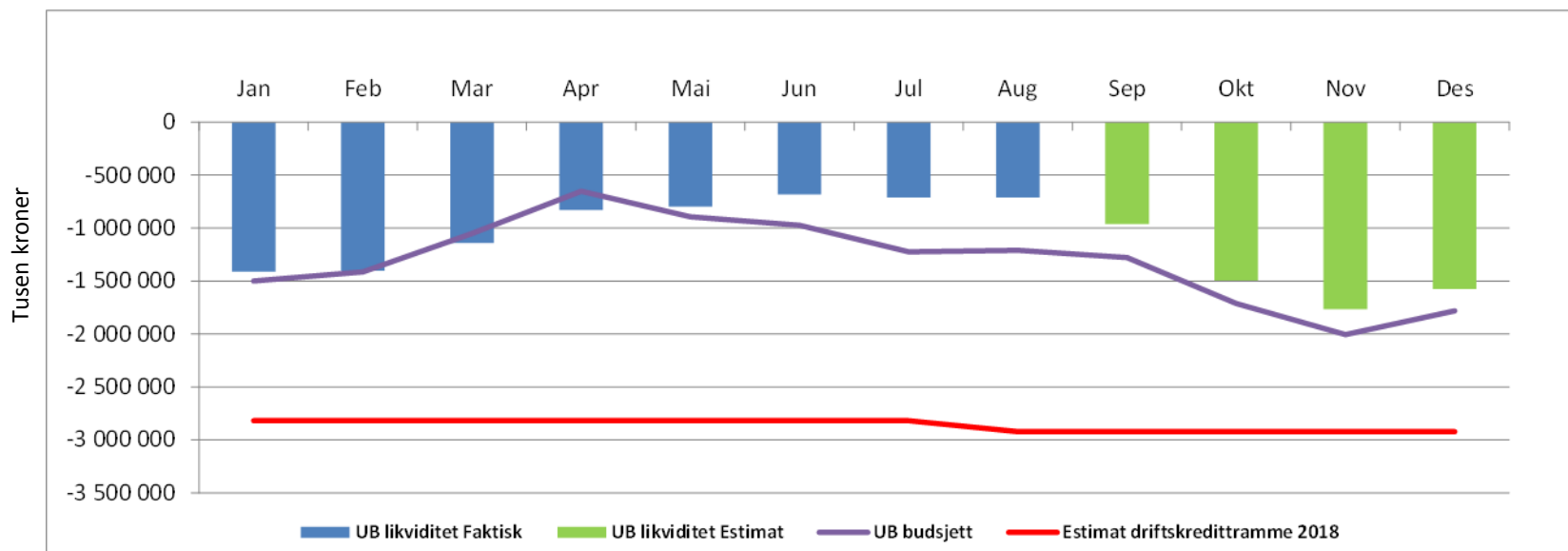
Investeringer		Planlagt gjennomføring i 2018 <sup>1)</sup>	Planlagt gjennomføring hiå.	Bokførte investeringer hiå.	Avvik hiå.	Prognose gjennomføring 2018	Endring i ft. planlagt gjennomføring 2018
(Beløp i millioner kroner)							
Investeringer (ekskl. byggelånsrenter)	MTU	493	365	335	-31	516	23
	Bygg	759	455	240	-215	481	-278
	Annet	58	20	20	0	58	0
	<i>Investeringer som regnskapsføres</i>	1 310	840	594	-246	1 055	-255
	Egenkapital pensjon	55	19	20	1	56	1
	IKT <sup>2)</sup>	71	47	17	-30	55	-16
	<b>SUM</b>	<b>1 435</b>	<b>906</b>	<b>630</b>	<b>-276</b>	<b>1 166</b>	<b>-269</b>
Finansiering	Ordinær likviditet	326	206	116	-91	326	0
	Driftsresultat	377	251	167	-85	218	-159
	Fordring på HSØ RHF	7	0	0	0	7	0
	Lån	317	200	115	-86	210	-107
	Øremerkede tilskudd	6	4	22	18	19	13
	Finansiell leie	371	245	212	-33	354	-17
	Annen finansiering	31	0	0	0	31	0
	<b>SUM</b>	<b>1 435</b>	<b>906</b>	<b>630</b>	<b>-276</b>	<b>1 166</b>	<b>-269</b>

1) I styremøtet 15. desember 2017 vedtok styret et investeringsbudsjett for 2018 på 1 221 millioner kroner, jamfør styresak 73/2017. I styresak 8/2018 ble styret informert om hva som ble planlagt gjennomført i 2018. Forskutterte investeringer på 57 millioner kroner kan ikke benyttes på nytt og reduserer planlagt gjennomføring i 2018. Ubenyttet finansieringsramme i 2017 var 504 millioner kroner og dette ble planlagt gjennomført i 2018. Av investeringsrammen for 2018 forventes 232 millioner kroner å bli gjennomført etter årets slutt. Dette innebærer at det i 2018 ble anslått gjennomført investeringer for 1 435 millioner kroner.

2) Investeringer i IKT regnskapsføres i Sykehuspartners regnskap.

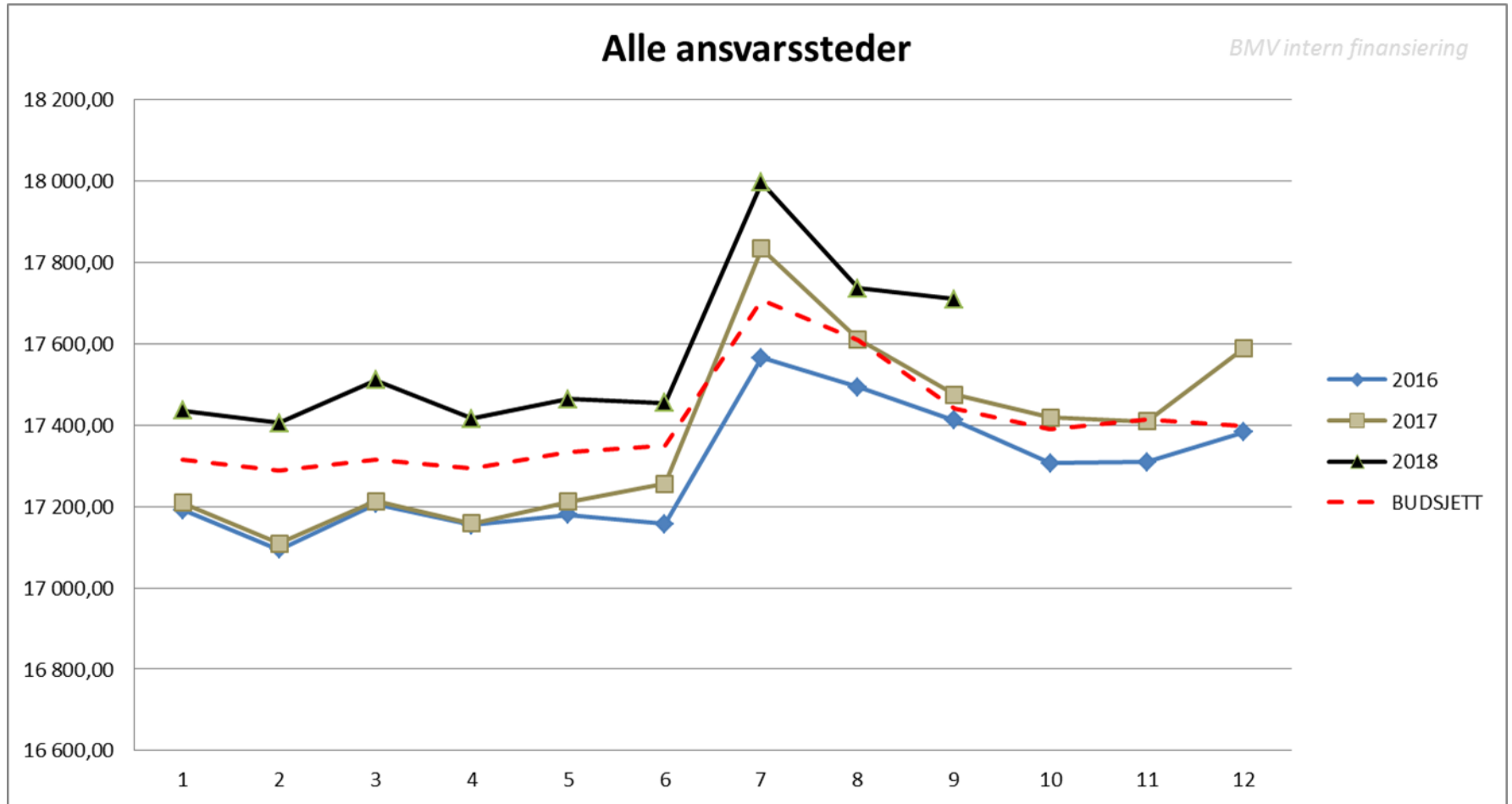
## 3.3 Likviditet

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



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

# 4.1 Bemanningsutvikling (intern finansiering)



## 4.2 Bemanningsindikatorer

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF	Denne måned			Hittil i 2018				2018 mot 2017			
	SEPTEMBER 2018	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr SEPTEMBER	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ SEPTEMBER 2018 mot SEPTEMBER 2017	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
<b>Brutto månedsverk, herav:</b>	<b>19 198</b>	<b>18 977</b>	<b>221</b>	<b>19 064</b>	<b>18 947</b>	<b>117</b>	<b>0,6 %</b>	<b>184</b>	<b>1,0 %</b>	<b>218</b>	<b>1,2 %</b>
- internt finansierte	17 710	17 441	269	17 570	17 406	164	0,9 %	236	1,4 %	228	1,3 %
- eksternt finansierte	1 488	1 536	-48	1 493	1 541	-48	-3,1 %	-52	-3,4 %	-10	-0,7 %
- månedslønnede	17 898	17 793	105	17 802	17 812	-10	-0,1 %	217	1,2 %	204	1,2 %
- variabelønnede	1 300	1 184	116	1 262	1 135	127	11,2 %	-34	-2,5 %	15	1,2 %
- fast ansatte	14 777			14 737				225	1,5 %	341	2,4 %
- midlertidig ansatte	4 421			4 324				-42	-1,0 %	-123	-2,8 %

Fra ProClarity. De grå feltene representerer ulike måter å bryte ned det overordnede tallet for brutto månedsverk.

## 4.2 Detalj internt finansierte

INTERNT FINANSIERTE	Denne måned			Hittil i 2018				2018 mot 2017			
	SEPTEMBE R 2018	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr SEPTEMBE R	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ SEPTEMBE R 2018 mot SEPTEMBE R 2017	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Psykisk helse og rus	2 301	2 257	44	2 273	2 292	-19	-0,8 %	38	1,7 %	46	2,1 %
Somatiske kliniske klinikker	8 521	8 292	229	8 474	8 294	180	2,2 %	140	1,7 %	124	1,5 %
Medisinske støttefunksjoner	4 825	4 823	2	4 749	4 747	3	0,1 %	63	1,3 %	75	1,6 %
Stab og OSS	2 059	2 069	-10	2 066	2 073	-7	-0,3 %	-9	-0,4 %	-24	-1,1 %
<b>OUS</b>	<b>17 706</b>	<b>17 441</b>	<b>269</b>	<b>17 570</b>	<b>17 406</b>	<b>164</b>	<b>0</b>	<b>236</b>	<b>0</b>	<b>228</b>	<b>0</b>

INTERNT FINANSIERTE	Denne måned			Hittil i 2018				2018 mot 2017			
	SEPTEMBE R 2018	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr SEPTEMBE R	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ SEPTEMBE R 2018 mot SEPTEMBE R 2017	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
AKU	1 829	1 823	6	1 816	1 807	9	0,5 %	31	1,7 %	30	1,7 %
PRE	832	842	-10	805	799	6	0,7 %	1	0,2 %	27	3,5 %
PHA	2 301	2 257	44	2 273	2 292	-19	-0,8 %	38	1,7 %	46	2,1 %
MED	1 294	1 257	36	1 298	1 275	23	1,8 %	-3	-0,2 %	6	0,5 %
HLK	871	845	26	867	845	22	2,6 %	20	2,3 %	22	2,6 %
KIT	1 002	985	17	1 015	984	31	3,1 %	18	1,9 %	20	2,0 %
KLM	1 348	1 350	-1	1 335	1 347	-11	-0,8 %	4	0,3 %	-1	-0,1 %
KRE	1 393	1 364	29	1 371	1 365	6	0,4 %	44	3,2 %	22	1,7 %
KRN	816	809	7	793	794	-1	-0,1 %	27	3,5 %	19	2,5 %
KVI	677	669	9	673	662	11	1,6 %	1	0,1 %	4	0,5 %
NVR	913	855	58	912	858	54	6,3 %	14	1,6 %	25	2,8 %
OPK	602	603	-1	605	600	6	1,0 %	-12	-2,0 %	-4	-0,7 %
HHA	780	761	19	775	758	17	2,2 %	23	3,1 %	24	3,2 %
BAR	990	954	36	958	946	11	1,2 %	35	3,6 %	5	0,5 %
OSS	1 851	1 852	-0	1 865	1 856	10	0,5 %	-5	-0,3 %	-17	-0,9 %
DST	208	217	-9	201	217	-16	-7,5 %	-4	-1,9 %	-7	-3,2 %
<b>OUS</b>	<b>17 710</b>	<b>17 441</b>	<b>269</b>	<b>17 570</b>	<b>17 406</b>	<b>164</b>	<b>0,9 %</b>	<b>236</b>	<b>1,4 %</b>	<b>228</b>	<b>1,3 %</b>

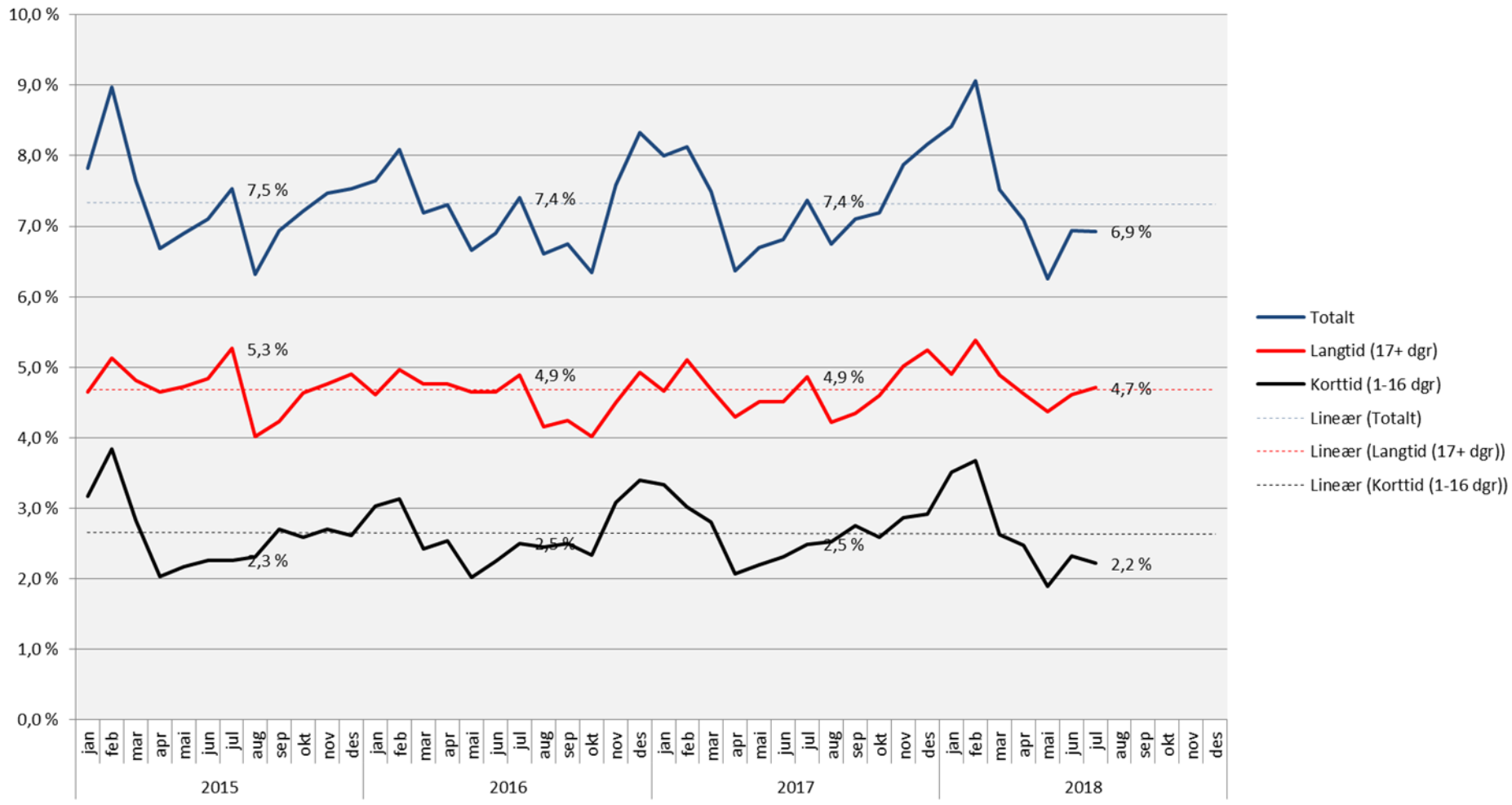
## 4.2 Månedsværk fordelt på stillingskategorier

Alle ansvarssteder												
Brutto månedsværk ekskl eksternt finansiert	Forrige periode	Denne periode	Hittil 2017	Hittil 2018	2018 mot 2017				Stillingskategoriernes gjennomsnittlige andel			
	AUG 2017	SEP 2018	Pr. SEP 2017	Pr. SEP 2018	Δ SEP 2018 mot SEP 2017	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring	Andel 2017	Andel 2018	Relativ endring	
(1) Administrasjon/Ledelse	2 905	2 902	2 860	2 892	32	1,1 %	31	1,1 %	16,5 %	16,5 %	-0,2 %	
(2) Pasientrettede stillinger	1 585	1 537	1 499	1 519	-3	-0,2 %	20	1,3 %	8,6 %	8,6 %	0,0 %	
(3) Leger	2 535	2 594	2 469	2 541	105	4,2 %	72	2,9 %	14,2 %	14,5 %	1,6 %	
(3a) Overleger	1 573	1 599	1 521	1 574	63	4,1 %	53	3,5 %	8,8 %	9,0 %	2,1 %	
(3b) LIS-leger	907	932	898	916	35	3,9 %	18	2,0 %	5,2 %	5,2 %	0,7 %	
(3c) Turnusleger	-	-	-	-	-	0,0 %	-	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	
(4) Psykologer	301	304	285	302	21	7,4 %	18	6,2 %	1,6 %	1,7 %	4,8 %	
(5) Sykepleier	6 085	6 001	5 913	5 996	88	1,5 %	83	1,4 %	34,1 %	34,1 %	0,1 %	
(6) Helsefagarbeider/hjelpepleier	491	496	511	500	-10	-2,1 %	-10	-2,1 %	2,9 %	2,8 %	-3,3 %	
(7) Diagnostisk personell	1 521	1 509	1 471	1 486	15	1,0 %	14	1,0 %	8,5 %	8,5 %	-0,3 %	
(8) Apotekstillinger	2	2	2	2	1	65,9 %	0	19,9 %	0,0 %	0,0 %	18,4 %	
(9) Drifts/teknisk personell	1 440	1 417	1 454	1 428	-18	-1,3 %	-26	-1,8 %	8,4 %	8,1 %	-3,1 %	
(10) Ambulansepersonell	574	573	534	559	-3	-0,5 %	25	4,7 %	3,1 %	3,2 %	3,4 %	
(11) Forskning	297	375	342	344	9	2,5 %	2	0,6 %	2,0 %	2,0 %	-0,7 %	
(99) Ukjente	-	-	1	0	-1	-100,0 %	-1	-92,2 %	0,0 %	0,0 %	-92,3 %	
<b>Alle stillingsgrupper</b>	<b>17 737</b>	<b>17 710</b>	<b>17 342</b>	<b>17 570</b>	<b>236</b>	<b>1,4 %</b>	<b>228</b>	<b>1,3 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100 %</b>	<b>0,0 %</b>	



# 4.3 Sykefravær OUS

Utvikling sykefraværsprosent 2015-2018



## 4.4 Sykefravær per klinikk

Sykefraværslengde per juli 2018							
Hittil	Korttid (1-16 dgr)			Langtid (17+ dgr)			sykefravær i %
	1-3 dager	4-16 dager	Korttid	17-56 dager	> 56 dager	Langtid	
AKU	1,4	1,5	2,9	1,4	3,5	4,8	7,7
PRE	1,1	1,3	2,4	1,5	3,5	5,0	7,4
PHA	1,5	1,4	2,9	1,4	3,7	5,2	8,1
MED	1,3	1,3	2,6	1,4	3,5	4,9	7,5
HLK	1,3	1,1	2,4	1,6	3,0	4,6	7,0
KIT	1,3	1,1	2,5	1,1	3,4	4,6	7,0
KLM	1,5	1,2	2,7	1,3	3,3	4,7	7,4
KRE	1,2	1,2	2,4	1,1	2,8	3,9	6,3
KRN	1,8	1,5	3,3	1,6	2,4	4,1	7,4
KVI	1,0	1,4	2,4	1,5	4,5	6,0	8,4
NVR	1,2	1,1	2,3	1,3	3,3	4,5	6,8
OPK	1,3	1,1	2,4	1,1	2,4	3,5	5,9
HHA	1,6	1,5	3,1	1,5	3,7	5,2	8,4
BAR	1,2	1,4	2,6	1,4	3,7	5,0	7,6
OSS	1,4	1,8	3,2	1,5	4,1	5,6	8,8
DST	0,5	0,6	1,1	0,9	1,9	2,8	3,9
<b>OUS</b>	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>	<b>2,7</b>	<b>1,4</b>	<b>3,4</b>	<b>4,8</b>	<b>7,5</b>

# Definisjoner årsverksindikatorer

<b>Brutto månedsværk</b>	<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.  <b>Ikke</b> 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>	
<b>Månedslønnede månedsværk</b>	<i>Nasjonal definisjon</i>	Fast lønn som inngår i planlagt arbeidstid
	<i>Forklaring/formål</i>	Indikatoren viser forskjellen mellom den bemanningsressurs som gjøres med fastlønnedes normaltid og hva som gjøres gjennom 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>	
<b>Variabel lønn månedsværk</b>	<i>Nasjonal definisjon</i>	Variabel lønn som <b>ikke</b> inngår i planlagt arbeidstid
	<i>Forklaring/formål</i>	Indikatoren viser forskjellen mellom den bemanningsressurs som gjøres med fast lønnedes normaltid og hva som gjøres gjennom 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>	
<b>Netto månedsværk nasj. ind.</b>	<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
<b>Innleie månedsværk</b>	<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)
<b>Herav eksternt finansierte mv</b>	<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. september 2018

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Tilleggsdokument til Oppdrag og bestilling 2018 for Oslo universitetssykehus HF

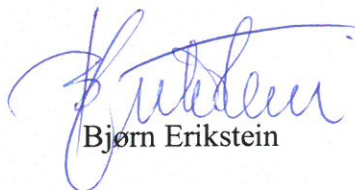
---

### **SAK 55/2018 TILLEGSDOKUMENT TIL OPPDRAG OG BESTILLING 2018 FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF**

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

*Styret tar tilleggsdokument til Oppdrag og bestilling 2018 for Oslo universitetssykehus HF til etterretning.*

Oslo den 20. september 2018



Bjørn Erikstein

**Tilleggsdokument til Oppdrag og bestilling 2018**

Helse Sør-Østs oppdrag og bestilling til Oslo universitetssykehus HF for 2018 ble gjort gjeldende i foretaksmøtet 14. februar 2018. Etter Stortingets behandling av revidert nasjonalbudsjett i juni er det laget et tilleggsdokument til oppdraget for 2018. Oslo universitetssykehus mottok tilleggsdokumentet fra Helse Sør-Øst RHF den 30. august 2018 og det legges her frem for styret.

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

Tilleggsdokumentet er gitt samme status som oppdrag og bestilling, og det stilles de samme krav om å utføre pålagte oppgaver og gjennomføre styringskrav innenfor de rammer og ressurser som er stilt til rådighet for 2018.

**Administrerende direktørs vurdering**

Oppgavene i tilleggsdokumentet til Oppdrag og bestilling 2018 er forenelig med Oslo universitetssykehus' planer og budsjett for 2018.

Det foreslås at styret tar tilleggsdokumentet for 2018 fra Helse Sør-Øst RHF, til etterretning.

**Nærmere om noe av innholdet i tilleggsdokumentet**

Tilleggsdokumentet minner om særskilte oppgaver gitt i oppdrag for 2018 og gir enkelte nye oppgaver som det skal rapporteres på i årlig melding:

1. Ventetid og fristbrudd: Helseforetak som fortsatt har fristbrudd innretter driften slik at målet om null fristbrudd nås.
2. Kreftbehandling: Oslo universitetssykehus skal følge opp resultatene for pakkeforløp og forløpstid for kreftpasienter og bruke disse slik at målet nås i 2018.
3. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling: Oslo universitetssykehus skal gjennomføre konkrete tiltak for å nå målene om prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
4. Pakkeforløp for psykisk helse og rus: Oslo universitetssykehus skal høsten 2018 forberede seg slik at det fra 1. januar 2019 er mulig å motta henvisninger til, og behandle pasienter i pakkeforløp for psykisk helse og rus.
5. Betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter: Oslo universitetssykehus skal forberede at det fra 2019 innføres betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
6. Reduksjon i bruken av bredspektret antibiotika: Oslo universitetssykehus skal bidra til å nå målet om 30 prosent reduksjon i perioden 2012 til 2020.
7. Korridorpasienter: Oslo universitetssykehus skal innrette sin virksomhet med sikte på å nå målet om at det ikke skal være korridorpasienter.
8. Oslo slagsenter: Oslo universitetssykehus viderefører det regionale behandlingstilbud innen mekanisk trombektomi og videreutvikler Oslo slagsenter slik at det innen utgangen av 2018 etableres «en dør inn» og samlokalisering av diagnostikk og

akuttbehandling for pasienter med hjerneslag som mottas fra Oslo sykehusområde. Videreutviklingen av Oslo slagsenter omtales i årlig melding 2018.

9. Pakkeforløp hjerneslag: Oslo universitetssykehus skal sikre at pakkeforløpene blir registrert i henhold til Helsedirektoratets informasjonsbrev.

Tilleggsdokumentet gir også informasjon om en del forhold som ligger til de regionale helseforetakene, og som kan involvere helseforetakene etter hvert. Eksempler er:

- Det tas sikte på å overføre flere legemiddelgrupper fra folketrygden til de regionale helseforetakene i 2019
- Infrastruktur for utvikling og bruk av molekulære tester, genpaneler og bruk av biomarkører i forskning og persontilpasset behandling
- Felles rapporter for tilstedeværelse av jordmor
- Løsning for varsling og administrasjon når det gjelder varig lagring av blodprøver fra nyfødtscreening
- Gjennomgang av etterlevelse av retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte
- Kvalifiseringsprogram for ELTE- utdannede
- Videre arbeid med standardisering og modernisering av IKT-infrastruktur i Helse Sør-Øst
- Tjenestegjørende militært personell i NATO-øvelsen Trident Juncture 2018 skal gis tilgang til spesialisthelsetjenester uten etterfølgende fakturering.

#### **Rapportering av oppdraget**

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



# TILLEGGSDOKUMENT TIL OPPDRAG OG BESTILLING 2018

August 2018

## 0. INNLEDNING

Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling er et likelydende dokument til alle helseforetak og private ideelle sykehus som har mottatt oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst RHF. Tilleggsdokumentet omfatter styringsbudskap som Helse Sør-Øst RHF har mottatt fra Helse- og omsorgsdepartementet og styringsbudskap som er forankret i vedtak i styret for Helse Sør-Øst RHF etter at oppdrag og bestilling til helseforetakene/sykehusene ble utarbeidet. Det vises i denne sammenheng til «*Oppdragsdokument 2018 - tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 85 S (2017-2018)*» og protokoller fra foretaksmøte 13. juni 2018 for Helse Sør-Øst RHF. Disse dokumentet legges for ordens skyld med som vedlegg.

For alle de nye styringsbudskapene forutsettes at det enkelte helseforetak/sykehus gjør seg kjent med innholdet og følger opp det som er relevant gjennom innarbeidelse i virksomhetsplanlegging og rapportering på lik linje med styringsbudskapene som inngår i Oppdrag og bestilling 2018.

På samme måte som for styringsbudskap gitt i oppdrag og bestilling skal årlig melding 2018 inneholde rapporter for tilleggsdokumentets *Krav til måloppnåelse* og iverksatte/planlagte tiltak for *Mål 2018* og *Andre oppgaver 2018*.

Styringsbudskapene nedenfor er organisert etter egne temaoverskrifter. Disse er så lang det er mulig samsvarende med temaoverskriftene i Oppdrag og bestilling 2018.

## 1. REDUSERE UNØDVENDIG VENTING OG VARIASJON I KAPASITETSUTNYTTTELSEN

### 1.1 Ventetid og fristbrudd

<b>Annen oppgave 2018</b>	<b>Klinikk</b>	<b>Stab</b>
Andelen fristbrudd i Helse Sør-Øst som helhet var 1,5 prosent i 2017. Tilsvarende tall i 2016 var 1,2 prosent. Det forutsettes at de helseforetak som fortsatt har fristbrudd innretter driften slik at målet om null fristbrudd nås.	Alle	FPS

### 1.2 Kreftbehandling

<b>Annen oppgave 2018</b>	<b>Klinikk</b>	<b>Stab</b>
Helseforetakene som gir behandlingstilbud til kreftpasienter må følge opp resultatene for pakkeforløp og forløpstid for kreftpasienter og bruke disse i sitt forbedringsarbeid slik at målet nås i 2018, jf. Oppdrag og bestilling 2018.	MED, KRE, KIT, KRN, OPK, HHA, NVR, BAR, HLK	FPS

## 2. PRIORITERE PSYKISK HELSEVERN OG TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING

### 2.1 Høyere vekst

Det vises til vedtak i styret i Helse Sør-Øst RHF 14. juni 2018 i sak 058-2018: *Kvalitets-, aktivitets- og økonomirapport per april og mai 2018*.



Helseforetak og sykehus med behandlingstilbud for pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal gjennomføre konkrete tiltak for å nå målene for prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Styret ber om å bli holdt orientert om tiltakene.

<b>Annen oppgave 2018</b>	<b>Klinikk</b>	<b>Stab</b>
<p>Prioriteringsmålet om at det på regionnivå skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn for somatikk ble videreført i 2017. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivinger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og «private institusjoner med oppdragsdokument») og aktivitet (polikliniske konsultasjoner). I 2017 ble kravet om høyere vekst i kostnader innfridd i Helse Sør-Øst for TSB, men ikke for psykisk helsevern for voksne og for barn og unge. Målet om prosentvis større reduksjon i ventetider innen psykisk helsevern og TSB enn i somatikken er ikke nådd på noen områder. Kravet knyttet til økning i årsverk ble innfridd for TSB, men ikke innen psykisk helsevern for voksne og for barn og unge. Prioriteringsmålet har ført til en dreining i sykehusenes oppmerksomhet og aktivitet mot psykisk helsevern og TSB, men det er fortsatt rom for forbedringer. Det legges til grunn at målet blir nådd for 2018 i de helseforetakene i Helse Sør-Øst som gir tilbud til disse pasientgruppene.</p>	PHA, BAR	FPS
<p>I årlig melding 2018 fra helseforetak som gir tilbud innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal tiltakene beskrives og oppfølgingen av disse omtales sammen med oversikt over måloppnåelse. Utviklingen for henholdsvis barn og unge, voksne og gravide rusmisbrukere som gis behandling i henholdsvis psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal fremgå tydelig i omtalen.</p>	PHA, BAR	FPS
<p>I årlig melding 2018 fra helseforetak som gir tilbud innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal tiltakene beskrives og oppfølgingen av disse omtales sammen med oversikt over måloppnåelse. Utviklingen for henholdsvis barn og unge, voksne og gravide rusmisbrukere som gis behandling i henholdsvis psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal fremgå tydelig i omtalen.</p>	PHA, BAR	FPS

## 2.2 Pakkeforløp

<b>Annen oppgave 2018</b>	<b>Klinikk</b>	<b>Stab</b>
Helseforetakene skal implementere pakkeforløpene for psykisk helse og rus. Det vises til Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018-2020. Forberedende aktiviteter gjøres høsten 2018 slik at det fra 1. januar 2019 er mulig å motta henvisninger til, og behandle pasienter i pakkeforløp for psykisk helse og rus. Dette inkluderer blant annet: <ul style="list-style-type: none"><li>○ Sørge for at praksis i spesialisthelsetjenesten blir endret i tråd med anbefalingene i pakkeforløpene.</li><li>○ Etablere forløpskoordinatorer i spesialisthelsetjenesten.</li><li>○ Sørge for innføring av nødvendig funksjonalitet i EPJ-systemene for mottak av henvisninger til pakkeforløp, registrering av koder og arbeidsflyt for håndtering av pakkeforløpene.</li><li>○ Sørge for at rapportering av forløpsinformasjon til Norsk pasientregister (NPR) gjøres etter gjeldende krav.</li></ul>	PHA	FPS

## 2.3 Utskrivningsklare pasienter

	<b>Klinikk</b>	<b>Stab</b>
Helseforetakene skal forberede innføring av betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra 2019. Det vises til Stortingets behandling 14. juni 2018 av Prop. 88 S (2017-2018) Kommuneproposisjonen 2019, jf. Innst. 393 S (2017-2018). Det vil bli overført midler fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger til kommunene i 2019. Betalingsplikten skal følge oppholdskommune, også for somatiske pasienter, fra 2019.	PHA	ØJI

## 3. BEDRE KVALITET OG PASIENTSIKKERHET

### 3.1 Infeksjoner og resistens

<b>Annen oppgave 2018</b>	<b>Klinikk</b>	<b>Stab</b>
Bruken av bredspektret antibiotika i spesialisthelsetjenesten skal reduseres med 30 pst. i perioden 2012 til 2020. I Helse Sør-Øst som helhet er bruken så langt redusert med ca. 8 prosent. Det legges til grunn at helseforetakene arbeider videre med tiltak på dette området. Helseforetak som ikke allerede kan vise til betydelig bedre resultater enn gjennomsnittet må intensivere arbeidet slik at målet kan nås.	Alle	FPS

### 3.2 Legemiddelbruk, -forsyning og -håndtering

Det tas sikte på å overføre flere legemiddelgrupper fra folketrygden til de regionale helseforetakene i 2019. Som varslet i Prop. 85 S (2017–2018) legges det opp til å overføre finansieringsansvaret for legemidler til behandling av sjeldne sykdommer og legemidler som brukes av små pasientgrupper. I tillegg vil det være fortsatt opprydding i terapiområder som blant annet multippel sklerose. Helsedirektoratet har sendt på høring forslag til hvilke legemidler som skal omfattes av overføringen, med frist 27. juni 2018. De regionale helseforetakene skal forberede overføringen. Konkretisering av overføringen vil fremgå av Prop. 1 S (2018-2019).

### 3.3 Korridorpasienter

<b>Annen oppgave 2018</b>	<b>Klinikk</b>	<b>Stab</b>
Å ligge i korridor er en uverdigg situasjon for pasienten og et hinder for god kvalitet i behandlingen. I 2017 var andelen korridorpasienter 1,6 pst. i Helse Sør-Øst som helhet. Det vises til at det ikke skal være korridorpasienter, og helseforetaket må innrette sin virksomhet med sikte på at dette målet nås.	Alle	FPS

### 3.4 Kvalitets- og fagutvikling

Det vises til vedtak i styret i Helse Sør-Øst RHF 14. juni 2018 i sak 049-2018 *Fremtidig organisering av tilbud om mekanisk trombektomi til pasienter med akutt hjerneinfarkt i Helse Sør-Øst*. Av styrets vedtak framgår det at tilbudet om mekanisk trombektomi for pasienter med akutt hjerneinfarkt skal gis ved tre helseforetak i regionen.

- *Oslo universitetssykehus HF viderefører sitt eksisterende regionale behandlingstilbud innen mekanisk trombektomi og videreutvikler Oslo slagsenter slik at det innen utgangen av 2018 etableres «en dør inn» og samlokalisering av diagnostikk og akuttbehandling for pasienter med hjerneslag som mottas fra Oslo sykehusområde.*
- *Akershus universitetssykehus HF og Sørlandet sykehus HF etablerer et tilbud om mekanisk trombektomi som dagbehandling i 2019 og med full døgndrift fra 2020.*

Behandlingstilbudet skal gis i henhold til Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av hjerneslag. Helse Sør-Øst RHF skal monitorere innføringen av behandlingstilbudet og sørge for at det innen 2021 gjennomføres en evaluering av organiseringen av tilbudet i regionen, hvor spørsmålet om eventuell oppstart av behandling med mekanisk trombektomi ved hjerneslag ved nye helseforetak blir gjenstand for vurdering.

<b>Annen oppgave 2018</b>	<b>Klinikk</b>	<b>Stab</b>
Oslo universitetssykehus HF viderefører sitt eksisterende regionale behandlingstilbud innen mekanisk trombektomi og videreutvikler Oslo slagsenter slik at det innen utgangen av 2018 etableres «en dør inn» og samlokalisering av diagnostikk og akuttbehandling for pasienter med hjerneslag som mottas fra Oslo sykehusområde. Oslo universitetssykehus HF skal omtale videreutviklingen av Oslo slagsenter i årlig melding 2018.	NEV, MED, KRN	FPS

<b>Annent oppgave 2018</b>	<b>Klinikk</b>	<b>Stab</b>
Pakkeforløp hjerneslag (akuttfasen) ble lagt fram i desember 2017, og blir implementert fra 2018. Helseforetakene må sikre at pakkeforløpene blir registrert i henhold til Helsedirektoratets informasjonsbrev. Helseforetakene bør følge med på de registrerte dataene gjennom norsk hjerneslagregisters digitale løsning.	NEV, MED	FPS

- Akershus universitetssykehus HF og Sørlandet sykehus HF etablerer et tilbud om mekanisk trombektomi som dagbehandling i 2019 og med full døgndrift fra 2020.

### **3.5 Forskning og innovasjon**

De regionale helseforetakene skal sikre etablering og drift av infrastruktur som kan legge til rette for utvikling og bruk av molekyllære tester, genpaneler og bruk av biomarkører i forskning og persontilpasset behandling. Det skal legges til rette for pasientforløp som integrerer forskning og klinikk, i tråd med anbefaling i Nasjonal strategi for persontilpasset medisin i helsetjenesten.

### **3.6 Felles rapportering for tilstedeværelse av jordmor**

I 2017 ble det stilt krav om at helseforetakene skulle dokumentere i sine avvikssystemer hendelser der anbefalingen om tilstedeværelse av jordmor ikke ble fulgt opp. Helse- og omsorgsdepartementet bemerker at det i alle årlige meldinger fra de regionale helseforetakene i 2017 er rapportert at de dokumenterer avvik fra anbefalingen om tilstedeværelse av jordmor og bruker resultatene i eget forbedringsarbeid. Avvikene blir dokumentert ulikt, for eksempel i ulike systemer og perioder. De regionale helseforetakene skal rapportere andel fødsler der anbefalingen ikke er fulgt opp. Departementet foreslår at det gjøres en felles rapportering på dette for alle regioner med tall for 3. tertial 2018.

### **3.7 Teknisk løsning for varsling og administrasjon i forhold til varig lagring av blodprøver fra nyfødtscreening**

Lov om endringer i behandlingsbiobankloven (varig lagring av blodprøvene i nyfødtscreeningen) er iverksatt fra 1. juli 2018. Helseforetakene skal gi informasjon til de enkelte foreldre og barn i Nyfødtscreeningen slik det kreves i behandlingsbiobankloven §9a og overgangsbestemmelsen i punkt II i loven. Helse Sør-Øst RHF skal, i samarbeid med Direktoratet for e-helse, etablere teknisk løsning for varsling og gjennomføre varsling, samt etablere nødvendige ordninger for tilbaketrekning av samtykke og mulighet for å kunne kreve destruksjon av enkeltprøver. Dette skal være på plass 1. juli 2019. Prosjektet skal forankres i alle de regionale helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet har bedt om en skriftlig statusrapport for arbeidet inkludert en prioritert fremdriftsplan innen 1. oktober 2018.

## **4. BEMANNING, KOMPETANSE, LEDELSE OG ORGANISERING**

### **4.1 Avtaler for ledende ansatte**

I foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 1. juni 2015 ble det stilt krav knyttet til etterlevelse av «Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel» fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet. Videre ble det vist til Stortingets behandling av Dokument 8:145 S (2017–2018), jf. Innst. 272 S (2017–2018). De regionale helseforetakene er bedt om å gjennomgå avtaler for ledende ansatte og tilse at

disse er i tråd med statens retningslinjer, og skal i fellesskap gå gjennom helseforetakenes bruk av sluttavtaler, etterlønn og avtaler om retrettstillinger til ledende ansatte, og på grunnlag av denne gjennomgangen vurdere om man bør etablere et felles normativt rammeverk for bruk og innretning av slike avtaler. Helseforetak i Helse Sør-Øst skal ta del i dette arbeidet etter nærmere henvendelse fra Helse Sør-Øst RHF.

## **4.2 Kvalifiseringsprogrammet for ELTE-utdannede**

I foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 13. juni 2018 ble det lagt til grunn at de regionale helseforetakene skal medvirke i gjennomføringen av kvalifiseringsprogram for ELTE-utdannede. Helsedirektoratet er i 2018 tildelt 12,8 mill. kroner til å etablere og starte opp kvalifiseringsprogrammet, og det tas sikte på oppstart høsten 2018. Disse midlene skal blant annet dekke lønnsutgifter i spesialisthelsetjenesten til ELTE-utdannede og veiledere.

## **5. E-HELSE - MODERNISERING OG DIGITALISERING**

### **5.1 Innføring av regionale løsninger**

Det vises til vedtak i styret i Helse Sør-Øst RHF 14. juni 2018 i sak 048-2018 *Videre arbeid med standardisering og modernisering av IKT-infrastruktur i Helse Sør-Øst.*

Av styrets vedtak framgår det at behovet for standardisering og modernisering av IKT-infrastrukturen i Helse Sør-Øst er stort og risikovurdering av dagens drift foretatt av Sykehuspartner HF bekrefter dette. Programmet for infrastrukturmodernisering har vært stilt i bero siden mai 2017 og det er nå viktig å komme i gang med et målrettet arbeid og konkrete prosjekter. En standardisert og modernisert infrastruktur vil bedre sikkerheten knyttet til regionens IKT-systemer og medisinsk teknologisk utstyr, samt legge til rette for den teknologiske utviklingen som er avgjørende for å understøtte digitalisering, helhetlige pasientforløp og pasientens helsetjeneste.

Styret konstaterer at siden kontrakten ble inngått høsten 2016 er det flere forhold som har kommet til og som har betydning for saken. Dette omfatter blant annet skjerpede trussel- og risikovurderinger knyttet til datasikkerhet og cyberangrep, ny sikkerhetslov og datainnbruddet i januar 2018. Styret viser også til informasjon fra Nasjonal sikkerhetsmyndighet, herunder informasjon gradert begrenset. Basert på dette, og etter en samlet vurdering, legger styret til grunn at driften av IKT-infrastrukturen ikke skal tjenesteutsettes slik det var forutsatt i avtalen med DXC. Dette innebærer at kontrakten med DXC avbestilles.

I foretaksmøte 14. juni 2018 ble Sykehuspartner HF gitt i oppdrag å avbestille kontrakten med DXC og ble samtidig pålagt å etablere et nytt program for standardisering og modernisering av regionens IKT-infrastruktur der følgende elementer skal vektlegges i det videre arbeidet:

- Risikovurdering av IKT-infrastruktur og driften av denne.
- Ivaretagelse av informasjonssikkerhet og personvern som også kan være robust mot endringer i trusselbildet.
- Gjenbruk av planverk og investeringer som er gjort så langt.
- God involvering av helseforetakene som databehandlingsansvarlige.
- Konkretisering av en leveranseplan hvor de mest kritiske områder prioriteres basert på risikovurderinger.

- Et hensiktsmessig samspill med leverandørmarkedet basert på en vurdering av egen kapasitet og kompetanse.

## **6. ØVRIGE KRAV**

### **6.1 Beredskap og sikkerhet**

De regionale helseforetakene skal sørge for at tjenestegjørende militært personell i NATO-øvelsen Trident Juncture 2018, som ikke omfattes av EØS-avtalen eller tilsvarende avtaler (m.a.o. personell fra Albania, USA, Canada, Montenegro, Tyrkia og Jordan), ved behov skal gis tilgang til spesialisthelsetjenester uten etterfølgende fakturering fra norske myndigheter. For øvrig personell vil det være EØS-avtalens forordning 883/2004 som gjelder. Helseforetak som tar imot pasienter som inngår i disse kategoriene skal følge disse retningslinjene.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 27. september 2018

Saksbehandler: Direktør for fag, pasientsikkerhet og samhandling

Vedlegg: 1) Tiltaksplan  
2) Gjennomgang av status og tiltak i OUS ifm. ny personopplysningslov og EUs forordning GDPR. Arbeidsgrupperapport av 7.9.18. Utrykt vedlegg.

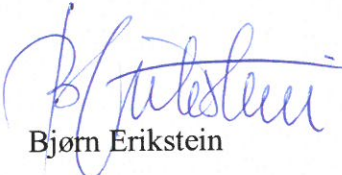
---

**SAK 56/2018 NY PERSONVERNFORORDNING OG PERSONOPPLYSNINGSLOV**

### Forslag til vedtak:

*Styret tar orienteringen om gjennomgang av status og tiltak i Oslo universitetssykehus i forbindelse med ny personopplysningslov til etterretning.*

Oslo, den 20. september 2018



Bjørn Erikstein

**Bakgrunn**

EUs personvernforordning (GDPR) begynte å gjelde i EUs medlemsland 25. mai 2018, og trådte i kraft i Norge 20. juli 2018 gjennom ny personopplysningslov.

Styret ble orientert om hovedtrekk i hva forordningen og loven viderefører og hva som er nytt i forhold til tidligere rett i styresak 45/2018. Styret fikk da også en foreløpig orientering om en gjennomgang Oslo universitetssykehus hadde startet opp for å kartlegge status og tiltak i forbindelse med det nye regelverket. Gjennomgangen er nå avsluttet, og i denne saken redegjøres for hovedfunn og foreslåtte oppfølgingstiltak

**Mye arbeid er gjort før ikrafttredelsen av ny lov**

Ved Oslo universitetssykehus behandles store mengder sensitive personopplysninger. Det er arbeidet over lengre tid med å sikre oppfølging av personvern og informasjonssikkerhet i sykehuset. Det er etablert føringer for hvordan krav til informasjonssikkerhet og rettigheter til den enkelte skal ivaretas. Det er opprettet e-læringsprogram som alle må gjennomføre årlig, og det gjennomføres revisjoner, risikovurderinger og avvikshåndtering. Avvik følges opp for å utbedres. Den enkelte ansatte og ledere av alle organisasjonsheter har ansvar for å sikre at personvern og informasjonssikkerhet blir ivaretatt når sykehuset behandler personopplysninger.

**Kartlegging av status og behov for tiltak i 2018**

En arbeidsgruppe har i 2018 kartlagt hva som hittil er gjort, og hva som gjøres i dag på nærmere angitte områder, vurdert dette ut fra kravene i ny personopplysningslov, og gitt anbefalinger og foreslått tiltak der det er behov for tilpasning til ny lov, styrking av visse områder og mer hensiktsmessige løsninger. For hvert område som er kartlagt, er det gjort en vurdering av mangler og avvik, og det er angitt tiltak i en tiltaksplan.

**De registrertes rettigheter og informasjon**

De registrerte personer har en rekke rettigheter, og Oslo universitetssykehus plikter å bistå dem i utøvelsen av disse rettighetene; rett til innsyn, til retting og sletting av opplysninger, til begrenset behandling av egne personopplysninger og til å motsette seg behandling av slike. Informasjonen til pasienter generelt, informasjon til pasienter og pårørende på sykehusets nettsider, bruk av informasjon og samtykke ved forskning og informasjon til egne ansatte er kartlagt og vurdert, og forbedringsbehov og tiltak identifisert.

**Kunnskap, bevisstgjøring og opplæring av ansatte**

Med det store volum av ansatte, innleide personer og studenter som Oslo universitetssykehus er ansvarlig for, vil det alltid være en utfordring å sikre at alle kjenner reglene og forholder seg til dem. Bevisstgjøring og jevnlig opplæring er derfor viktig. Det gjennomføres opplæring og kursing i personvern og informasjonssikkerhet og et kurs spesielt for forskere. Den sykehusomfattende revisjonen i 2017 avdekket imidlertid manglende kjennskap til gjeldende føringer. Følgelig er det identifisert flere tema som må inn i opplæringen. Det foreslås at det nedsettes en arbeidsgruppe som vurderer tiltak for opplæring på forskjellige enkeltområder og ulike grupper ansatte.

**Nye krav og rettigheter**

Med personvernforordningen er det en del nye krav og rettigheter. Innebygd personvern innebærer at krav til personvern må være gjennomtenkt for tekniske løsninger og applikasjoner helt fra kravsett og design, til koding, test, produksjonssetting og drift. Dette må dokumenteres for løsninger utviklet i egen regi, løsninger som allerede er kjøpt inn, og løsninger som skal kjøpes inn i framtiden. Det er utarbeidet egne sjekklister for dette, som vil bli opprettet i Oslo universitetssykehus' styringssystemer for informasjonssikkerhet og personvern.



Den som er registrert, får nå også rett til å flytte, kopiere, eller overføre personopplysningene som han selv har gitt, fra en virksomhet til en annen (dataportabilitet). Dette må det nå informeres om, og det vil også stille større krav til visse typer tekniske løsninger.

Med den nye loven er det videre innført en plikt for alle databehandlere til å gjennomføre vurderinger av konsekvenser for personvernet. Det er oppstilt nærmere angitte vilkår og kriterier for når dette er aktuelt. På flere områder og i mange tilfeller vil dette imidlertid allerede være ivaretatt. Konsekvensvurderingene vil trolig være mest krevende i forbindelse med forskning. Målet er å etablere en håndteringsmåte som sikrer en smidig gjennomføring av konsekvensvurderingene.

### **Lovgivningen og styrende dokumenter i Oslo universitetssykehus**

Gjennomgangen gir en oversikt over lovbestemmelser på området og styrende dokumenter i Oslo universitetssykehus. Det er et behov for å oppdatere og justere innholdet i Oslo universitetssykehus' styrende dokumenter i lys av den nye personopplysningsloven. For forskningsområdet er det foreslått nedsettelse av en egen, bredt sammensatt arbeidsgruppe som gjennomgår nærmere hva personopplysningsloven skal bety ut fra forskningens egenart.

### **Fordeling av oppgaver, roller og organisering**

Dagens interne oppgave- og ansvarsdeling og organisering av de plikter Oslo universitetssykehus har som dataansvarlig, er kartlagt og beskrevet. Flere stabs- og støtteenheter har funksjoner og roller, og som en del av driften har linjeorganisasjonen ansvar og oppgaver også innen personvern og informasjonssikkerhet. I tillegg er det etablert regionale organer på dette området.

Gjennom kartleggingen er det framkommet en del problemstillinger, som er gruppert i tre bolker:

- 1) Når det gjelder beslutningsprosesser internt i Oslo universitetssykehus som dataansvarlig, er det behov for å etablere standardprosesser for å tilrettelegge for bredere tilnærminger i dataansvarliges vurderinger. Det er pekt på en del særskilte problemstillinger knyttet til oppfølging av personvernloven innen forskning.
- 2) Når det gjelder Oslo universitetssykehus' rolle som dataansvarlig i en regional styringsmodell, er det bl.a. pekt på behov for tydelig vedtakskompetanse og roller samt å etablere dokumenterte prosesser og andre tiltak for å unngå tvil om helseforetakets eget dataansvar innenfor en regional styringsmodell.
- 3) For det tredje er det pekt på behovet for en nærmere vurdering av dagens organisering og roller internt i Oslo universitetssykehus, med grunnlag i de funn og problemstillinger som er angitt rapporten. En nærmere vurdering av henholdsvis interne beslutningsprosesser, helseforetakets ansvar samt roller og organisering internt i Oslo universitetssykehus er anbefalt gjennomført på grunnlag av rapporten.

### **Risikoområder i tiden framover**

På basis av erfaringer til nå og den kartleggingen som arbeidsgruppen har gjort, er det identifisert fem sentrale risikoområder i tiden framover: Lagring og behandling, informasjon, oppfølging av databehandlere, spesifikke nettverk utenfor Oslo universitetssykehus-nett og de nye kravene i personvernforordningen. De identifiserte risikoområdene er spesifisert i rapporten. I håndteringen av risikoene kan det skilles mellom konkrete enkelttiltak og kontinuerlig oppfølging. De fem risikoområdene vil også være sentrale når en skal arbeide både med prosedyreverk og opplæring.

Arbeidsgruppens kartlegging og vurderinger av mangler, avvik og forbedringsbehov har munnet ut i en tiltaksplan (vedlagt). Rapporten og tiltaksplanen vil tjene som et grunnlag for det arbeidet som skal gjøres i resten av 2018 og inn i 2019.

**Tiltaksplan**

Tiltakene i planen er delt inn i områder, og omfatter tiltak i forbindelse med henholdsvis fagapplikasjoner, frittstående medisinsk-teknisk utstyr, lagring av filer utenfor fagapplikasjoner, forsknings- og kvalitetsregistre, informasjon til registrerte, opplæring av ansatte, innebygd personvern og dataportabilitet samt innføring av personvernkonsekvensvurderinger. I tillegg kommer tiltak i forbindelse med det interne styringssystemet for informasjonssikkerhet og personvern, tiltak i forbindelse med organisering, roller og oppgavedeling og i forbindelse med spesielle risikoområder.

På flere områder har det fremkommet behov for tiltak som krever økte ressurser, og hvor lukking av avvik sannsynligvis vil medføre økte kostnader til både drift og investeringer. Selv om avvik nå er kartlagt, vurderes det som sannsynlig at det senere kan framkomme andre områder med behov for endret ressursbruk. Dette må håndteres av linjeorganisasjonen som en del av det løpende driftsansvaret.

Identifiserte problemstillinger knyttet til henholdsvis ordning og beslutningsprosesser internt i Oslo universitetssykehus som dataansvarlig, Oslo universitetssykehus som dataansvarlig i en regional modell samt organisering av funksjoner og roller blir vurdert nærmere på grunnlag av utvalgets rapport.

Det vil være behov for å arbeide videre på følgende områder:

- Arbeidsgruppe som skal gjennomgå prosedyreverk og rutiner i lys av ny personopplysningslov.
- Arbeidsgruppe med ansvar for å gjennomgå og utarbeide nødvendig policy innen personvern og informasjonssikkerhetsområdet innen forskning.
- Arbeidsgruppe som skal vurdere videreutvikling av opplæring og rådgivning.
- En nærmere vurdering av henholdsvis interne beslutningsprosesser, helseforetakets ansvar samt roller og organisering internt i Oslo universitetssykehus på grunnlag av denne rapporten gjennomføres i Direktørens stabs linjeorganisasjon.
- Gjennomgang av de identifiserte risikoområdene innenfor et bredere forum internt i Oslo universitetssykehus.

**Administrerende direktørs vurdering og anbefaling**

Oslo universitetssykehus' virksomhet omfatter store mengder sensitive personopplysninger, som behandles i stor skala med flere formål og etter flere regelsett. Dataansvaret til helseforetaket er omfangsrikt og komplekst, og forutsetter kompetanse, opplæring, rutiner og retningslinjer samt avklart oppgavefordeling, myndighet og arbeidsflyt i virksomheten.

Det foreligger nå et omfattende og grundig arbeid med gjennomgang av status, vurdering av forbedringsbehov og forslag til tiltak i sykehuset i forbindelse med ikrafttreddelsen av den nye personvernforordningen og ny personopplysningslov.

En hovedkonklusjon i den gjennomgangen som er gjort, er at Oslo universitetssykehus i sin virksomhet i all hovedsak tilfredsstillende oppfyller kravene i ny personopplysningslov. Det må imidlertid fortsatt arbeides for å ivareta de nye kravene fullt ut. Det er derfor nødvendig med noen tiltak, som nedfelles i en tiltaksplan.

Administrerende direktør anbefaler at styret tar orienteringen om oppfølgingen av ny personvernforordning og ny personopplysningslov til etterretning.

## Tiltaksplan – forbedringsbehov og oppfølging av ny personopplysningslov

På grunnlag av kartleggingen, funnene av mangler og vurderingene av forbedringsbehov som er gjort tidligere i rapporten, er det utformet et forslag til en tiltaksplan.

Tiltaksplanen er tabellarisk framstilt nedenfor, med nummer på hvert tiltak, fagområde, forbedrings-behov og tiltak. Den interne versjonen av planen inneholder også ansvarsfordeling og frister.

Nummer	Fagområde	Forbedringsbehov og tiltak
<b>Forbedringsbehov ifm. applikasjoner</b>		
1.	Manglende risikovurdering av tjeneste/-applikasjon	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ved oppgradering av løsning, enten det er selve applikasjonen, operativsystemet eller hardware, må systemeier også bestille og få gjennomført samlet risikovurdering.</li> </ul>
2.	Mangler avdekket i risikovurdering av applikasjon	<ul style="list-style-type: none"> <li>Følge dette opp mot leverandør av Sykehuspartner med bistand fra systemeier i OUS, IKT, MTV, AKS, og IPV, og normalt løpende arbeid og oppgaver.</li> </ul>
3.	Manglende databehandler-avtale	<ul style="list-style-type: none"> <li>For manglende databehandleravtale følges dette opp sammen med Sykehuspartner, systemeier i OUS, IKT, MTV og IPV, avhengig av hvilken leverandør dette omfatter. Applikasjonsoversikten vil bidra til at også oversikt over dette løpende er oppdatert.</li> </ul>
4.	HR-løsninger	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mangler mulighet for å sikre sletting av ansatt-opplysninger eksempelvis når vedkommende slutter. Dette er en regional løsning og kravet må rettes via regional systemeier til leverandør.</li> </ul>
<b>Forbedringsbehov ifm. frittstående medisinsk-teknisk utstyr</b>		
5.	Artikkel 30 for frittstående medisinsk-teknisk utstyr (MTU)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registrere inn i IT-systemet Medusa hvilket MTU som behandler personopplysninger</li> </ul>
6.	Mangler risikovurdering av medisinsk-teknisk utstyr (MTU) utenfor nettverk	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gjennomføre en generell risikovurdering som dekker sikkerhetshåndtering av frittstående MTU</li> <li>Vurdere håndtering av innebygd personvern og personvern som standardinnstilling</li> </ul>
<b>Forbedringsbehov ifm. lagring utenfor fagapplikasjoner</b>		
7.	HR-/personalområdet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Etablere rutiner i eHåndboken for lagring og sletting av ustrukturert informasjon som omfatter personopplysninger</li> <li>Etablere en ADI-løsning som tillater å sende sensitiv informasjon gjennom systemet og</li> </ul>

		<p>ikke via e-post</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evt. bestille lagrings-områder på K:/sensitivt samt evt. slette opplysninger som ligger lagret utenfor etablerte rutiner</li> </ul>
8.	Økonomiområdet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Følge opp rutiner som blir etablert, jf. ovenfor</li> <li>• Rydde/slette opplysninger som ikke følger rutinene som etableres</li> </ul>
9.	Juridisk område	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Følge opp nye rutiner i eHåndboken for håndtering av personopplysninger utenfor fagsystem, jf. ovenfor.</li> <li>• Evt bestille lagringsområder på K:/sensitivt</li> <li>• Sikre at varslingsmail ikke over tid inneholder taushetsbelagte personopplysninger</li> </ul>
10.	Kommunikasjonsområdet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revidere prosedyre for lagring av samtykke ved eksponering i media</li> </ul>
11.	Revisjon av filmappetyper K:/sensitivt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planlegging og gjennomføring av revisjon av K:/sensitivt/klinikk, for å avdekke blant annet at områder brukes, volum av lagring, hva som lagres, samsvar med lagring og melding, at hvert område fremdeles har en ansvarlig.</li> <li>• Etablere rutine i eHåndboken for bruk av K:/sensitivt</li> <li>• Rydding av områder på K:/sensitivt når det avdekkes behov i revisjon, samt oppfølging av rutine</li> </ul>
<b>Forbedringsbehov ifm. forsknings- og kvalitetsregistre</b>		
12.	Studier mangler dokumentasjon på godkjenning	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentasjon må sendes til <a href="mailto:godkjenning@ous-hf.no">godkjenning@ous-hf.no</a></li> <li>• Dersom dokumentasjon ikke finnes, må det meldes som avvik, og søkes godkjenning om mulig og personopplysningene må slettes om godkjenning ikke er mulig</li> </ul>
13.	Studier som ifølge oversikten skulle vært slettet	<p>Registeroversikten viser studier som skulle vært slettet, da godkjenningen er utløpt på tid, men hvor sluttmelding ikke er gitt. Dersom godkjenning av forlengelse er gitt, bes den sendes inn til <a href="mailto:godkjenning@ous-hf.no">godkjenning@ous-hf.no</a>. Dersom ikke godkjenning finnes, må det meldes som avvik, og søkes godkjenning om mulig og personopplysningene må slettes om godkjenning ikke er mulig</p>
14.	Registre som ikke er på godkjent løsning	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registre som er utarbeidet på ikke godkjente løsninger i OUS, må flytte til godkjente løsninger<sup>1</sup> i tråd med plan og nye registre etableres på godkjente løsninger</li> </ul>
15.	Studier som har data lagret på områder som ikke er	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Studier som har data lagret på områder som ikke er godkjent, må flytte til godkjent</li> </ul>

<sup>1</sup> OUS ledermøtesak 154/2018: «Konvertering av kvalitets- og forskningsregistre til godkjente registerverktøy- resultat av høringsrunde, videre prosess og økonomi», 12. juni 2018

	godkjent	lagringsområde.
16.	Studien hvor kodelisten er lagret på ikke godkjent måte	<ul style="list-style-type: none"> <li>Studier som har lagret kodelister på annen måte enn i samsvar med gjeldende føringer, må flytte kodelisten inn i Medinsight.</li> </ul>
17.	Tiltak for å sikre at nødvendig informasjon ifm. artikkel 30 og 32 i GDPR ivaretas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Etablere meldingsløsning for forsknings- og kvalitetsregistre som guider innmelding på en mer aktiv måte, og sørger for at spørsmål besvares og vedlegg sendes inn.</li> <li>Forankre meldingsløsningen i ledermøtet</li> <li>Informere om meldingsløsningen i klinikkene</li> </ul>
18.	Sikre bruk av meldingsløsning	<ul style="list-style-type: none"> <li>Når meldingsløsningen er etablert, må all melding foregå via denne</li> </ul>
19.	Sikre innebygd personvern for langvarige og store registre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oppfyllelse av nye krav, inkl. innebygget personvern – ref. ledermøtebeslutning om anbefalte løsninger – dette er under arbeid.</li> </ul>
20.	Dataportabilitet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Der hvor personen har samtykket til registrering, må registeret kunne utlevere disse data i et format som også andre elektronisk kan lese.</li> <li>Det må lages veiledning for hvordan dette kan oppfylles.</li> </ul>
21.	Dataminimering	<ul style="list-style-type: none"> <li>Det skal ikke være registrert mer informasjon enn nødvendig, herunder back-up. Hvert register må sikre at dette ivaretas.</li> </ul>
<b>Forbedringsbehov ifm. informasjon til registrerte</b>		
22.	Pasientbrev	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pasientbrevene suppleres med henvisning til den personvernerklæringen som finnes på sykehusets nettside.</li> </ul>
23.	Personvernerklæring	<ul style="list-style-type: none"> <li>Teksten gjennomgås for å sikre godt og enkelt språk</li> <li>Suppleres med retten til dataportabilitet</li> <li>Link til personvernerklæring fra flere sider på sykehusets Internett, typisk «behandlinger» og «fag og forskning».</li> </ul>
24.	Sikre ivaretagelse av informasjons-plikten til registrerte	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infoportal som er etablert, ref. ledermøtesak, må benyttes av alle langvarige forskningsregistre, og interne kvalitetsregistre. IPV vil bidra til å minne på.</li> </ul>
25.	Informasjon til ansatte	<ul style="list-style-type: none"> <li>Etablere og tilgjengeliggjøre samlet informasjon til ansatte om registrering av ansattinformasjon av OUS som arbeidsgiver.</li> </ul>
<b>Forbedringsbehov ifm. bevisstgjøring og opplæring av ansatte</b>		
26.	Oppfølging av sykehusomfattende revisjon for 2017	<p>Forbedringsbehov avdekket i den sykehusomfattende revisjonen for 2017 må sikres gjennomføring, herunder følgende tema.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Opplæring og tilgang til journal</li> <li>Opplæring i personvern og informasjons-</li> </ul>

		<p>sikkerhet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forskning, herunder forståelse av sentrale personvernbegreper, lagring av sensitiv informasjon og melderutiner</li> <li>• Bruk av kommunikasjons-verktøy ifm. behandling av sensitive personopplysninger</li> <li>• Avvikshåndtering innen informasjons-sikkerhet og personvern</li> </ul>
27.	Utforming av opplæringsplan for definerte områder og grupper av ansatte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oppdatere PIFF i samarbeid med UiO</li> <li>• Oppdatere og implementere nye kurs og opplærings-program for forskningsledere, prosjektledere og forskere</li> <li>• Utvikle spesialtilpassede kurs samt rådgivning for forskningsmiljøer</li> <li>• Tilby undervisning på forespørsel og planlegging i egen regi</li> <li>• Etablere en mindre arbeidsgruppe som vurderer tiltak, dvs. innhold og struktur, virkemidler og hvem som skal gjennomføre.</li> <li>• Vurdere spesielle opplæringsbehov ifm. særlovgivningen</li> </ul>
<b>Forbedringsbehov ifm. innebygd personvern og dataportabilitet</b>		
28.	Etablere førende dokumenter i styringssystem for informasjons-sikkerhet og personvern	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Basert på arbeidet som er gjort med krav til egenutviklede løsninger, etableres føringer for innebygd personvern i styringssystem for informasjonssikkerhet og personvern for innebygd personvern</li> </ul>
29.	Egenutviklede løsninger	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Egenutviklede løsninger gjennomgås for å ivareta innebygd personvern</li> </ul>
30.	Spørsmål til leverandører	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det etableres en elektronisk spørreundersøkelse for å sikre at de sentrale leverandørene besvarer oppfyllelse av innebygd personvern</li> </ul>
31.	Dataportabilitet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det etableres føringer i styringssystem for informasjonssikkerhet og personvern som ivaretar at utvikling av app'er og andre former for innhenting av informasjon fra registrerte, ivaretar dataportabilitet. Det må også vurderes om dette behovet må sikres på andre måter.</li> </ul>
32.	Nye løsninger	<ul style="list-style-type: none"> <li>• All utvikling og etablering av nye løsninger, må følge også de nye lovkravene</li> </ul>
<b>Forbedringsbehov ifm. personvernkonsekvensvurderinger</b>		
33.	Etablere føringer og mal for vurdering av personvernkonsekvenser (DPIA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Basert på veileder fra Datatilsynet og tilgjengelige maler, etableres OUS-mal for DPIA. Det vil koordineres med regionens øvrige foretak for å etablere felles mal i regionen. Dette bør kombineres med en veileder/mal for hva en personvernkonsekvensutredning skal</li> </ul>

		inneholde for prosjekter med ulik risikoprofil og hvem som skal gjøre hva for ulike kategorier prosjekter.
34.	Nye og endrede databehandlinger	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ved nye databehandlinger skal det vurderes behov for DPIA</li> </ul>
<b>Forbedringsbehov ifm. styringssystem for informasjonssikkerhet og personvern</b>		
35.	Gjennomgang av styrende dokumenter	<ul style="list-style-type: none"> <li>De styrende dokumenter oppdateres, justeres og innholdet reorganiseres. inkl. språklig gjennomgang. Ny personopplysningslov harmoniseres ift. spesiallovgivningen. Lederbeslutninger om standard-policy på div. områder i OUS.</li> <li>Gjennomgangen må også omfatte oppgavefordeling, roller og ansvar i tilknytning til prosedyrene.</li> </ul>
36.	Rettslig gjennomgang av ulike lover med sikte på harmonisering av regelverk innen OUS	Det foretas en nærmere systematisk rettslig gjennomgang der de ulike lovene møtes for å oppnå harmonisering og ikke motstrid. I praksis vil dette vise seg ved gjennomgang og justering/reorganisering av prosedyreverk, gjennom saker og problemstillinger i saker som blir forelagt Juridisk avdeling, visse problemområder en ser vil komme pga. OUS sentrale oppgaver og allerede kunnskap om lovverk. Et eksempel er forskningsområdet, som har flere problemstillinger som må gjennomgås.
<b>Forbedringsbehov knyttet til organisering, roller, oppgavedeling og beslutningsprosesser</b>		
37.	Ordningen og beslutningsprosesser internt i OUS som dataansvarlig	<p><i>Arbeidsgruppen har pekt på en del problemstillinger som anbefales vurdert nærmere i linjeorganisasjonen som oppfølging av arbeidsgruppens rapport:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Etablering av rutiner ifm. personvernsaker som sikrer en tilstrekkelig bred behandling internt, herunder for saker som skal vedtas av administrerende direktør.</li> <li>Avklaring av hvem i OUS som har saksbehandleransvaret for data-behandleravtalen med Sykehuspartner</li> <li>Stab FIU nedsetter en arbeidsgruppe med ansvar for å gjennomgå, og utarbeide nødvendig policy innen personvern og informasjonssikkerhetsområdet på forskningsområdet.</li> <li>Lage et eHåndboks-dokument som regulerer systemeiers oppgaver og ansvar og forvaltning av ordningen med systemeiere.</li> </ul>
38.	OUS som dataansvarlig i en regional modell	<p><i>Arbeidsgruppen har pekt på en del problemstillinger som anbefales vurdert nærmere i linjeorganisasjonen som oppfølging av arbeidsgruppens rapport:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Påpekingen fra HOD og Datatilsynet om klart</li> </ul>

		<p>definerte roller og ansvar bør følges opp også innenfor en koordinert regional modell. Vedtak må være dokumentert og tilgjengelige.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avklaring av hvordan viktige saker som behandles i Regionalt sikkerhetsfaglig råd med underorgan skal behandles internt i OUS; hvem som skal involveres, fullmakter, evt. instruksjer. Beslutningstaker for bindende retningslinjer mv. for HFene klargjøres.</li> </ul>
39.	Organisering av funksjoner og roller	<p><i>Arbeidsgruppen har pekt på en del problemstillinger som anbefales vurdert nærmere i linjeorganisasjonen som oppfølging av arbeidsgruppens rapport:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vurdering av deling av rollen som hhv. Informasjonssikkerhetsleder og personvernombud</li> <li>• Avklaring av roller dersom informasjonssikkerhetsleder fortsetter i et bierverv under CISO i Helse Sør-Øst</li> <li>• Ved overlappende roller en skriftlig avveining av fordeler og ulemper som grunnlag ved evt. eksterne spørsmål</li> <li>• Vurdering av måter å utnytte OUS' samlede kapasitet bedre på personvernområdet.</li> </ul>
<b>Forbedringsbehov ut fra spesielle risikoområder</b>		
40.	Bildearkiv Rikshospitalet (RH) og Radiumhospitalet (RAD)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• På hhv. RH og RAD er det gamle bildearkiv hos fotograf. Disse må gjennomgås for å avklare om det er grunnlag for lagring, sende til nasjonal arkivering eller sletting. De fleste av bildene er også utlevert til oppdragsgiver, noe som må være del av bakgrunn ved vurdering.</li> </ul>
41.	Etablere felles rutiner for fototjeneste på Rikshospitalet og Radiumhospitalet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Under etablering, og må ferdigstilles</li> </ul>
42.	Krav om deling av rådata ved publisering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det pågår arbeid for å etablere rutiner og maler om sikrer at deling av ikke-anonyme data har nødvendig hjemmelsgrunnlag og at databehandler-avtale inngås ved tilgjengeliggjøring</li> </ul>
43.	Revisjon av databehandlere	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablere rutiner og regime for gjennomføring av revisjon av databehandlere. Må gjøres sammen med SP og regionen</li> </ul>
44.	Bruk av personopplysninger ifm. testing	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er behov for mer tydelige føringer for testing med person-opplysninger samt sikre mest mulig syntetiske data for testing der det er mulig, ref. Direktoratet for eHelse.</li> </ul>
45.	Forskernett	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det pågår arbeid for å terminere eksisterende Forskernett, herunder å</li> </ul>



		etablere dem som kan, i sykehusnettet.
46.	Nettverk etablert ifm. utbyggingen ved Radiumhospitalet	<p>Følgende er ikke avklart p.t:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ukjent om det er gjennomført risikovurdering og om det finnes løsningsdesign eller annen dokumentasjon</li> <li>• ukjent om OUS som er data-behandlings-ansvarlig eller databehandler (mulig begge deler)</li> <li>• Det må gjøres en gjennomgang og revisjon av dette nettverket for å få avklart OUS ansvar, og etablert dokumentasjon, herunder løsningsdesign og risikovurdering.</li> </ul>
47.	Håndtering av risiko-områdene på lengre sikt og for jevnlig oppfølging av dem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De identifiserte risikoområdene bør gjennomgås i et bredere forum bestående av alle berørte enheter.</li> </ul>

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 27. september 2018

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

---

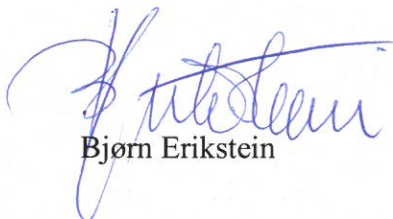
### **SAK 57/2018 SYKEHUSPARTNER HF – FELLES IKT-LEVERANDØR I HELSE SØR-ØST**

I styremøtet vil administrerende direktør Gro Jære i Sykehuspartner HF gi en presentasjon av fellesleverandøren i foretaksgruppen.

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

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo den 20. september 2018



Bjørn Erikstein

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 27. september 2018  
Saksbehandler: Direktør Oslo sykehusservice  
Vedlegg: Kjøpekontrakt

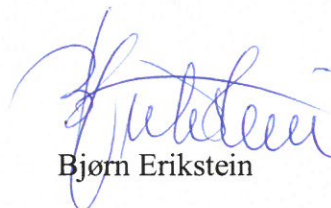
---

### SAK 58/2018 KJØP AV TRONDHEIMSVEIEN 235 PÅ AKER SYKEHUS

#### Forslag til vedtak:

1. *Styret anbefaler kjøp av Trondheimsveien 235, gnr. 85, bnr.283 i Oslo kommune, med påstående bygninger og anlegg.*
2. *Styret ber administrerende direktør signere kjøpekontrakt etter godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF.*

Oslo, den 20. september 2018



Bjørn Erikstein

**Sammendrag**

Foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF har vedtatt at et lokalsykehus på Aker er del av Oslo universitetssykehus' fremtidige målbilde. Styret ble oktober 2017 (sak 68/2017) orientert om Statsbyggs tilbud til Oslo universitetssykehus HF om kjøp av deres eiendom som inngår i planområde for nytt lokalsykehus på Aker. I denne saken fremmes forslag til kjøp av Trondheimsveien 235 (gnr.85, bnr. 283) med påstående bygninger og anlegg. Omforent kjøpesum er 54,2 millioner kroner.

**Administrerende direktørs vurdering og anbefaling**

Det er gjennomført omfattende arbeid for å få belyst de ulike ideer og tanker om hvordan utbyggingen av et nytt lokalsykehus på Aker kan løses. I vurderingen av utbyggingsløsningene vises det gjennomføringsrisiko blant annet knyttet til behov for og kostnader i forbindelse med tomteervervelse.

Eiendommen som her foreslås kjøpt vil bli berørt av sykehusutbyggingen, enten ved etableringen av lokalsykehuset, eller i forbindelse med adkomst eller fremtidige utvidelser. På denne bakgrunn anbefaler administrerende direktør at Oslo universitetssykehus HF kjøper Statsbyggs eiendom Trondheimsveien 235 (gnr.85, bnr. 283) med påstående bygninger og anlegg. En overdragelse av eiendommen bidrar til å redusere gjennomføringsrisiko i den videre planlegging, samtidig som Oslo universitetssykehus sikrer seg nødvendig areal for fremtidig utvikling av området.

Kjøpet gjennomføres i henhold til lover og forskrifter, samt instruks gitt i styrende dokumenter innen foretaksgruppen. Kjøp av eiendom følger reglene for investeringer i bygg og eiendom, og betyr at kjøp over 50 millioner kroner må godkjennes av Helse Sør-Øst RHF.

**Faktabeskrivelse**

Det gjennomføres konseptutredninger for utbygging av lokalsykehus på Aker etter vedtak i styrene for henholdsvis Oslo universitetssykehus HF og i Helse Sør-Øst RHF i mai og juni 2017. I dette arbeidet er det utredet ulike utbyggingsalternativer for å belyse mulighetene på Aker sykehus tomten.

Området på Aker består av flere tomter hvor Oslo universitetssykehus er største eier av planområdet. Resterende arealer er fordelt på private, kommunale og statlige aktører. Eierne er henholdsvis Statsbygg, Hafslund, Omsorgsbygg Oslo KF, Oslo kommune, Fredensborg Eiendom AS og Refstadhagen Borettslag.

Planalternativene som er vurdert berører særlig nedre del av tomten mot ring 3. Konseptfaseutredningen viser også at flere andre tomter på området kan bli berørt av sykehusutbyggingen over tid. For å sikre nok utbyggingsareal, mulighet for fremtidig utvidelse og god adkomst i forbindelse med etablering av et lokalsykehus ved tomten til Aker sykehus, må det påregnes erverv av ekstern eiendom.



# KJØPEKONTRAKT

mellom

**Statsbygg**

og

**Oslo universitetssykehus HF**

vedrørende salg av

Trondheimsveien 235, gnr. 85, bnr. 283 i Oslo kommune

## **BAKGRUNNEN FOR SALGET**

*Eiendommen inngår i område for nytt Aker sykehus og skal benyttes til dette. Dette er bakgrunnen for direktesalg. Sophies Mindes Ortopedi AS er datterselskap av OUS, og kjøper har derfor inngående kunnskap om eiendommen gjennom langvarig leieforhold.*

### **1. PARTENE OG EIENDOMMEN**

Statsbygg, org.nr. 971 278 374, (**Selger**) eier Trondheimsveien 235, gnr. 85, bnr. 283 i Oslo kommune med påstående bygninger og anlegg (**Eiendommen**).

Selger og Oslo universitetssykehus HF, org.nr. 93 467 049, (**Kjøper**) er enige om at Eiendommen skal overdras fra Selger til Kjøper på de vilkår som følger av denne avtalen.

Eiendommens selges påheftet leieavtaler med Telenor og Sophies Mindes ortopedi AS.

Kjøper er kjent med regulerings situasjonen for eiendommen og at denne står oppført på Byantikvarens gule liste.

### **2. KJØPESUMMEN OG EIENDOMMENS AVKASTNING OG KOSTNADER**

#### **2.1 Kjøpesummen og omkostninger**

Kjøpesummen for Eiendommen er **NOK 54.200.000,-** (**Kjøpesummen**).

I tillegg skal Kjøper betale alle overdragelsesomkostninger, herunder dokumentavgift og tinglysingsgebyr for skjøtet.

Kjøpesummen er endelig og skal ikke reguleres for eventuelle arealavvik.

Endringer i offentlige avgifter/gebyrer i tidsrommet etter signeringen av kontrakten er Kjøpers risiko.

Kjøpesummen betales til Statsbyggs kontonummer: **7694 05 07770** og merkes med, «oppgjør for Trondheimsveien 235».

#### **2.2 Eiendommens avkastning og kostnader**

Selger har rett til den avkastning Eiendommen gir frem til og med den dagen Kjøper overtar Eiendommen. Til samme tid svarer Selger for kostnadene ved Eiendommen.

Senest 30 dager etter Overtakelse skal Selger og Kjøper direkte seg i mellom foreta pro & contra oppgjør for inntekter og utgifter knyttet til Eiendommen per Overtakelse. Hvis partene ikke blir enige om dette oppgjøret innen fristen, kan hver av partene kreve at en uavhengig statsautorisert revisor som partene i fellesskap oppnevner og bekoster, avgjør hvordan oppgjøret skal foretas med bindende og endelig virkning for partene. Denne avgjørelsen skal foreligge senest 14 dager etter at revisor er oppnevnt.

Eiendommen er leid ut til hhv Telenor og Sophies Minde Ortopedi AS, som har benyttet lokalene fra 2004. Disse avtalene overføres ved salget.

### **2.3 Forsinket betaling**

Betales ikke Vederlaget eller annet utestående beløp etter denne avtalen ved forfall, skal skyldneren betale forsinkelsesrente i henhold til forsinkelsesrenteloven fra forfall til betaling skjer.

### **3. OVERTAKELSE, RISIKOOVERGANG OG OPPGJØR**

Eiendommen skal overtas av Kjøper **den 01.10.2018**. Fra samme tidspunkt overtar Kjøper risikoen for at det inntre omstendigheter som utgjør en mangel eller brudd på garantiene som gis per Overtakelse.

### **4. BETINGELSER FOR GJENNOMFØRING AV AVTALEN**

#### **4.1 Kjøpers betingelser**

Kjøpers forpliktelse til å gjennomføre denne avtalen er betinget av at følgende vilkår er oppfylt eller frafalt av Kjøper:

- (a) Det har ikke inntruffet forhold, herunder nye forhold etter signering av denne avtalen, som utgjør vesentlig brudd på Selgers forpliktelser etter denne avtalen.
- (b) Eiendommen eller deler av Eiendommen ikke har blitt skadet slik at den i det alt vesentlige fremstår som på tidspunkt for avtaleinngåelse, med mindre Selger påtar seg fullt ut å utbedre skadene for egen regning eller kompensere Kjøper for det verdiminus skaden utgjør i form av reduksjon av Kjøpesummen. Eventuelle mindre skader som måtte oppstå mellom signering og gjennomføring har Selger rett til å utbedre.
- (c) Kjøper har, dersom dette er påkrevet, fått innvilget konsesjon for erverv av Eiendommen og fremlagt dokumentasjon på dette.

#### **4.2 Selgers betingelser**

Selgers forpliktelse til å gjennomføre denne avtalen er betinget av at følgende vilkår er oppfylt eller frafalt av Selger:

- (a) Det har ikke inntruffet forhold, herunder nye forhold etter signeringen av denne avtalen, som utgjør vesentlig brudd på Kjøpers forpliktelser etter denne avtalen.
- (b) Eiendommen eller deler av Eiendommen ikke har blitt skadet slik at den i det alt vesentlige fremstår som på tidspunkt for avtaleinngåelse.

#### **4.3 Oppfyllelse av betingelsene**

Selger og Kjøper skal gjøre det som med rimelighet kan forventes av dem for at betingelsene for gjennomføring av avtalen oppfylles uten ugrunnet opphold. Dersom konsesjon ikke innvilges, er ikke Selger forpliktet til å vente på utfallet av en eventuell påfølgende klage dersom endelig avgjørelse i klagesaken ikke treffes innen 3 måneder etter at konsesjon først ble nektet, og Selger kan trekke seg fra salget dersom endelig avgjørelse i klagesaken ikke



foreligger innen utløpet av nevnte tidsfrist. I slike tilfeller dekker partene egne kostnader og ingen av partene kan rette krav mot hverandre.

#### **4.4 Betydningen av at avtalen bortfaller**

Hvis avtalen bortfaller som følge av at Selgers eller Kjøpers betingelser ikke blir oppfylt eller frafalt, kan ingen av partene rette krav om kostnadsdekning eller annet mot den annen part. Hvis avtalen bortfaller som følge av at en part bryter sine plikter etter avtalen, kan den annen part likevel gjøre gjeldende erstatningskrav som følge av avtalebruddet.

#### **5. SELGERS PLIKTER FØR OVERTAKELSE**

Frem til Overtakelse skal Selger sørge for:

- (a) At Eiendommen i perioden fra signering av denne avtalen til Overtakelse driftes på en forsvarlig måte.
- (b) At Selger ikke inngår nye avtaler av vesentlig betydning for Eiendommen, og at ingen avtaler av vesentlig betydning for Eiendommen heves, endres eller sies opp av Selger uten Kjøpers skriftlige samtykke.
- (c) Ikke å tilskynde eller foreta noe som ville utgjøre brudd på Selgers garantier i punkt 7.

#### **6. SELGERS ANSVAR ETTER AVHENDINGSLOVEN, MV.**

Eiendommen overtas som den er, jf. avhendingsloven § 3-9. Det foreligger kun mangel hvis Selger før signeringen av denne avtalen gir en uriktig opplysning som nevnt i avhendingsloven § 3-8 eller forsømmer å gi en opplysning som nevnt i avhendingsloven § 3-7. Selger plikter ikke å rydde eller rengjøre Eiendommen forut for Overtakelse. Eiendommen blir overtatt slik den fremsto på visning, og ikke ytterligere ryddet eller rengjort.

Ved anvendelsen av avhendingsloven §§ 3-7 og 3-8 hefter Selger bare for uriktige eller manglende opplysninger gitt av følgende personer (i fellesskap Nøkkelpersonene): Margrethe Fløystad og Hanna Benedicte Langtvedt, og forvalter, Yngve Kvame.

Selger hefter uansett ikke for opplysninger som er utarbeidet av andre enn Selger, selv om Nøkkelpersonene har gjort opplysningene tilgjengelig for Kjøper, med mindre Nøkkelpersonene selv kjenner til at opplysningene er uriktige. Der det i punkt 7 er referert til det Selger kjenner til, siktes det utelukkende til det Nøkkelpersonene kjenner til.

Kjøper fraskriver seg herved så langt gjeldende rett tillater det, enhver rett til å gjøre krav gjeldende mot Selger i medhold av avhendingsloven § 3-9 annet punktum og ethvert annet lovfestet eller ulovfestet grunnlag, herunder regler om ansvar for uriktige og manglende opplysninger etter avtaleloven.

Dette punkt 6 begrenser ikke Kjøpers rett til å gjøre krav gjeldende som følge av forsinkelse som skyldes forhold på Selgers side.

## 7. SELGERS GARANTIER

Selger garanterer at følgende vil gjelde per signering av denne avtalen og Overtakelse, likevel slik at garantiene i bokstav **Feil! Fant ikke referanseilden.** til og med (e) bare gjelder ved signering av denne avtalen:

- (a) At Selger eier Eiendommen og er hjemmelshaver til denne.
- (b) At det ikke eksisterer andre heftelser på Eiendommen (herunder løsningsretter) enn de som er angitt i vedlegg 2.
- (c) At Selger ikke har brutt leieavtalene med tilhørende tilleggsavtaler angitt i vedlegg 4, og at Selger ikke kjenner til at en leier har brutt en leieavtale.
- (d) At Selger ikke kjenner til krav eller rettigheter som begrenser Eiendommens bruk eller utnyttelse utover det som fremgår av Eiendommens grunnboksblad eller gjeldende reguleringsplan med reguleringsvedtekter for Eiendommen.
- (e) At det ikke foreligger skriftlige pålegg mv. fra offentlige myndigheter som gjelder Eiendommen, og som ikke er betalt eller oppfylt på annen måte.
- (f) At Selger ikke kjenner at det foreligger grunnforurensning på Eiendommen slik at eventuell grunnforurensning som avdekkes etter Overtakelse er Kjøpers ansvar og risiko.

Med forhold som Selger kjenner til i punkt 6 og 7, menes både de forhold som Selger faktisk kjenner til ved signering av denne avtalen, og de forhold som Selger ikke har en rimelig grunn til å være uvitende om på dette tidspunktet.

Selger gir ingen andre garantier enn de som er angitt ovenfor i dette punkt 7.

## 8. BEGRENSNINGER I SELGERS ANSVAR

### 8.1 Kjøpers kunnskap

Kjøper er oppfordret til å undersøke Eiendommen for inngåelse av denne avtalen, herunder å gjennomføre teknisk gjennomgåelse. Kjøper kan ikke gjøre gjeldende som brudd på punkt 6 eller 7 noe som han selv faktisk kjente eller burde kjenne til ved signeringen av denne avtalen, eller noe som rimelig klart og tydelig fremgår av de dokumentene Selger har gjort tilgjengelig for Kjøper før signering av denne avtalen. Denne begrensningen i Selgers ansvar gjelder ikke ved brudd på punkt 7 bokstav (a) (*om eierskap til Eiendommen*).

### 8.2 Reklamasjon

Kjøper taper retten til å gjøre brudd på denne avtalen gjeldende hvis Kjøper ikke innen 60 dager etter at han selv oppdaget eller burde ha oppdaget avtalebruddet, gir Selger skriftlig melding om at avtalebruddet vil bli gjort gjeldende og hva avtalebruddet består i. Uansett taper Kjøper retten til å gjøre avtalebrudd gjeldende hvis Kjøper ikke sender slik reklamasjon innen ett år etter Overtakelse.

Reklamasjonsfristene ovenfor gjelder ikke for brudd på punkt 7 bokstav (a) (*om eierskap til Eiendommen*). For et slikt brudd må Kjøper sende en skriftlig reklamasjon som nevnt senest tre år etter Overtakelse. Ved slike brudd kan Kjøper ikke kreve at Selger dekker tap som skyldes at han har unnlatt å gi Selger skriftlig melding om bruddet innen 60 dager etter at han oppdaget det.

### **8.3 Omfanget av erstatningen**

Selger kan ikke holdes ansvarlig for indirekte tap som definert i avhendingsloven § 7-1 (2), selv om Selger har utvist skyld.

Kjøpers tap skal beregnes netto etter fradrag for i) skatte- og avgiftsbesparelser som Kjøper kan nyttiggjøre seg, og ii) det Kjøper har rett til å kreve erstattet fra tredjemann, herunder et forsikringsselskap. Hvis et tap er betinget, kan Selger først holdes ansvarlig for tapet hvis og når tapet må dekkes av Kjøper. Kjøper kan overholde fristene i punkt 8.2 ved å gi skriftlig melding om det betingede tapet før utløpet av disse fristene.

### **8.4 Beløpsmessig ansvarsbegrensning**

Selgers ansvar for brudd på punkt 6 eller 7 er underlagt følgende begrensninger:

- (a) Kjøper kan ikke gjøre gjeldende enkeltstående brudd som medfører tap på mindre enn NOK 50.000,-, og det skal ses bort fra slike brudd ved vurderingen av om beløpsgrensen i bokstav (b) nedenfor er nådd.
- (b) Kjøper kan ikke gjøre krav gjeldende med mindre Kjøpers samlede tap overstiger NOK 500.000,-, men hvis Kjøpers samlede tap overstiger denne beløpsgrensen, har Kjøper rett til erstatning eller prisavslag fra første krone.
- (c) Selgers samlede ansvar er begrenset oppad til 5 % av Kjøpesummen. Denne ansvarsbegrensningen gjelder likevel ikke ved brudd på punkt 7 bokstav (a) (*om eierskap til Eiendommen*).

Ansvarsbegrensningene i dette punkt 8.4 gjelder bare ved brudd på punkt 6 eller 7 og ikke ved brudd på andre punkter i denne avtalen.

### **8.5 Samlet ansvarsbegrensning for ethvert brudd på avtalen**

Selgers samlede ansvar for brudd på denne avtalen (herunder punkt 7 bokstav (a) (*om eierskap til Eiendommen*) og punkt 5, 6, eller 7) er under enhver omstendighet begrenset til Vederlaget.

### **8.6 Ansvar ved forsett eller grov uaktsomhet**

Begrensningene i Selgers ansvar i punkt 8.2 til og med 8.5 gjelder ikke hvis avtalebruddet er forvoldt ved forsett eller grov uaktsomhet hos ansatte i Selger som har vært de/den hovedansvarlige for gjennomføringen av salget av Eiendommen til Kjøper.

## **8.7 Betydningen av ansvarsbegrensningene for Kjøpesummen**

Partene har ved fastsettelsen av Kjøpesummen tatt hensyn til begrensningene i Selgers ansvar etter punkt 6, 7 og 8.

## **9. BEFØYELSER VED BRUDD PÅ AVTALEN**

Med de begrensninger som følger av denne avtalen, kan hver av partene gjøre misligholdsbeføyelser etter avhendingsloven gjeldende hvis den annen part bryter avtalen, herunder heve avtalen hvis den annen part gjør seg skyldig i vesentlig kontraktsbrudd. Selger tar forbehold om at Selgers hevingsrett står ved lag i de tilfeller som er regulert i avhendingsloven § 5-3 (4).

## **10. FULLSTENDIG AVTALE**

Denne avtalen med vedlegg utgjør hele avtaleforholdet mellom partene og erstatter enhver tidligere avtale eller forståelse mellom partene vedrørende det som er regulert i denne avtalen.

## **11. FRASKRIVELSE AV RETTEN TIL Å GJØRE KRAV GJELDENE MOT ANDRE ENN SELGER**

Kjøper fraskriver seg herved enhver rett til å gjøre krav gjeldende mot nåværende eller tidligere ansatte hos Selger, herunder Nøkkelpersonene, som følge av deres handlinger eller unnlaterelser frem t.o.m. Overtakelse. Dessuten skal Kjøper holde disse personene (de Beskyttede Personer) skadesløse for det tilfelle at Kjøper, aksjeeiere (direkte og indirekte) eller kreditorer gjør krav gjeldende mot dem som følge av deres handlinger eller unnlaterelser i forbindelse med inngåelsen eller oppfyllelsen av denne avtalen med vedlegg.

Ansvarsfraskrivelsen og skadesløsholdelsen i forrige avsnitt gjelder ikke i den grad kravet mot de Beskyttede Personer springer ut av deres forsettlige opptreden.

## **12. LOVVALG OG TVISTELØSNING**

Denne avtalen er underlagt norsk rett. Norske lovvalgsregler skal ikke kunne lede til valg av et annet lands rett.

Enhver tvist som måtte oppstå med tilknytning til denne avtale, avgjøres ved ordinær rettergang med Oslo som eksklusivt vernetting. Kretsen av kompetente domstoler i henhold til de alminnelige regler for midlertidig sikring begrenses ikke av det som er bestemt her.

## **13. VEDLEGG**

Vedlagt følger:

1. Statsbyggs signaturkort
2. Grunnbokutskrift
3. Leieavtaler og tilleggsavtaler med Telenor og Sophies Minde Ortopedi AS

## **14. UNDERSKRIFT**

Denne avtalen er i dag underskrevet i 2 eksemplarer, hvorav partene beholder ett hver.

Oslo, ..... 2018

for Selger

---

Navn

Stilling

for Kjøper

---

Navn

Stilling

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 27. september 2018

Saksbehandler: Medisinsk direktør

Vedlegg: Sak til styringsgruppen for videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF  
Tegninger skisseprosjekt

---

**SAK 59/2018 SKISSEPROSJEKT FOR PROTONSENTER PÅ RADIUMHOSPITALET**

### Forslag til vedtak:

*Styret anbefaler Helse Sør-Øst RHF at beskrevne skisseprosjekt legges til grunn for videre planarbeid. Det er viktig for Oslo universitetssykehus HF at planlegging av foton- og protonstrålebehandling samles.*

Oslo, den 20. september 2018



Bjørn Erikstein

Det vises til vedlegg. Det er vedtatt at gjennomføringen av nytt protonsentert samkjøres med nytt klinikkbygg. I perioden mai til september 2018 har det vært utarbeidet et skisseprosjekt for protonsentert ved Radiumhospitalet. Skisseprosjekt for nytt klinikkbygg foreligger. Det har vært god medvirkning fra Oslo universitetssykehus HF. Det er etablert en egen fokusgruppe for protonsentert. Påkoblingspunkter mellom nytt klinikkbygg og protonsentert har blitt behandlet i skisseprosjektet for protonbygget.

Arealer for nåværende strålebehandling (fotonstrålebehandling) på Radiumhospitalet inngår ikke i byggeplanene for nytt klinikkbygg eller protonsentert. Planleggingen og fotonstrålebehandlingen foregår i eksisterende bygninger (C-bygget og strålebygget J).

Det spesielle med det planlagte protonsentert på Radiumhospitalet er at det legges tett integrert til andre bygninger på Radiumhospitalet. Andre protonsentert planlegges i avstand til resten av sykehuset. Det er viktig at strålebehandlingen, både foton- og protonstrålebehandling, virker som en felles virksomhet, da modalitet først velges etter en felles planlegging for begge typer. Oslo universitetssykehus har derfor presisert at arealer for planlegging av strålebehandling må samles. Det er forsøkt å få dette til i protonsentert. Det er vanskelig arealmessig. Kalkylene viser p.t. kostnader over rammen.

Oslo universitetssykehus HF har påpekt at samling av planlegging av all strålebehandling er det viktigste, ikke nødvendigvis hvor, selv om protonbygget er ønsket dersom det er mulig

### **Administrerende direktørs vurdering og anbefaling**

Det beskrevne skisseprosjekt anbefales lagt til grunn for videre planarbeid. Oslo universitetssykehus HF vil medvirke i videre arbeid for å få planene innenfor bevilget kostnadsramme. Det er viktig for Oslo universitetssykehus HF at arealer til planlegging av all strålebehandling på Radiumhospitalet samles.

## Saksframlegg

---

**Styre:** **Styringsgruppen for videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF**

**Møte dato:**

**Dok. nr.** HSØ-0102-18-0071

---

### **Sak 32 - 2018 Skisseprosjekt protonsentert på Radiumhospitalet**

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

Styringsgruppen anbefaler at skisseprosjekt for nytt protonsentert på Radiumhospitalet godkjennes og legges til grunn for gjennomføringen. Det forutsettes at det utvikles kostnadsreduserende tiltak som basis for at prosjektet kan tilpasses styringsrammen.

Oslo, 13.09.2018

Dag Bøhler  
Prosjektdirektør



## 1 Bakgrunn

Helse Sør-Øst RHF har lagt til grunn at gjennomføringen av nytt protonsenters samkjøres med nytt klinikkbygg, slik at utbyggingen på Radiumhospitalet organiseres og gjennomføres som ett prosjektet. Styringsgruppen for videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF behandlet sak om dette i møte 15.01.18 (sak 03-2018) og sluttet seg til dette.

Styringsgruppen for videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF ble orientert om status for prosjektet i møte 07.03.18 og 25.05.18. I møte 25.05.18 ble det fattet følgende vedtak:

1. *Styringsgruppen tar status for arbeidet med etablering av nytt klinikkbygg og protonsenters på Radiumhospitalet til orientering.*
2. *Styringsgruppen slutter seg til valg av totalentreprise for gjennomføring av nytt klinikkbygg og protonsenters.*

Skisseprosjekt protonsenters skal behandles i styremøte Helse Sør- Øst RHF 18.oktober 2018.

## 2 Skisseprosjekt for nytt protonsenters

Basis for skisseprosjektet er etablering av 3 behandlingsrom for klinisk bruk og ett forskningsrom. Det er programmert nødvendige funksjonsarealer til den kliniske driften av dette. Forskningsrommet er tilrettelagt for senere omgjøring til klinisk bruk. Totalt er det programmert et funksjonsareal på ca. 2.400 m<sup>2</sup>. Det protonspesifikke utstyret krever store tekniske arealer og volumer og det totale bruttoarealet er derfor ca. 10.000 m<sup>2</sup>.

Prosjekteringsgruppen som har utarbeidet skisseprosjektet for protonsenters ved Radiumhospitalet ble engasjert våren 2018. Prosjekteringsgruppen har bestått av Arkitema Architects, NIRAS, SWECO og Bygganalyse. Arbeidet startet i mai 2018 og ble avsluttet 14. september 2018.

Skisseprosjektet er gjennomført i tett samarbeid med Helse Sør- Øst RHF sin prosjektorganisasjon og ansatte ved Oslo Universitetssykehus HF. Det er etablert egen fokusgruppe for protonsenters som har arbeidet tett sammen med prosjektet og rådgivere for å utvikle skisseprosjektet. Ut over dette har det vært medvirkning fra relevante fokusgrupper etablert for planlegging av nytt klinikkbygg.

Universitetet i Oslo og Statens Strålevern har vært deltagere i prosessen. Det har vært avholdt 4 medvirkningsmøter og flere arbeidsmøter. Det er gjennomført en rekke prosjekteringsmøter, en ROS analyse med fokus på design samt en usikkerhetsanalyse.

NIRAS har deltatt på utbygging av Dansk Center for protonterapi (DCPT) ved Århus Universitetssykehus i Danmark. Det har vært løpende kontakt med miljøet ved DCPT og prosjektgruppen og medvirkningsgruppen har vært i Århus på befaring. Det har også vært befaring ved stråleterapibygg på Radiumhospitalet og ved Ullevål sykehus.

En forutsetning for gjennomføringen av protonprosjektet er at det integreres med pågående planlegging og gjennomføring av nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet. Konseptfasen for nytt klinikkbygg ble avsluttet med leveranse og godkjenning av skisseprosjekt i desember 2017. Skisseprosjektet har blitt revidert våren 2018 med detaljerte romskisser på funksjonsprosjektnivå. Standardiserte rom og løsninger fra nytt klinikkbygg er videreført i protosenteret.

Påkoblingspunkter mellom nytt klinikkbygg og protosenter har blitt behandlet i skisseprosjekt proton i et samarbeid med arkitekt fra skisseprosjekt nytt klinikkbygg. Likeledes en tilpasning av utomhusplan.

### **Nærmere om skisseprosjektet**

Skisseprosjektet er utviklet i samsvar med føringer fra det nasjonale prosjektet, styret i Helse Sør-Øst RHF samt medvirkningsprosessene i helseforetaket.

Det har vært en forutsetning (jfr. sak nr 011/2018 til styret i Helse Sør- Øst RHF) at protosenteret skal tilpasses lokale forhold på Radiumhospitalet. Områder for optimalisering og sambruk av areal ble identifisert i samarbeid med OUS HF gjennom en forberedende prosess forut for skisseprosjekt. Programmet ble på den bakgrunn justert i tråd med at protosenter skal være en integrert del av nytt klinikkbygg og Radiumhospitalet. Konkret ble det tatt ut funksjoner tilsvarende ca 450 kvm (kafe, auditorium, garderober for ansatte, varemottak og andre diverse støtterom) og det ble tillagt funksjoner tilsvarende ca 100 kvm (strålebooking, undersøkelsesrom, samtalerom, støtterom bildediagnostikk). Totalt en arealreduksjon fra konseptfasens program på ca 350 kvm netto.

Skisseprosjektets løsninger ivaretar god funksjonalitet, gode pasientforløp og arbeidsprosesser, både internt i protosenteret men også i sammenheng med nytt klinikkbygg. Det er lagt til rette for at eksisterende løsninger i klinikkbygget som atkomst, hovedinngang, servicefunksjoner, teknikk mv. Krav til arbeidsmiljø er bearbeidet og ivaretatt.

Et protosenter skiller seg ut fra ordinære sykehusprosjekter ved at det i senteret kun skal tilbys behandlingsmetode for stråling av kreft. Det er en avgrenset pasientgruppe, og

behandlingen er høyspesialis  
funksjonsområder fordelt over fire etasjer;

flere

Plan U2:

- Varemottak med tilkomst heis for utstyrsleverandør og trapp/heis for personell
- Forskning, arbeidsrom og oppstalling for forsøksdyr (rotter og mus)
- Intern heis for forskningsdyr opp til forskningsrom
- Logistikk-korridor til heis sør i bygget for vertikal håndtering av varer, tøy og avfall

Plan U1:

- Strålebehandling (3 behandlingsrom)
- Støtterom strålebehandling (manøverrom, samtalerom, omkledding, lager etc)
- Innledning anestesi og oppvåkning
- Hovedgate med venteareal og trapp videre opp i bygget
- Arealer for produksjon og distribusjon av protonstråle

Plan 1:

- Møte og undervisningsarealer
- Personalrom
- Administrasjon
- Kontorområder for doseplanlegging
- Kontorområder for utstyrsleverandør
- Kontorområder for forskning

Plan 2:

- Poliklinikkområder
- Dagplass for infusjon
- Bildediagnostikk for behandlingsplanlegging – 1 CT og 1 MR med diverse støtterom
- Forberedelse til anestesi
- Administrasjon

Alle etasjer har støttearealer for vare- og avfallshåndtering.

**Nøkkeltall kapasiteter**

I skisseprosjektet er det innarbeidet følgende kapasiteter:

Områder	Kapasiteter
Poliklinikk	10 (inkludert 3 samtalerom) 1 MR 1 CT
Behandlingsdel	3 strålebehandlingsrom
Forskning	1 rom til fiksert strålelinje Areal til forsøksdyr

*Helse Sør-Øst er den statlige helseforetaksgruppen som har ansvaret for spesialisthelsetjenestene i Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder. Virksomheten er organisert i ett morselskap, Helse Sør-Øst RHF, og 11 datterselskap. I tillegg leveres sykehustjenester i regionen av privateide sykehus, etter avtale med Helse Sør-Øst RHF.*

## Økonomi

Det er utarbeidet en basiskalkyle for skisseprosjektet og det er gjennomført en økonomisk usikkerhetsanalyse. Det pågår kvalitetssikring av basiskalkylen og rapporten fra usikkerhetsanalysen er under bearbeiding. Resultatene fra dette vil bli presentert i møte i styringsgruppen. Foreløpige indikasjoner viser at det er press på styringsrammen og at det blir viktig å identifisere kostnadsreducerende tiltak i det videre arbeid.

## Forslag om utvidelse av funksjonsareal

I arbeidet med skisseprosjektet har det fremkommet forslag fra OUS HF om å samle all stråleplanlegging (for foton og proton) på Radiumhospitalet. Fotonbehandling og planlegging er forutsatt videreført i eksisterende bygg og inngår ikke i programmet for nytt klinikkbygg eller protonsenters.

Det er pekt på følgende fordeler ved å samle stråleplanlegging:

- Samling av arbeidsområder til doseplan vil gi en bedre kvalitet på tjenesten. Samme doseplanlegger vil kunne utarbeide planer for begge typer behandling og dermed være godt kjent med de forskjeller planene viser før valg av behandlingsform skjer. Tverrfaglige vurderinger med onkolog og fysiker er enklere når miljøet sitter samlet.
- Samling av billediagnostikk til behandlingsplanlegging er beskrevet å gi en driftsøkonomisk gevinst tilsvarende ca 4 stråleterapeut stillinger. I tillegg en økt mulighet til effektiv bruk av bildemodalitetene når disse ligger samlet.

Som en del av skisseprosjektet er det vurdert muligheter og konsekvenser av å samle dette i det nye protonsentret. En samling av stråleplanlegging i protonsentret er beregnet til å utgjøre en økning av arbeidsområder til doseplanleggere på ca. 120 m<sup>2</sup> og til billediagnostikk ca. 310 m<sup>2</sup>, det vil si i alt ca. 430 m<sup>2</sup> netto funksjonsareal. Gitt en samlokalisering av disse funksjonene vil pasientaktiviteten i protonsentret dobles (ca. 30 pasienter hver dag til bildemodaliteter) og antall ansatte øke med 19. Arealbehovet knyttet til økning av ansatte er ikke beregnet. Det er ikke gjort analyser av logistikk med tanke på økt pasient og ansatte- trafikk innomhus, og heller ikke med tanke på endrede pasientstrømmer og inngangsforhold. Det er på dette grunnlaget estimert en tilleggskostnad på i størrelsesorden 100 -150 MNOK for å implementere disse funksjonene i protonsentret

## 3 Vurdering og anbefaling

Skisseprosjektet viser hvordan protonsentret kan etableres på Radiumhospitalet med en kapasitet tilsvarende 3 behandlingsrom og 1 forskningsrom. Det er lagt til rette for at forskningsrommet kan gjøres om til et behandlingsrom på et senere tidspunkt. Senteret er integrert med nytt klinikkbygg og øvrig bygningsmasse og det er etablert funksjonelle løsninger som bør tilrettelegge for god og effektiv drift.

Gjennom arbeidet er det vurdert og utredet forslag om å utvide funksjonsarealet i protonsentret. Dette gjelder først og fremst forslag om å samlokalisere doseplanlegging og billediagnostikk i nytt protonsentret. Foreløpige kalkyler for samling i protonsentret viser imidlertid at det vanskelig kan la seg gjennomføre innenfor gjeldende styringsramme.

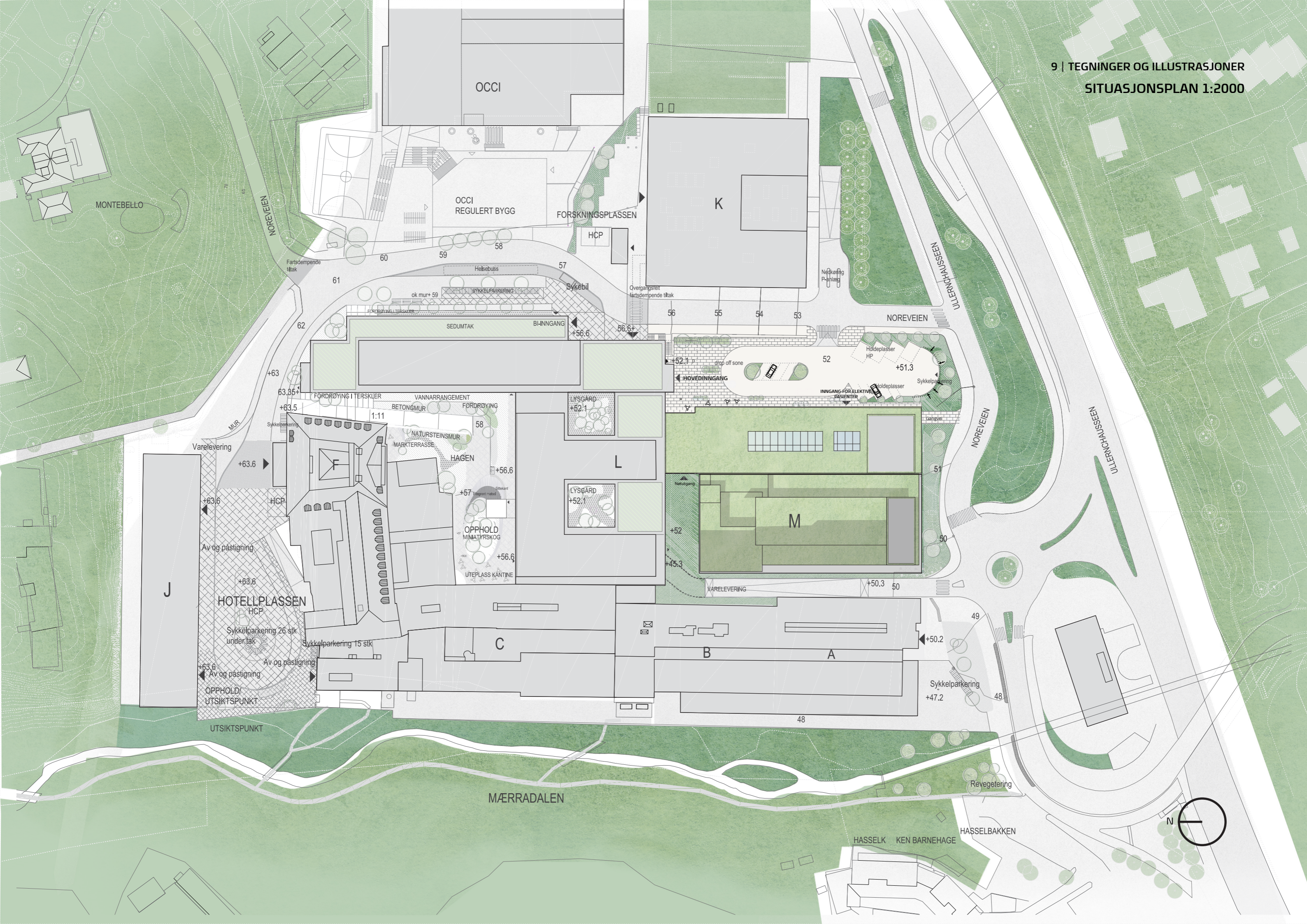
Oslo universitetssykehus HF peker på at dette er vurdert som viktig og til å ha positive driftseffekter uavhengig av lokalisering. OUS ønsker at det arbeides videre med å finne løsning på samling av planlegging, uavhengig av lokalisering på Radiumhospitalet.

Tidligere analyser og kostnadsestimater for skisseprosjektet er basert på generiske skisser på et overordnet nivå. Det er lagt til grunn at prosjektet skal realiseres innenfor en ramme på 1,84 mrd. kroner. Skisseprosjektets kalkyle og en tilhørende økonomisk usikkerhetsanalyse indikerer at det er behov for å bearbeide prosjektkostnadene.

Det er derfor behov for å iverksette et arbeid for å kvalitetssikre kalkylen og utarbeide en kuttliste som kan implementeres for å tilpasse prosjektet til rammen. Det anbefales at det arbeides videre med dette i et samarbeid mellom Oslo universitetssykehus HF og prosjektet frem til skisseprosjektet skal legges frem for styret i Helse Sør-Øst RHF 18.10.18. I dette arbeidet vil det også bli utredet mulig samlokalisering av stråleplanlegging.

Prosjektdirektør anbefaler at skisseprosjekt for nytt protonsentret på Radiumhospitalet godkjennes og legges til grunn for den videre gjennomføringen, og at det utvikles kostnadsreduserende tiltak for å sikre at prosjektet tilpasses styringsrammen.

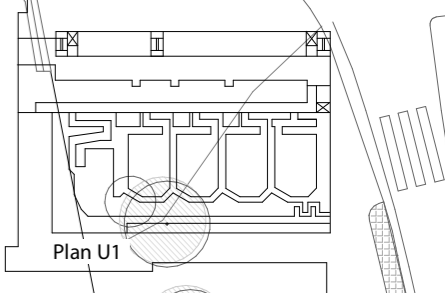






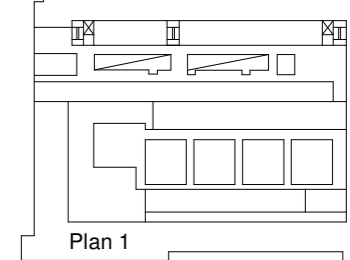


- |   |   |
|---|---|
| 50-01: Proton / Ankomstområde                               | 50-08: Proton / Arbeidsområde utstyrsleverandør           |
| 50-02: Proton / Poliklinikk, proton                         | 50-09: Proton / Møte og personalfasiliteter               |
| 50-03.01: Proton / Behandlingsplanlegging / Pasientområde   | 50-10: Proton / Ikke-medisinsk service                    |
| 50-03.02: Proton / Behandlingsplanlegging / Doseplanlegging | 50-11: Proton / Proton leverandør, tekniske områder       |
| 50-03.03 Doseplan proton                                    | 50-12: Proton / Proton leverandør, kliniske områder       |
| 50-04: Proton / Strålebehandling, proton                    | 50-13: Proton / Tekniske arealer, protonsenters spesielle |
| 50-06: Proton / Forskning                                   |   |
| 50-07: Proton / Arbeidsområde                               |   |

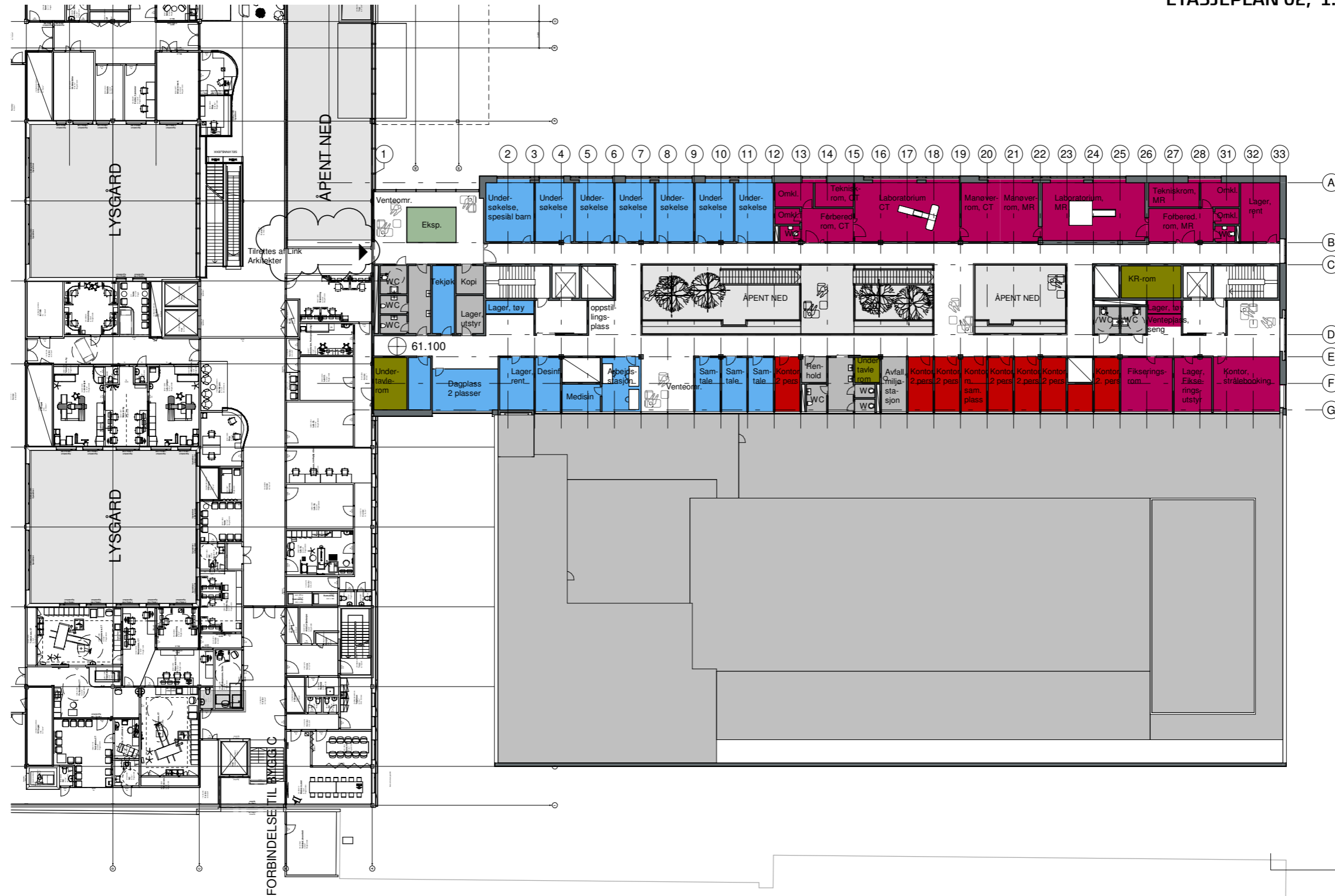




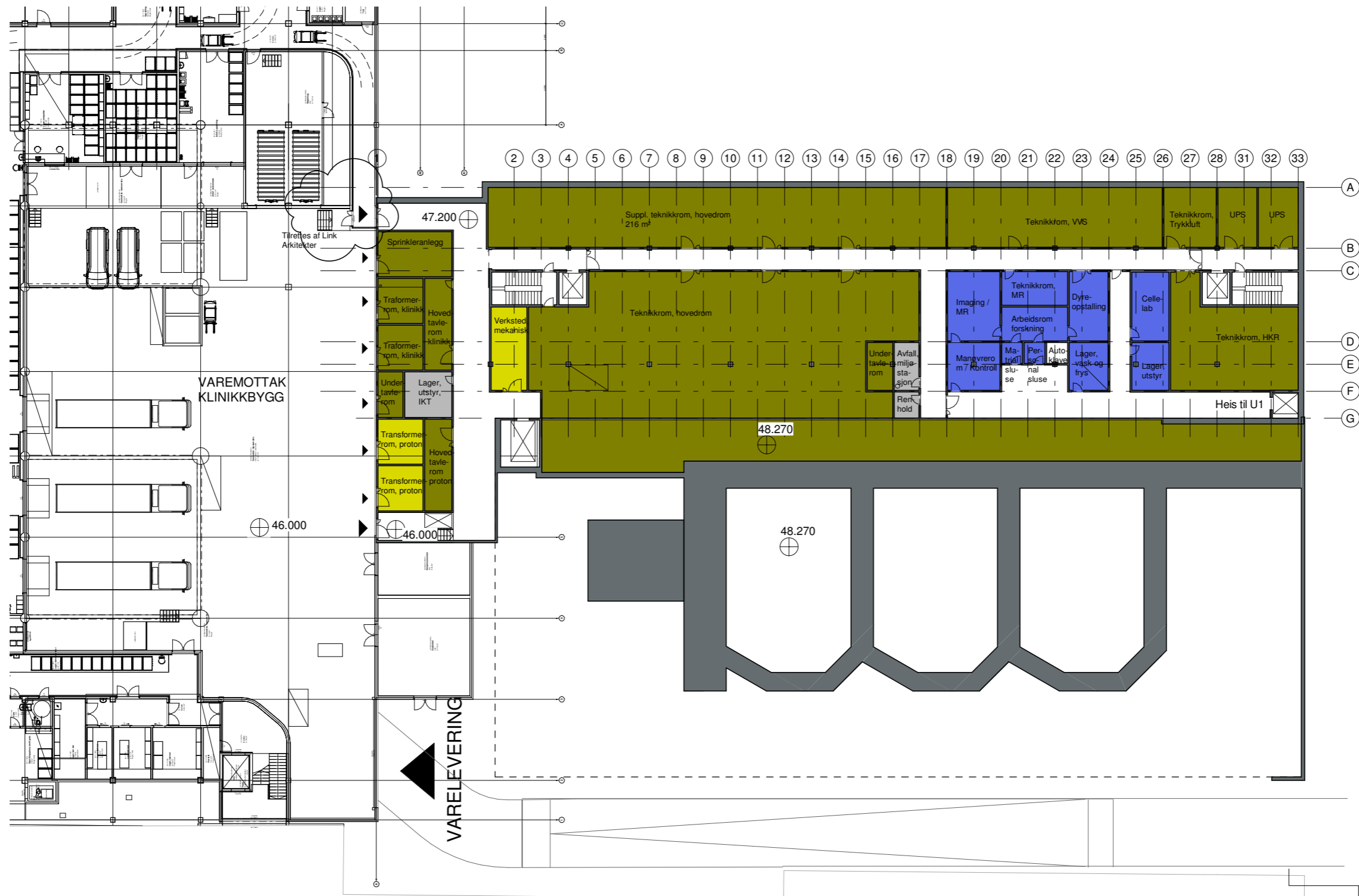
- 50-01: Proton / Ankomstområde
- 50-02: Proton / Poliklinikk, proton
- 50-03.01: Proton / Behandlingsplanlegging / Pasientområder
- 50-03.02: Proton / Behandlingsplanlegging / Doseplanlegging
- 50-03.03 Doseplan froton
- 50-04: Proton / Strålebehandling, proton
- 50-06: Proton / Forskning
- 50-07: Proton / Arbeidsområde
- 50-08: Proton / Arbeidsområde utstyrsleverandør
- 50-09: Proton / Møte og personalfasiliteter
- 50-10: Proton / Ikke-medisinsk service
- 50-11: Proton / Proton leverandør, tekniske områder
- 50-12: Proton / Proton leverandør, kliniske områder
- 50-13: Proton / Tekniske arealer, protonsenters spesifikke



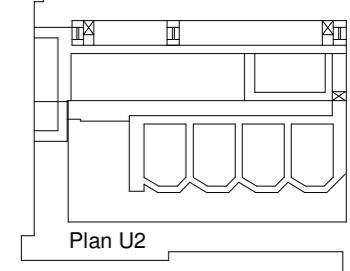


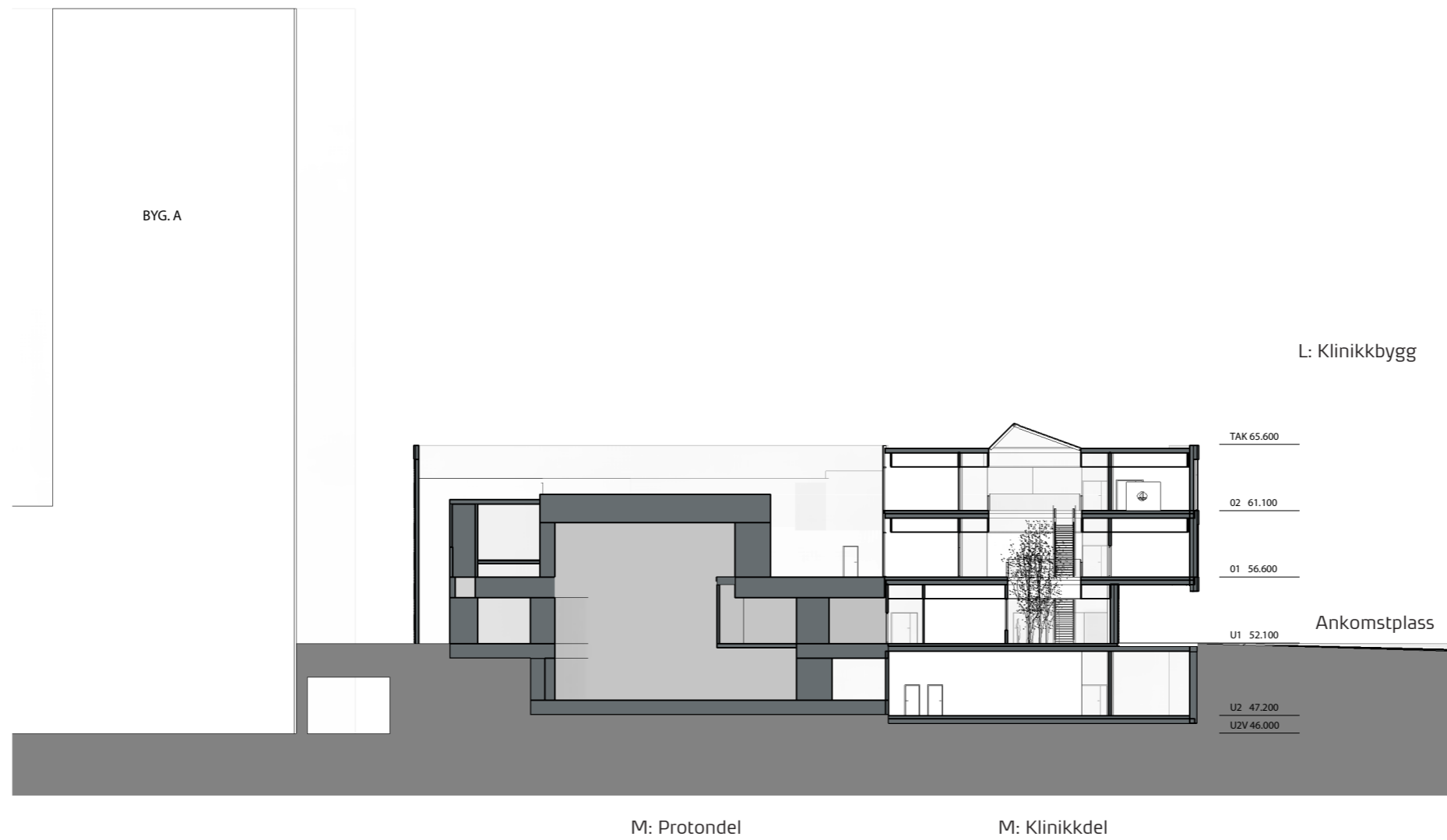


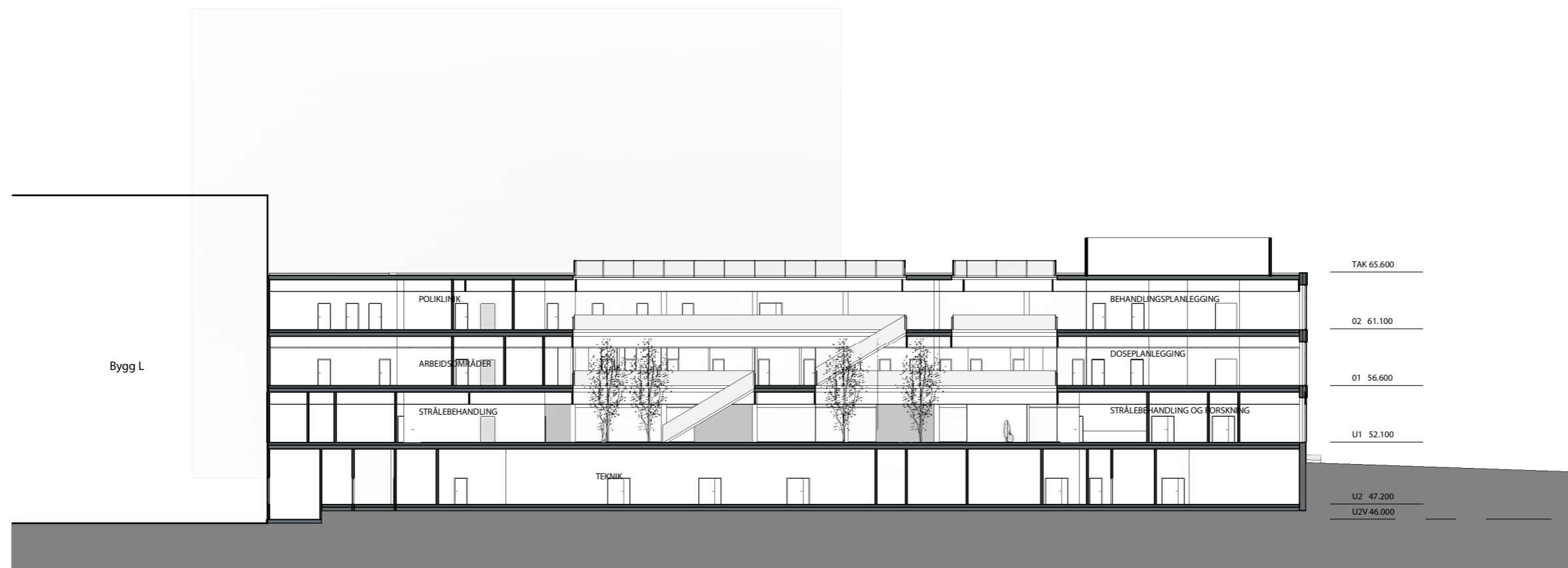
- |  |   |
|--|---|
| 50-.01: Proton / Ankomstområde                               | 50-.08: Proton / Arbeidsområde utstyrsleverandør            |
| 50-.02: Proton / Poliklinikk, proton                         | 50-.09: Proton / Møte og personalfasiliteter                |
| 50-.03.01: Proton / Behandlingsplanlegging / Pasientområder  | 50-.10: Proton / Ikke-medisinsk service                     |
| 50-.03.02: Proton / Behandlingsplanlegging / Doseplanlegging | 50-.11: Proton / Proton leverandør, tekniske områder        |
| 50-.03.03 Doseplan froton                                    | 50-.12: Proton / Proton leverandør, kliniske områder        |
| 50-.04: Proton / Strålebehandling, proton                    | 50-.13: Proton / Tekniske arealer, protonsenters spesifikke |
| 50-.06: Proton / Forskning                                   |   |
| 50-.07: Proton / Arbeidsområde                               |   |

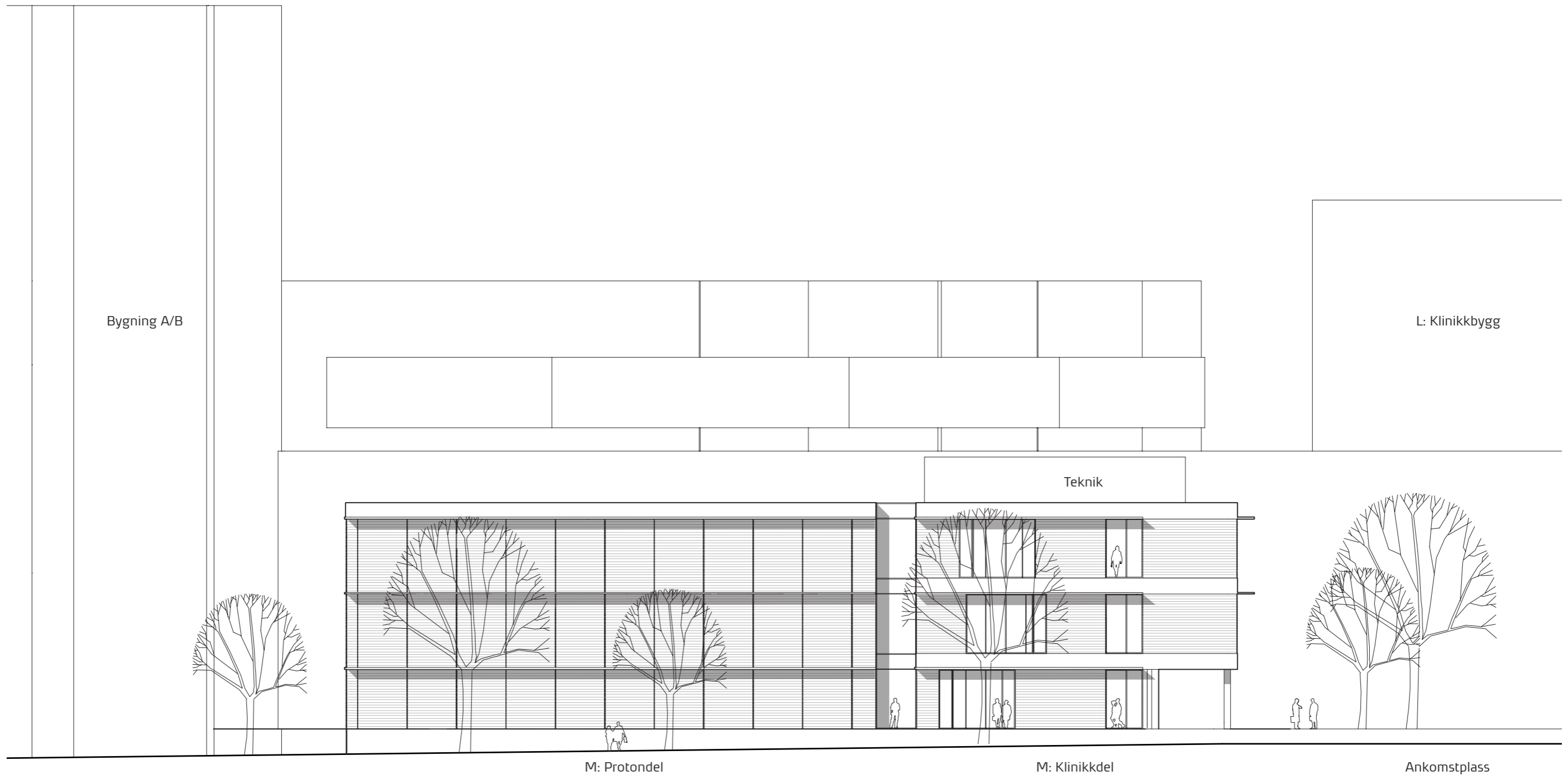


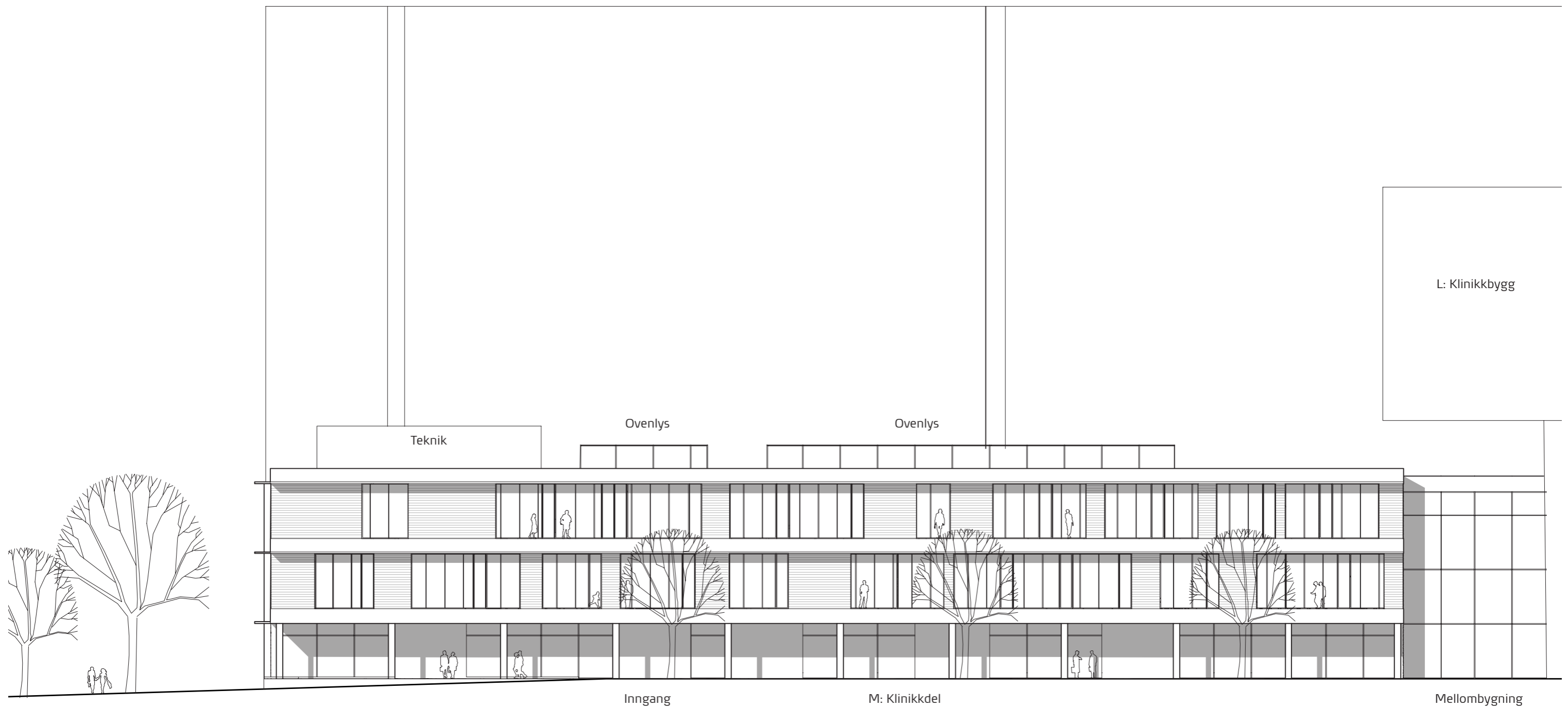
- 50-.01: Proton / Ankomstområde
- 50-.02: Proton / Poliklinikk, proton
- 50-.03.01: Proton / Behandlingsplanlegging / Pasientområder
- 50-.03.02: Proton / Behandlingsplanlegging / Doseplanlegging
- 50-.03.03 Doseplan froton
- 50-.04: Proton / Strålebehandling, proton
- 50-.06: Proton / Forskning
- 50-.07: Proton / Arbeidsområde
- 50-.08: Proton / Arbeidsområde utstyrsleverandør
- 50-.09: Proton / Møte og personalfasiliteter
- 50-.10: Proton / Ikke-medisinsk service
- 50-.11: Proton / Proton leverandør, tekniske områder
- 50-.12: Proton / Proton leverandør, kliniske områder
- 50-.13: Proton / Tekniske arealer, protonsenters spesifikke

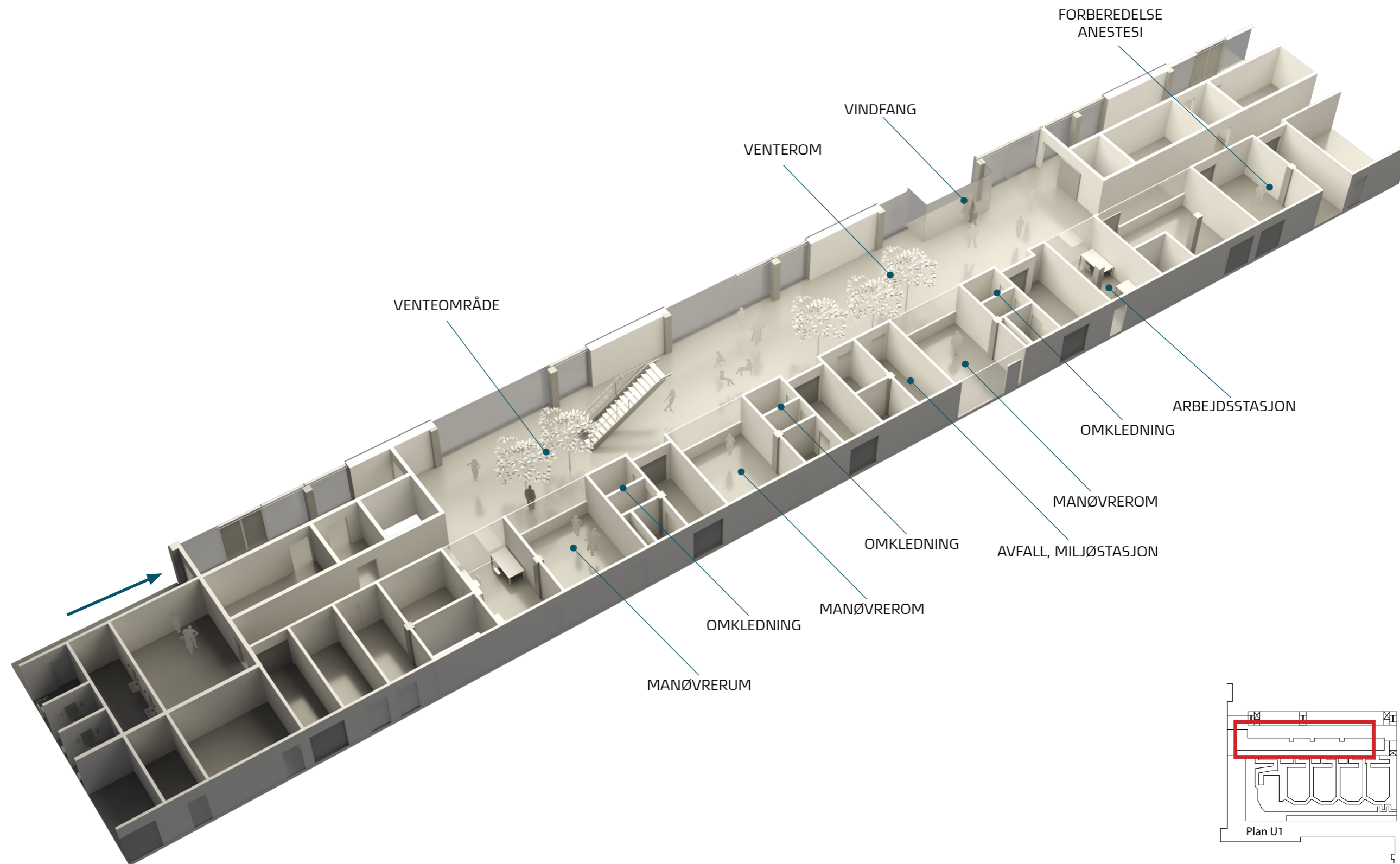




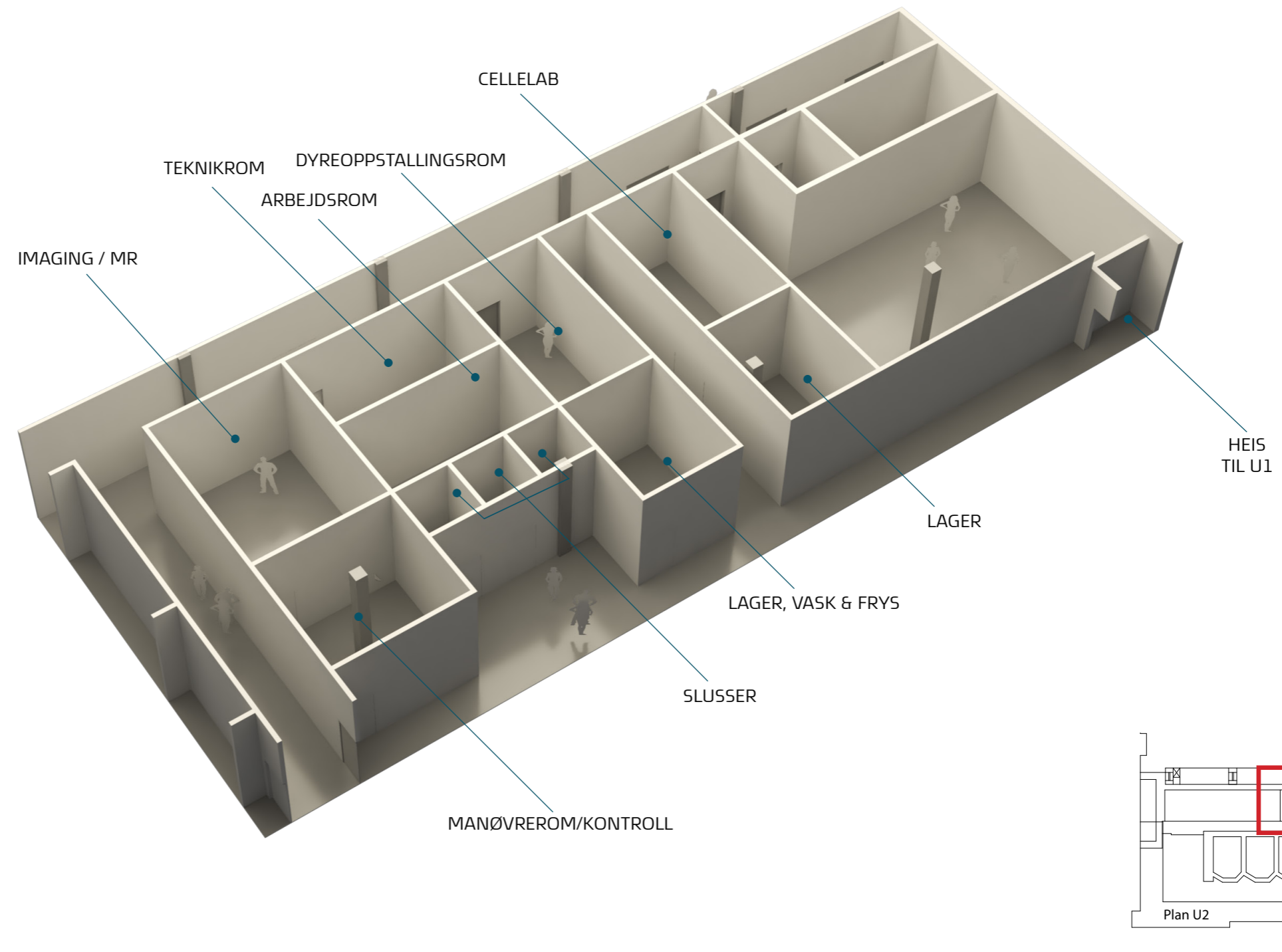




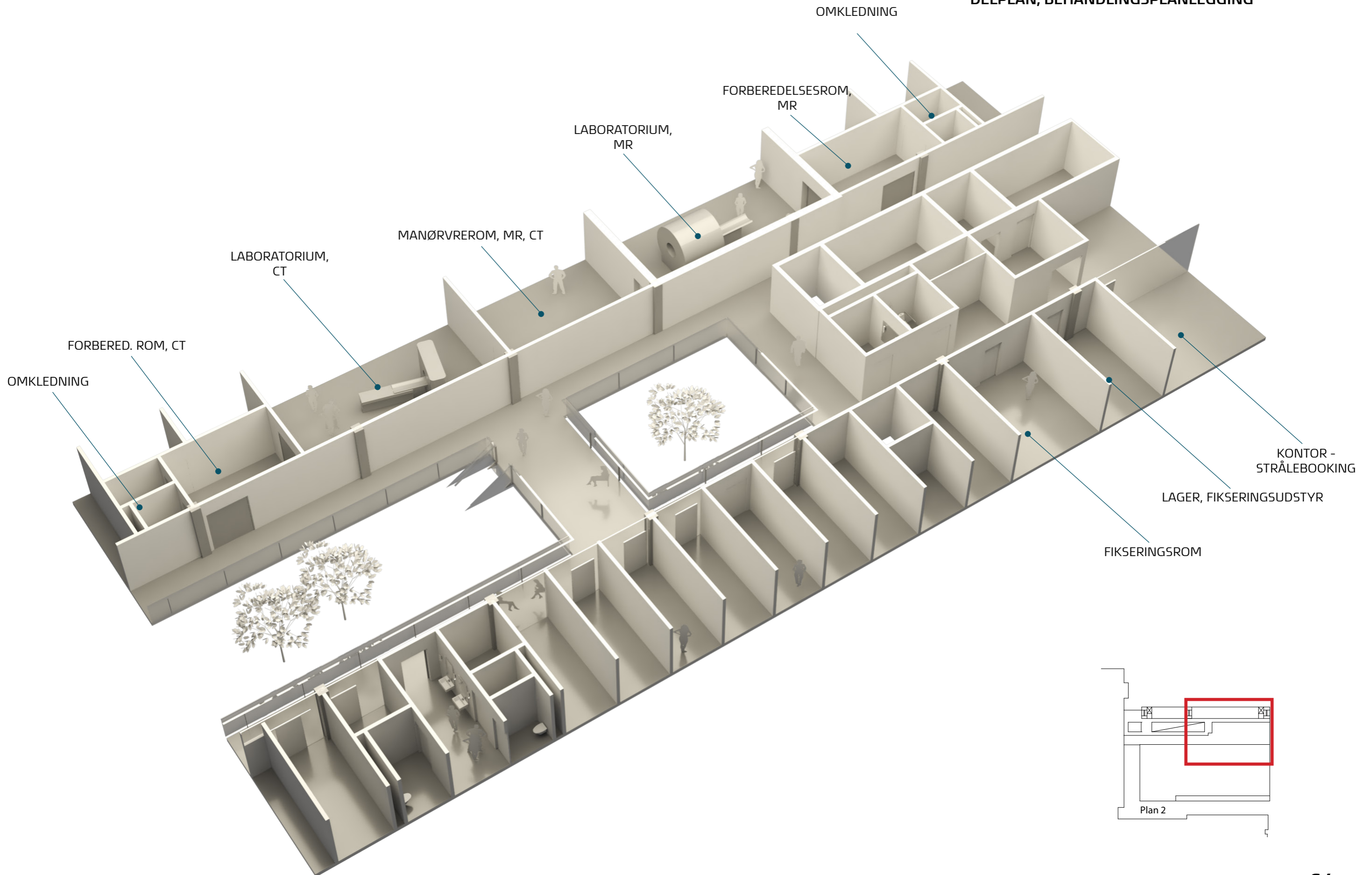


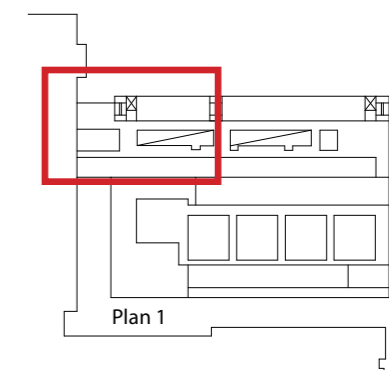
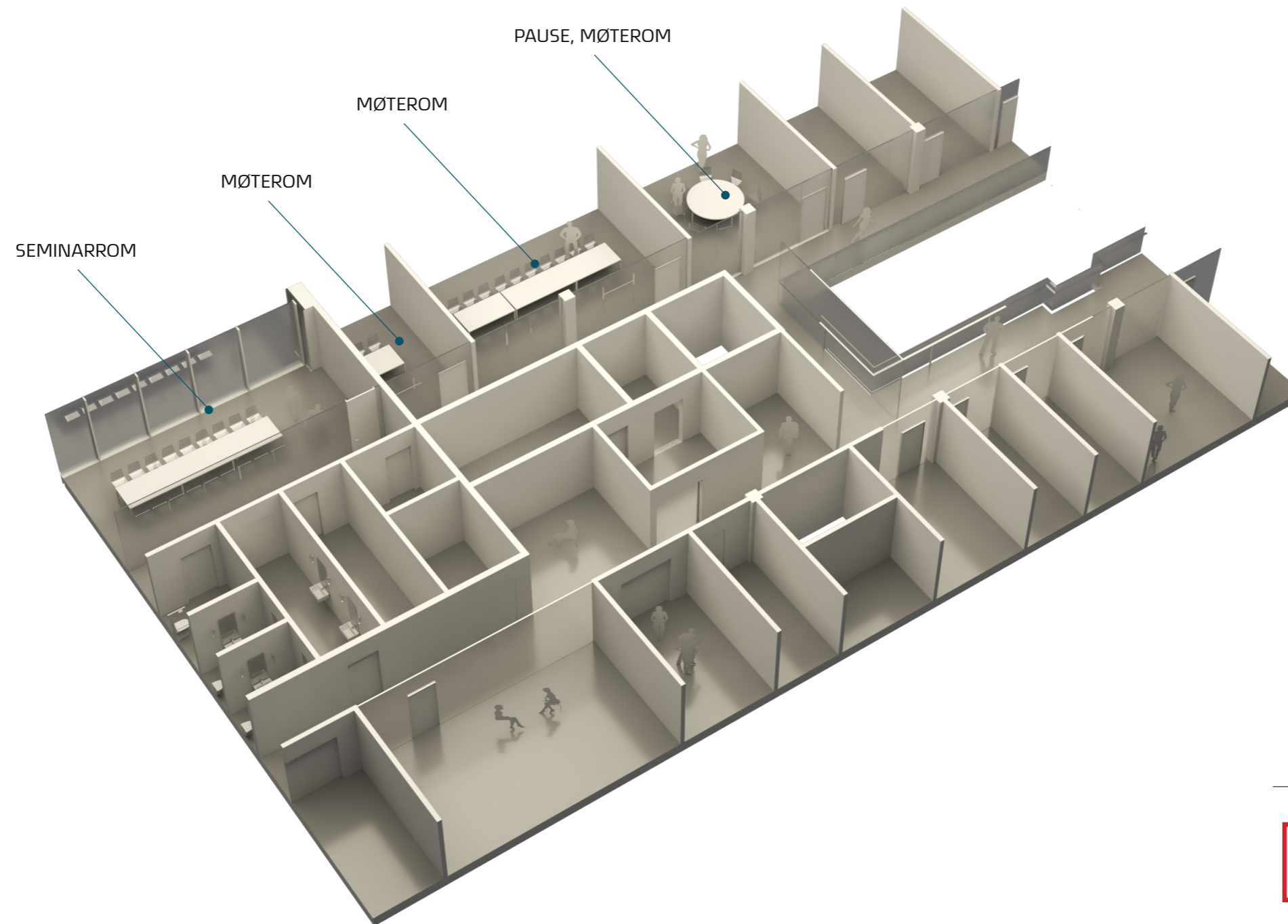












# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 27. september 2018

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Ingen

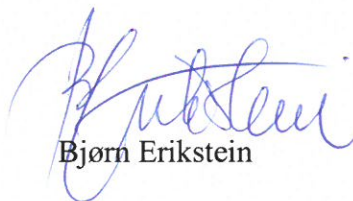
---

**SAK 60/2018 EIERSKAP I SELSKAPER**

### Forslag til vedtak

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo, den 20. september 2018



Bjørn Erikstein

## **1. Sammendrag**

Nedenfor gis en oversikt over Oslo universitetssykehus HF sitt eierskap i selskaper og en kort beskrivelse av selskapene. Orienteringen baserer seg på selskapenes årsrapporter for 2017.

Oslo universitetssykehus HF har tre heleide selskaper og er deleier i to selskaper. Selskapene er av ulik størrelse og driver innen ortopediske hjelpemidler, fremstilling av radiofarmaka, forskning, næringsutvikling, parkering og eiendom. Det er ingen endring i Oslo universitetssykehus sitt eierskap i 2017.

Selskapene hadde i 2017 en samlet omsetning på 425 millioner kroner med et samlet årsresultat på 42,5 millioner kroner. Økonomisk resultat i datterselskapene inngår i den månedlige rapporteringen i helseforetaket og videre til Helse Sør-Øst RHF og departementet. Selskapene hadde samlet 149,8 årsverk, hvorav 96 er ansatt i Sophies Minde Ortopedi AS.

## **2. Administrerende direktørs vurdering**

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

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

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

## **3. Beskrivelse av datterselskapene**

### **Sophies Minde Ortopedi AS**

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

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

Selskapet holder til i lokaler på Aker sykehus. I 2019 flytter selskapet til nye lokaler Østensjøveien 16 i Oslo. Selskapet har i tillegg avdelinger i Drammen, på Rikshospitalet, på Ullevål sykehus og en produksjonsavdeling for ortopedisk fottøy på Hamar.

Selskapet har i januar 2018 kjøpt selskapet Drammen Ortopediske Institutt AS. Oppkjøpet vil styrke selskapets virksomhet i Drammen og bedre leveranseevne til Vestre Viken sykehusområde.

Selskapet har i 2017 hatt flere lærlinger og studenter i praksis fra Oslo Met.

Styret har seks medlemmer. Styreleder Hans Erik Lie, nestleder Lena Gjevvert, Dag Jørstad, Martine Enger, Siri Bekk og Pål Bjerke. Tre kvinner og tre menn. Lena Gjevvert og Martine Enger er ansatt i helseforetaket.

Selskapet har en solid og likvid økonomi og hadde i 2017 en omsetning på 175 millioner kroner, en økning på 23 % fra 2016. Årsresultatet var 31,9 millioner kroner. Selskapet hadde i gjennomsnitt 96 årsverk. Samlet sykefravær var 7,8 % fordelt med 2,3 % kortidsfravær og 5,5 % langtidsfravær.

Selskapet har skattefritak og det er ikke anledning til å ta utbytte. I selskapets vedtekter § 7 heter det at selskapets eventuelle overskudd skal benyttes til ortopedisk forskning og utvikling. Selskapets finansiering av ortopedisk forskning og andre prosjekter skjer etter innhenting av faglig baserte forslag og råd fra et eksternt fagpanel. Selskapet satte av ti millioner kroner av 2017 resultatet til slike formål.

### **Sykehotell AS**

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

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

Selskapet har oppført et tilbygg til sykehotellet på Rikshospitalet. Tilbygget inneholder 35 rom, hovedsakelig dobbeltrom og ble tatt i bruk 1. juli 2008. Totalt antall rom i hotellet er etter dette 125. Selskapet har en utleieavtale med driftsoperatør Eurest AS som varer til 31.3.2021.

Styret har tre medlemmer. Styreleder Morten Bråthen, Tone Elisabeth Mydske Olsen og Thomas Magnusson. En kvinne og to menn. Alle ansatt i helseforetaket. Selskapet hadde i 2017 en omsetning på 10,5 millioner kroner og et årsresultat på 1,4 millioner kroner. Selskapet har en ansatt på deltid.

### **Radiumhospitalets Parkeringsselskap AS**

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

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

Parkeringsanlegget er de tre nederste etasjene i forskningsbygget ved Radiumhospitalet. Selskapet finansierte parkeringsanleggsdelen av bygget og forskningsbygget er organisert ved at selskapet og Oslo universitetssykehus HF har et sameie i eiendommen hvor RadPark AS eier 12,88 % - "Sameiet Vestenghaugen".

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

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

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

Selskapet hadde i 2017 en omsetning på 18,3 millioner kroner og et overskudd på 4,4 millioner kroner. Selskapet har en ansatt på deltid.

#### **Norsk medisinsk syklotronsenter AS**

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

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

Virksomheten baserer seg på at selskapet eier og driver en syklotron. Isotopene fra syklotronen selges eller utvikles videre til bruk i medisin og forskning. Selskapet har tilvirkningstillatelse for radiofarmaka og har mål om å kunne tilby PET-klinikkene i Norge tracere som kan benyttes diagnostisk innenfor de kliniske spesialitetene av onkologi, nevrologi og kardiologi. I 2017 overtok selskapet 8 ansatte og utstyr fra GE Healthcare for å drive kontraktsproduksjon av radiofarmakaene SteriPET og Flutemetamol.

Selskapet har en avtale med Alliance Medical om mobile PET/CT tjenester til Sykehuset Vestfold HF og Sykehuset Innlandet HF. I løpet av 2017 installerte Oslo universitetssykehus egne PET/CT-skannere og avsluttet avtalen om kjøp av tilgang til skannerfasiliteter fra selskapet.

Selskapet har vært involvert i flere forskningsprosjekter og i 2017 var kostnader til forskning 10 millioner kroner. Selskapet finansierte om lag 5,5 forskerårsverk.



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

Året 2017 hadde selskapet inntekter på 54,6 millioner kroner som ga et årsresultat på 659 431 kroner. Selskapet hadde i gjennomsnitt 19 årsverk en økning fra 14 årsverk i 2016. Sykefraværet i 2017 var 0,99 prosent

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

### **Inven2 AS**

Innovasjonsselskapet Inven2 AS ble stiftet 24. april 2010, ved en sammenslåing av Medinnova AS og Birkeland Innovasjon AS. Selskapet eies 50 % av Oslo universitetssykehus HF og 50 % av Universitetet i Oslo.

Selskapet har som oppgave å gjøre forskning og oppfinnelser til samfunnsnyttige og lønnsomme produkter og tjenester. Selskapet følger opp forskningsmiljøene ved Universitetet i Oslo og foretakene i Helse Sør-Øst for å identifisere resultater og oppdagelser/nyvinninger med næringsmessig potensial. I 2017 gjennomførte selskapet 41 kommersialiseringer med signering av 35(18)\* lisensavtaler og opsjonsavtaler med inntekt og etablering av 6(1)\* oppstartsselskaper.

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

Selskapet forvalter også forskningsfond. Oslo universitetssykehus vil avslutte forskningsfondsordningen hos Inven2 i løpet av 2018.

Selskapet hadde i 2017 en omsetning på 163,9 millioner kroner, hvorav 5 millioner var gevinst ved salg av aksjer. Årsresultatet var 4,1 millioner kroner. Inven2 hadde i gjennomsnitt 34,37 årsverk i 2017. Sykefraværet var 2,5 %.

Selskapet driver uten tilskudd fra Oslo universitetssykehus HF.

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

---

\* Kommersialiseringer for Oslo universitetssykehus er satt i parentes.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 27. september 2018  
Saksbehandler: Direksjonssekretær  
Vedlegg: Oversikt over status for tidligere styresaker

---

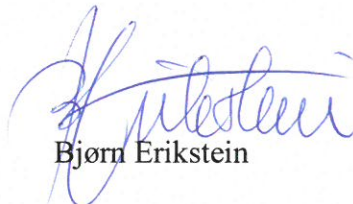
### **SAK 61/2018 STATUS OG OPPFØLGING AV STYRESAKER**

Hvert halvår legges det fram en oversikt over status og oppfølging av styrets vedtak. Vedlagt følger en oppdatert oversikt over status og oppfølging av styresaker per første halvår 2018. Orienteringssaker er ikke tatt med i oversikten.

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

*Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak fram til og med august 2018 til orientering.*

Oslo, den 20. september 2018



Bjørn Erikstein



## Vedlegg til sak 61/2018

### Status oppfølging av styrets vedtak

Nedenfor følger oversikt med status og oppfølging av styrets vedtak til og med august 2018. Tidligere utkvitterte saker, vedtak uten krav til oppfølging som orienteringssaker, herunder administrerende direktørs driftsorienteringer, tas ikke med i oversikten.

Saksnr	Saksnavn	Vedtak	Oppfølging
51/2018	Fremtidens Oslo universitetssykehus - risikovurderinger	<p>Styret tar rapportene om risikovurdering til orientering.</p> <p>Styret mener risikovurderingene av en eventuell faseforskyvning av første etappe mellom utbyggingene på henholdsvis Gaustad eller Aker viser at parallell utbygging og samtidig ibruktaking er mest hensiktsmessig.</p> <p>Styret ber om at rapportene oversendes Helse Sør Øst RHF.</p>	Oversendt HSØ
44/2018	Prinsipper for finansiering av ny storbylegevakt	<p>Styret gir sin tilslutning til de prinsipper for finansiering av ny storbylegevakt som fremgår av denne saken. I samsvar med finansstrategi for Helse Sør-Øst RHF ber styret administrerende direktør søke om godkjenning av en finansiell leieavtale med Oslo kommune basert på de forutsetninger som fremgår av saken, hvor grunnlaget for kapitalelementet i husleien utgjør 1,524 milliarder kroner.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å fremforhandle en husleieavtale med Oslo kommune basert på de prinsipper for kapitalelementet i husleien som fremgår av saken, samt vurdere om forvaltning, drift- og vedlikehold av storbylegevakt skal gjennomføres i egen regi eller ved kjøp av tjenester hos Oslo kommune. Endelig husleieavtale kan ikke fremforhandles før Helse Sør-Øst RHF har godkjent søknad om finansiell leie.</p> <p>Husleieavtale legges frem for styret for godkjenning.</p>	<p>OUS har fått muntlig tilbakemelding etter vedtak i styret i HSØ 13.9.2018 som peker på at det ikke er fremlagt et tilstrekkelig beslutningsunderlag som tydeliggjør hvordan man skal sikre kostnadskontroll og styring med prosjektet. Det er igangsatt en prosess for å gjennomgå saken på nytt.</p>
42/2018	Fremtidens Oslo universitetssykehus	<p>Styret tar status for konseptfase videreutvikling av Aker og Gaustad til orientering.</p> <p>Styret ber administrerende direktør følge opp risikovurderingen i tett samarbeid med</p>	Sak 51/2018

		Helse Sør-Øst. Herunder å vurdere tiltak for å redusere risiko for gjenværende aktivitet på Ullevål, inkludert justering av innholdet i første etappe. I tillegg skal risikovurdering for drift i henhold til flytteplaner i første etappe på Aker og Gaustad, inkludert risiko ved en eventuell faseforskyvning i utbygging på Aker og Gaustad, gjennomføres.	
36/2018	Økonomisk langtidsplan 2019-2022 (38)	<p>Styret gir sin tilslutning til forslag til Økonomisk langtidsplan 2019 - 2022(38).</p> <p>Styret anbefaler foreløpig et styringsmål for 2019 på 100 millioner kroner i overskudd. Styret understreker at vurderingen av styringsmålet er betinget av de planforutsetningene som er mottatt fra Helse Sør-Øst RHF når det gjelder utvikling i basisramme og kostnader for 2019 knyttet til medikamenter og IKT.</p> <p>Styret ber administrerende direktør følge opp arbeidet med nye inntektsmodeller, både regionalt og nasjonalt, for å sikre at Oslo universitetssykehus' særskilte utfordringer knyttet til finansiering av regionale og nasjonale oppgaver blir ivaretatt.</p>	Under oppfølging
29/2018	Økonomisk langtidsplan 2019-2022 (38)	Styret ber administrerende direktør legge frem forslag til Økonomisk langtidsplan 2019 - 2022(38) til styremøte 15. mai basert på de innspill som framkom i styremøtet.	Sak 36/2018
28/2018	Utviklingsplan 2035 for Oslo universitetssykehus	<p>Styret vedtar Utviklingsplan for Oslo universitetssykehus 2035 og ber om at den sendes oppdragsgiver Helse Sør-Øst RHF.</p> <p>Styret ber om at Oslo universitetssykehus' sentrale rolle for pasientbehandling, utdanning og forskning i spesialisthelsetjenesten beskrives i den regionale planen.</p>	Tatt inn i høringsuttalelse til regional utviklingsplan 2035.
22/2018	Internrevisjonsplan 2018-2019	Styret tar plan for internrevisjoner 2018-2019 for Oslo universitetssykehus HF til etterretning.	Under oppfølging
21/2018	Husleie Lovisenberggata 6	<p>Styret slutter seg til at Oslo universitetssykehus inngår vedlagte leieavtale for lokaler i Lovisenberggata 6 fra 1. juni 2018 til 31. januar 2025, og ber administrerende direktør om å fremme saken til Helse Sør-Øst RHF.</p> <p>Administrerende direktør gis fullmakt til å inngå leieavtalen for lokaler i Lovisenberggata 6, forutsatt godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF.</p>	Godkjent av HSØ RHF. Avtalen med Statsbygg er inngått.

17/2018	Rapport per februar 2018	<p>Styret tar rapporteringen per februar til orientering.</p> <p>Styret er bekymret for driftsresultatet så langt i 2018 og ber administrerende direktør forsterke oppfølgingen av klinikkens tiltaksgjennomføring, herunder planlagt aktivitetsvekst og kontroll med lønnskostnader. Styret ber administrerende direktør komme tilbake til styret i neste møte med konkrete tiltak for å få kontroll på lønnsmassen og bringe driften i balanse. Tiltakene skal risikovurderes med hensyn til kvaliteten i pasientbehandlingen og ansattes arbeidsmiljø.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler om investeringer i medisinskteknisk utstyr og bygg for 120 millioner kroner av investeringsrammen for 2019.</p>	<p>Sak 27/2018</p> <p>Under oppfølging</p>
16/2018	Årsoppgjør 2017	<p>Styret underskriver årsberetning og årsregnskap for 2017.</p> <p>Årsberetning og årsregnskap for 2017 legges frem for godkjenning i foretaksmøte.</p>	<p>Godkjent i foretaksmøtet 7.6.2018. Regnskap sendt Brønnøysundregisteret</p>
8/2018	Budsjett 2018 – status og gjennomføring	<p>Styret tar saken til orientering.</p> <p>Styret ber Helse Sør-Øst RHF om en snarlig avklaring av finansieringen av laboratorievirksomheten.</p>	<p>Under oppfølging</p>
7/2018	Årlig melding 2017	<p>Styret slutter seg til utkast til Årlig melding for 2017 med de innspill som er gitt i møtet.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å justere Årlig melding ut fra de endelige driftsresultater for 2017 og de innspill som er fremkommet i møtet.</p>	<p>Sendt HSØ RHF og tatt til orientering i foretaksmøtet 7.6.2018.</p>
2/2018	Skisseprosjekt nytt klinikkbygg Radiumhospitalet og samordning med nytt protonsenters	<p>Styret anbefaler skisseprosjektet som grunnlag for nytt klinikkbygg ved Radiumhospitalet.</p> <p>Styret anbefaler at byggeprosjektene for nytt klinikkbygg og protonsenters ved Radiumhospitalet samordnes.</p> <p>Styret ber administrerende direktør legge til rette for god koordinering mellom daglig drift og prosjektene ved Radiumhospitalet for å redusere risiko og ivareta forsvarlig</p>	<p>Under oppfølging</p> <p>Sak 60/2018</p>

		virksomhet i byggeperioden.	
73/2017	Budsjett 2018	<p>Styret vedtar budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2018 slik det fremgår av tabellene 1, 2 og 3 i styresak 73/2017. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å disponere budsjettet i samsvar med beslutninger i foretaksmøte for Oslo universitetssykehus HF, vedtak i styret i Oslo universitetssykehus HF og gitte fullmakter. Styret ber administrerende direktør legge de vedlagte investeringsplanene til grunn for investeringene i 2018.</p> <p>Styret konstaterer at budsjettet for 2018 er krevende og ber administrerende direktør komme tilbake i neste møte med en prognose for økonomisk resultat og redegjøre nærmere for status for gjennomføring av de tiltak som ligger til grunn for budsjettet, med særlig vekt på klinikkenes situasjon.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å ta opp langsiktige lån fra Helse Sør-Øst RHF og inngå nødvendige leieavtaler for å finansiere investeringer i samsvar med tabell 3.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å anskaffe Linac, MR, kirurgirobot og utstyr til sterilsentral som, inkludert kostnader til ombygging, har anskaffelseskostnad over 20 millioner kroner for hver anskaffelse. Fullmakten forutsetter at administrerende direktør først har fått godkjent disse anskaffelsene fra Helse Sør-Øst RHF.</p>	<p>Under oppfølging</p> <p>Sak 8/2018</p> <p>OK</p> <p>Anskaffelses prosesser (for Linac, MR og kirurgirobot) er igangsatt. Utstyr til sterilsentralen på Aker, anskaffelsesprosess er gjennomført</p>
29/2017	Plan for internrevisjon 2017-2018	Styret tar revisjonsplan 2017-2018 for Oslo universitetssykehus HF til etterretning.	Under oppfølging
15/2017	Rapport per februar 2017	<p>Styret tar rapporteringen av resultater per februar 2017 til orientering.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler om investeringer i medisinskteknisk utstyr for 150 millioner kroner av investeringsrammen for 2018.</p>	Under oppfølging
9/2017	Storbylegevakt på Aker sykehus	Styret gir sin tilslutning til samarbeidsavtale om gjennomføring av forprosjekt for ny storbylegevakt og gir administrerende direktør fullmakt til å signere avtalen. I forbindelse med nytt bygg til storbylegevakt anbefaler styret salg til Oslo kommune av den angitte eiendommen på Trondheimsveien 235, gnr 85 bnr265 i Oslo	<p>Avtale er signert</p> <p>Foretaksmøte i HSØ RHF</p>

		<p>kommune. Salget skal skje til markedspris.</p> <p>Styret ber administrerende direktør formidle salgsanbefalingen til Helse Sør-Øst RHF for vedtak i foretaksmøtet.</p>	<p>behandlet salg 18.5.17. Venter på tilbakemelding fra HSØ etter styrevedtak 13.9.2018</p>
7/2017	Konsernrevisjonsrapport «Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen»	<p>Styret tar revisjonsrapporten til etterretning.</p> <p>Styret ber om å bli orientert om oppfølgingen av fremlagte handlingsplan.</p>	Under oppfølging
6/2017	Budsjett 2017 og gjennomføring av virksomheten	<p>Styret mener saksfremlegget viser at det er jobbet godt i klinikkene med å finne ytterligere tiltak for å sikre gjennomføring av budsjett 2017. Styret understreker viktigheten av at de aktuelle tiltakene gjennomføres hensyntatt styringsmålene og ber administrerende direktør gi oppfølging av dette høy prioritet. Styret mener imidlertid at risikoen for negative avvik fra styringsmålet fortsatt er betydelig. Styret ber derfor administrerende direktør løpende vurdere ytterligere virkemidler for å redusere den økonomiske risikoen. Styret understreker at dette er viktig for å kunne gjennomføre de planlagte investeringene i medisinsk teknisk utstyr. Styret ber administrerende direktør gi oppdatert oversikt over tiltak og gjennomføring av disse på styremøtene i 2017.</p> <p>Administrerende direktør gis fullmakt til å gjennomføre seks anskaffelser med anskaffelseskostnad over 20 millioner kroner i samsvar med omtalen i styresak 6/2017. Fullmakten forutsetter at administrerende direktør også har fått godkjent disse investeringene fra Helse Sør-Øst RHF.</p>	<p>Under oppfølging</p> <p>Sak 51/2017</p> <p>Under oppfølging</p>
69/2015	Leie av Storgata 40	<p>Styret slutter seg til utkastet til 10-årige framleieavtale i Storgata 40 med Oslo kommune ved Helseetaten.</p> <p>Styret ber administrerende direktør fremme leieavtalen til Helse Sør-Øst RHF for godkjenning.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å slutføre og inngå en 10-årig leieavtale i Storgata 40, forutsatt godkjenning i Helse Sør-Øst RHF og i bystyret i Oslo kommune.</p>	<p>Et utkast til avtale er fremmet til HSØ (ikke behandlet i HSØ).</p> <p>Det sluttforhandles med kommunen om leieavtalen.</p>

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 27. september 2018

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Årsplan

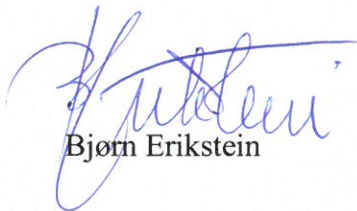
---

### SAK 62/2018 PLAN FOR STYRET I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

#### Forslag til vedtak

*Styret vedtar å avholde styremøte 6. desember 2018 klokken 16 til 18.*

Oslo, den 20. september 2018

  
Bjørn Erikstein

**Årsplan for styret i Oslo universitetssykehus HF**

<b>Møte</b>	<b>Vedtaksaker</b>	<b>Orienteringssaker</b>
25. oktober 2018 kl 10-16	Plan 2019 internrevisjon Virksomhetsoverdragelse ambulansse og AMK fra Kongsvinger	Rapport per september. Møte med Brukerutvalget Plan for styret Budsjett 2019 ADs orienteringer
25. oktober 2018 kl 16-20	Styreseminar	Styreevaluering
6. desember 2018 kl 16-18		Konseptfaserapport Gaustad og Aker
14. desember 2018 kl 10-16	Budsjett 2019 Strategi Oppnevne valgstyre	Rapportering per november Plan for styret ADs orienteringer
15. februar 2019 kl 10-16	Årlig melding 2018	Rapportering per januar Oppfølging styresaker Plan for styret ADs orienteringer
28. mars 2019 kl 10-16	Oppdrag og bestilling 2019 Årsoppgjør 2018	Rapportering per februar Plan for styret Økonomisk langtidsplan ADs orienteringer
10. mai 2019 kl 10-16	Økonomisk langtidsplan 2020-2023	Rapportering per mars Plan for styret Årsrapport HMS 2018
29. mai 2019 kl 10-16	<i>Reservetid</i>	
14. juni 2019 kl 10-16	Styremøter i 2020 Ledelsens gjennomgang	Rapportering per mai Utvidet rapport 1. tertial og resultater per mai 2019 med risikovurdering for 2020 Budsjett 2020 ADs orienteringer
26. september 2019 kl 10-16	Plan for internrevisjon 2020	Plan for styret Eierskap i selskaper Oppfølging styresaker Budsjett 2020 Møte med Brukerutvalget ADs orienteringer
1. november 2019 kl 10-16		Utvidet rapport 2. tertial og resultater per september 2019 Plan for styret Budsjett 2020 ADs orienteringer
1. november 2019 kl 16-20	Styreseminar	Styreevaluering
28. november 2019 kl 10-16	<i>Reservetid</i>	
13. desember 2019	Budsjett 2020	Rapportering per november

<b>Møte</b>	<b>Vedtaksaker</b>	<b>Orienteringssaker</b>
kl 10-16	Oppnevne valgstyre	Plan for styret ADs orienteringer



# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 27. september 2018

Saksbehandler: Leder Direktørens kontor

Vedlegg:

---

### SAK 63/2018 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER

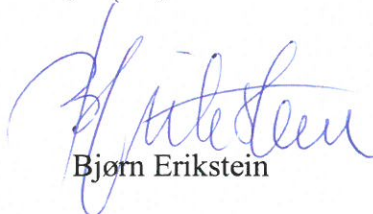
Følgende legges frem til orientering:

1. Finans
2. Strategi 2019 - 2022
3. Juridiske forhold - rettsvister
4. Oslo universitetssykehus i mediene juni – august 2018
5. Referat og øvrige vedlegg

### Forslag til vedtak

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo, 20. september 2018



Bjørn Erikstein

## 1. FINANS

### Avkastning for pensjonsmidler 2017

Investering av pensjonsmidlene til Oslo universitetssykehus ble behandlet i styresak 131/2011. Følgende vedtak om rapportering ble fattet:

*"Styret ber om halvårlig rapportering relatert til utvikling i Statens pensjonskasse. For de øvrige pensjonskassers vedkommende rapporteres resultatene i kollektivporteføljene årlig. Ved større endringer i investeringsstrategien for kollektivporteføljene informeres styret i Oslo universitetssykehus HF om dette."*

For 2017 rapporteres følgende avkastning:

- Statens pensjonskasse (SPK): 3,76 pst (2,46 pst i 2016)
- Kommunal landspensjonskasse (KLP): 6,7 pst (5,8 pst i 2016)
- Oslo pensjonsforsikring AS (OPF): 9,2 pst (5,3 pst i 2016)
- Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH): 7,3 pst (5,4 pst i 2016)

Avkastningen for pensjonsmidlene i SPK omfatter avkastning for plassering i norske statsobligasjoner og plassering i Statens pensjonsfond utland (SPU). Avkastningen for plasseringen i SPU var 13,84 pst (1,84 pst i 2016) og avkastningen for de norske statsobligasjonene var bare 2,37 pst (2,54 pst i 2016). Med det lave rentenivået på norske statsobligasjoner er Oslo universitetssykehus avhengig av god avkastning i SPU for å få en tilfredsstillende avkastning på pensjonsmidlene.

Pensjonsmidlene i SPK er et fiktivt fond (en fordring på staten). Det fiktive fondet tildeles en avkastning tilsvarende avkastningen på valgte verdipapirer. Alternativene som tilbys av SPK er norske statsobligasjoner av ulik varighet og plassering i SPU. Plasseringen i SPU er ikke sikret mot valutaendringer, som i stor grad gjøres av de andre pensjonsleverandørene. SPU har gitt god avkastning over flere år, med unntak av 2016. En del av dette skyldes utviklingen i kronekursen.

I årsrapporten for SPU skriver Norges Bank Investment Management at det var tiltagende økonomisk vekst i verdensøkonomien gjennom 2017, og det ble et sterkt år for globale finansmarkeder. Aksjeprisene steg mest i Asia og noen fremvoksende markeder. Samtidig var det lav inflasjon og lave renter.

Fra 2018 er kollektivporteføljen i OPF delt i en sikrings- og en avkastningsportefølje. Sikringsporteføljen skal med høy grad av sikkerhet skaffe en inntekt tilsvarende den garanterte renten. Avkastningsporteføljen har som mål å sikre høyest mulig avkastning over tid.

## 2. STRATEGI 2019 - 2022

Nåværende strategi for Oslo universitetssykehus HF gjelder ut 2018 eller inntil en ny strategi foreligger og er vedtatt av styret i Oslo universitetssykehus. Oslo universitetssykehus HFs strategi skal revideres og fornyes for fire nye år, og den nye strategiperioden skal gjelde fra 2019 – 2022. Arbeidet med å revidere nåværende strategi er satt i gang.

Arbeidet med nåværende strategi var omfattende. Det var prosjektorganisert og innebar involvering av hele organisasjonen og eksterne samarbeidspartnere. En revisjon gjennomføres i mindre skala, og kan i sin helhet beskrives slik:

Revisjon	VS	Ny strategi
Bevare det gode		Forkaste alt, begynne på nytt
Nåværende strategi og visjon som fundament		Bygge fundamentet på nytt
Balanse mellom fremdrift og involvering		Større vekt på involvering enn fremdrift
Effektiv bruk av ressurser og tid		Tids – og ressurskrevende prosess
Høyere grad av gjenkjenning		Ny prosess for forankring

Revisjonsprosessen skal resultere i

(Hovedmål):

- En klar strategi som hele organisasjonen kan identifisere seg med
- En strategi som etterlevs
- En basis for forenkling og styring av kortsiktig og langsiktig planlegging
- En strategi som henger sammen med sykehusets øvrige planverk

(Delmål):

- Skape en felles forståelse og forpliktelse hos ledere i organisasjonen
- Skape en forståelse for strategi-prosessen som kan komme til nytte i eventuelle senere prosesser; herunder dokumentere prosess til senere bruk.

En ekspertgruppe på omlag 100 deltakere, bestående av klinikker, staber, tillitsvalgte, verneombud og våre eksterne samarbeidspartnere, skal gjennom to workshoper i begynnelsen av november bidra til å sette fornyet retning for sykehusets prioriteringer og hovedområder de neste fire år. Revidert og fornyet strategi legges frem for styret i februar 2019.

### 3. RETTSTVISTER

Arbeidsrettssakene – individuelle saker:

#### *Varsling - gjengjeldelse*

En stipendiat stevnet sykehuset med krav om oppreisning og erstatning med grunnlag i påstand om varsling av kritikkverdige forhold i virksomheten og gjengjeldelse for dette. Oslo tingrett avsa dom 6. mars med resultat frifinnelse for sykehuset samt tilkjennelse av sakskostnader. Saken er anket av saksøker til lagmannsretten og ankeforhandlingene ble gjennomført i tiden 5-9 mars 2018. Dom har falt med frifinnelse for sykehuset og innrømmelse av sakskostnader. Saken er i ettertid anket til Høyesterett. Ankeutvalget i Høyesterett besluttet 25. juli at anken ikke tillates fremmet.

#### *Midlertidig ansettelse på prosjekt*

Sykehuset er stevnet for tingretten av en ansatt på forskningsprosjekt. Saken gjelder spørsmål om det foreligger ulovlig midlertidig ansettelse og krav om fast ansettelse. Det var hovedforhandling 10-11 september. Dom forventes om 4 uker.

#### *Påstand - usaklig oppsigelse*

Sykehuset er stevnet av en ansatt med påstand om usaklig oppsigelse og usaklig oppsigelsesgrunn. Det er avlevert tilsvar og saken ble behandlet i rettsmekling 21. juni der det ble inngått et rettslig forlik.

#### Kontraktsforhold

Sykehuset er stevnet av en leverandør med påstand om at sykehuset har brutt regelverket for offentlige anskaffelser i forbindelse med anskaffelse av medisinsk teknisk utstyr (røntgenapparat til bruk ved operasjon ved hånd- og fotkirurgi). Det er varslet erstatningskrav. Saken ble behandlet ved Oslo tingrett 23-24 april 2018 og dom falt med frifinnelse for sykehuset. Leverandøren har anket saken og det avventes tidspunkt for beramning.

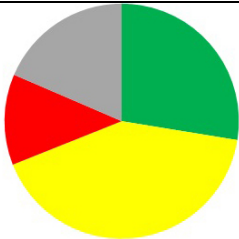
#### Pasientforhold – erstatning

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

Kjernen i saken er anførsler fra saksøker om at Oslo universitetssykehus har ansvar grunnet manglende rutiner/systemsvikt og at dette utgjør et grovt uaktsomt forhold. I helsetjenesten skjer det feil og ordningen med NPE er opprettet for at det enkelte sykehus ikke skal måtte håndtere erstatningssaker i sin alminnelighet. NPE ordningen omfatter imidlertid ikke krav om oppreisning, slike saker må det enkelte helseforetak håndtere på egen hånd. Det er lite relevant rettspraksis og juridisk teori om rammene for organansvaret. Oslo universitetssykehus mottar med jevne mellomrom krav om oppreisning på dette grunnlag parallelt med at krav om erstatning for økonomisk tap fremmes for NPE. Da dette ansvaret er ulovfestet og det er lite veiledning i praksis vil denne saken være med på å belyse hvordan slike saker kan og bør vurderes i fremtidige saker. Saken er i stor utstrekning av teoretisk juridisk art, selv om det også er sentralt å klargjøre hva som har skjedd i saken og grad av klanderverdighet mv. Saken er berammet til 26. november og 3 dager.

#### **4. OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS I MEDIENE JUNI – AUGUST 2018**

I juni til august ble det registrert 3709 mediasaker om sykehuset, mot 3810 i mars-mai.

<b>Periode</b>	<b>Antall saker</b>	<b>Vekting/etterlatt inntrykk</b>	<b>Vekting prosent</b>	<b>Kommentar</b>
August 2018	1041		Positiv: 28 Nøytral: 41 Negativ: 12 Ikke vektet: 19*	Den økte negative andelen skyldes mange negativt ladede saker om fremtidens sykehusplaner.

Periode	Antall saker	Vekting/etterlatt inntrykk	Vekting prosent	Kommentar
Juli 2018	1440		Positiv: 23 Nøytral: 25 Negativ: 6 Ikke vektet: 46*	Den store andelen ikke vektete saker skyldes mange saker om skadde pasienter bragt til sykehuset.
Juni 2018	1528		Positiv: 21 Nøytral: 40 Negativ: 9 Ikke vektet: 30*	Den store andelen ikke vektete saker skyldes mange saker om skadde pasienter bragt til sykehuset.

\*Grått er andelen meldinger om personskaade, disse vektet ikke.

#### Sentrale saker i perioden:

##### *Fremtidens Oslo universitetssykehus*

Debatten rundt sykehusplanene for Oslo har pågått i hele sommer, både på redaksjonell og kommentarplass. Det er i hovedsak Ullevåls fremtid det fokuseres på, samt politisk prosess og risikobildet i planene.

##### *Mange ulykker i sommer*

Om sommeren er det normalt flere ulykker enn ellers i året, og med årets gode sommer ble det enda flere. Perioden var blant annet sterkt preget av drukningsulykker.

#### Kongo-engasjement

Sykehuset har i løpet av sommeren sendt to delegasjoner fra Prehospital klinikk til Kongo for å bistå i forbindelse med et nytt Ebola-utbrudd, noe som har gitt mye positiv oppmerksomhet for fagmiljøet.

#### Barn på sykehus

I en stor reportasje i Dagbladet ble det satt fokus på barn i sykehus og hva de gjennomgår, illustrert ved bruk av sykehusmaskoten Rasmus. Her ble også prosjektet med stoppskilt som barn på sykehus kan bruke, trukket frem.

#### Ekspertuttalelser

Sykehuset har vært godt representert med fagfolk i mediene gjennom sommeren, særlig i oppslag om rus, smerter, huggormbitt, varme og kosthold.

#### Sykehuset i sosiale medier:

Mest leste saker på sykehusets Facebook-side i perioden:

- Tips til gravide med smerter i bekkenet (egen video)
- Norske paramedics til Kongo for å bistå i Ebola-utbruddet (egen tekst)
- Norske forskere: Søvn kan bremse demens (artikkel i VG)
- Se videoen om Rasmus, barnas superhelt i helsevesenet (video fra Dagbladet)
- Psykiatrisk legevakt er et lite kjent tilbud i Oslo (artikkel i Aftenposten)

Formidling av fag og forskning i «Ekspertsykehuset»

Bloggen Ekspertsykehuset hadde i juni temaet «Hverdagshelter i drift», mens temaet i august var «Livsstilsykdommer». Gjennom disse temaene er en god bredde av sykehusets fagmiljøer og yrkesgrupper blitt løftet fram.

Kommunikasjon med medarbeidere

Intranett er sykehusets primære kanal for informasjon til ansatte, supplert av nyhetsbrev, facebook og instagram. Kommentarfelt og diskusjonsforum benyttes hyppig.

De sakene som har fått særlig oppmerksomhet på sykehusets intranett i sommermånedene er:

- Rydd og kast på Radiumhospitalet (31. juli – om rydd-og-kast-uker forut for byggeprosjektet)
- Oslo universitetssykehus i Pride-paraden / flagging med regnbueflagg (flere saker i juni i forbindelse med Oslo Pride)
- Har hørt om det, men ikke på min avdeling! (13. august – om rusforbygging på arbeidsplassen)

Flere større prosjekter følges tett med jevnlig nyheter på intranettet. I år gjelder dette særlig byggeprosjektene, ny LIS-utdanning og miljøsertifiseringsprosjektet.

**5. REFERAT OG ØVRIGE VEDLEGG**

- Protokoll fra Brukerutvalgets møte 18. juni 2018 (vedlegg)
- Protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst RHF 14. juni og ekstraordinært styremøte i Helse Sør-Øst RHF 6. august 2018
- Protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst RHF 24. august 2018 (vedlegg)
- Utkast til protokoll styremøte i Helse Sør-Øst RHF 13. september 2018 (vedlegg)

## PROTOKOLL

Møtetema: **Brukerutvalgsmøte 18.juni 2018 kl 13.00-17.00**

Til: Brukerutvalget ved OUS

Kopi: Kari Skredsvig, Styret ved OUS

Dato dok: 22.06.2018

Dato møte: 18.06.2018

Referent: Stine Arntzen Selfors

Tilstede: Tove Nakken, Kim Fangen, Kjell Silkoset, Anne Giertsen, Pål Kjeldsen, Susan Smerkerud, Stine B. Dybvig, Marius Korsell, Mari Ourom, Brita Rønnebech Bølgen  
Fra OUS: Bjørn Erikstein (13-14), Stine A. Selfors

Forfall: Twinkle Dawes, Solveig Rostøl Bakken, Arne Olav G. Hope

Sak nr	
37/2018	<p><b>Godkjenning av innkalling og agenda</b></p> <p><b>Vedtak</b> Innkalling og agenda er godkjent Ønske om noe mer saksinformasjon der hvor sakspapirer ikke følger med.</p>
38/2018	<p>Direktørens time v/ Administrerende direktør Bjørn Erikstein Temaer;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbeidsmiljøuke med tema trakassering</li> <li>- Status økonomi</li> <li>- Pasientsikkerhetsvisitter</li> <li>- Status IKT</li> <li>- Konseptfase Aker/Gaustad</li> <li>- Status Ila, Dikemark</li> </ul> <p><b>Vedtak</b> Tas til orientering</p>
39/2018	<p><b>Styremøtesaker</b> Rask gjennomgang av styremøtesakene</p> <p><b>Vedtak</b> Det var ingen uttalelser til styresakene. Leder og nestleder representerer utvalget i styremøtet 21.6.18</p>
40/2018	<p><b>Klinisk forskning på nett</b> Bjørn Tiller fra Kommunikasjonsavdelingen presenterte behandlingstekster og kliniske studier på OUS sine nettsider.</p> <p><a href="https://oslo-universitetssykehus.no/kliniske-studier">https://oslo-universitetssykehus.no/kliniske-studier</a></p> <p><b>Vedtak</b> Tas til orientering</p>

41/2018	<p><b>Erfaringsutveksling</b> En kort gjennomgang av aktivitet siden forrige møte.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nye fokusgruppemøter i konseptfasen i neste uke.</li> <li>• Styringsgruppe for forbedring av driften</li> <li>• Minimetodeutvalg</li> <li>• Arbeidsgruppe forløpskoordinatorrollen</li> <li>• Workshop kartleggings skjema barn som pårørende</li> <li>• KPHA – arbeid med å finne alternative metoder for brukermedvirkning</li> <li>• Innlegg om pasientinformasjon på regional samling om digitalisering av innkallingsbrev</li> <li>• Brukerutvalg og klinikk møte i Nevroklinikken</li> <li>• Ungdomsråd</li> <li>• Avslutning av Vel hjem</li> <li>• Pasientsikkerhets og kvalitetsutvalget i Prehospital klinikk</li> <li>• Koordinerende enhet</li> <li>• Innlegg om pasientkommunikasjon til Kommunikasjonsstaben</li> <li>• Prominet</li> <li>• Innlegg om brukerstyrte poliklinikker på kongressen Quality and Safety i healthcare i Amsterdam</li> </ul> <p><b>Vedtak</b> Til orientering</p>
42/2018	<p><b>Konseptfase Gaustad/Aker</b> Nina E. Fosen og Einar Hysing informerte om status i konseptfasen med særlig fokus på den ROS-analysen som nå er gjennomført og som legges frem for styret denne uken. Brukerutvalget er opptatt av hvilken risiko et byggeprosjekt som skal utføres i to faser utgjør for pasientsikkerheten.</p> <p><b>Vedtak</b> Brukerutvalget ber om at det gjøres en grundig vurdering av konsekvensene av å bygge nye sykehus i to faser.</p>
43/2018	<p><b>Fremtidens habiliterings- og rehabiliteringstjeneste i Oslo</b> Prosjektleder Gro Idland presenterte bakgrunnen for prosjektet. Brukerutvalget ga sine umiddelbare innspill. Mangel på informasjon og kjennskap til eksisterende tilbud var et gjennomgående tema.</p> <p><b>Vedtak</b> Tas til orientering og Brukerutvalget følger prosjektet videre.</p>
44/2018	<p><b>Eventuelt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brukerutvalget har sendt inn et høringsinnspill til NOU 2017:16 På liv og død.</li> <li>• Brukerutvalget har sitt årlige møte med styret for OUS 27. september. BU planlegger dette pr mail</li> <li>• Revidert retningslinje for godtgjøring av brukerrepresentanter er ute på høring, frist 30. juni.</li> <li>• Invitasjon til å delta i sykehusets arbeid med ny strategi for 2019-2022, 1 representant i kjernegruppen og 2 representanter til referansegruppe. Avklares pr mail</li> <li>• Forespørsel om innspill til pasientinformasjon om legemiddelstudien BETAMI. Sendes ut på mail.</li> <li>• Veileder for brukermedvirkning i forskning i spesialisthelsetjenesten lansert.</li> </ul>



## Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	24. august 2018

**SAK NR 065-2018**

**GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 14. JUNI 2018 OG  
EKSTRAORDINÆRT STYREMØTE 6. AUGUST 2018**

***Forslag til vedtak:***

Protokoll fra styremøte 14. juni 2018 og ekstraordinært styremøte 6. august 2018 godkjennes.

Hamar, 17. august 2018

Cathrine M. Lofthus  
administrerende direktør

## Møteprotokoll

---

<b>Styre:</b>	Helse Sør-Øst RHF
<b>Møtested:</b>	Helse Sør-Øst RHF, Hamar
<b>Dato:</b>	Styremøte 14. juni 2018
<b>Tidspunkt:</b>	Kl 0915-1600

---

### Følgende medlemmer møtte:

---

Svein Ingvar Gjedrem	Styreleder	
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder	Til kl 13:20
Kirsten Brubakk	Forfall	Vara: Irene Kronkvist
Christian Grimsgaard		
Bushra Ishaq		Fra kl 10:00
Vibeke Limi		
Einar Lunde		
Geir Nilsen		
Sigrun E. Vågeng		Til kl 14:45
Svein Øverland		

---

### Fra brukerutvalget møtte:

---

Rune Kløvtveit
Nina Roland

---

### Følgende fra administrasjonen deltok:

---

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Konserndirektør Atle Brynestad, direktør for medisin og helsefag Jan Frich, økonomidirektør Hanne Gaaserød, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande og direktør for personal- og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø

---

**Saker som ble behandlet:**

<b>046-2018</b>	<b>GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

<b>047-2018</b>	<b>GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 26. APRIL 2018</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Protokoll fra styremøte 26. mars 2018 godkjennes.

<b>048-2018</b>	<b>VIDERE ARBEID MED STANDARDISERING OG MODERNISERING AV IKT-INFRASTRUKTUR I HELSE SØR-ØST</b>
-----------------	--

Saken ble behandlet i lukket møte, jfr helseforetakslovens § 26a, andre ledd nr 4.

**Styrets enstemmige**

**VEDTAK**

1. Behovet for standardisering og modernisering av IKT-infrastrukturen i Helse Sør-Øst er stort og risikovurdering av dagens drift foretatt av Sykehuspartner HF bekrefter dette. Programmet for infrastrukturmodernisering har vært stilt i bero siden mai 2017 og det er nå viktig å komme i gang med et målrettet arbeid og konkrete prosjekter. En standardisert og modernisert infrastruktur vil bedre sikkerheten knyttet til regionens IKT-systemer og medisinsk teknologisk utstyr, samt legge til rette for den teknologiske utviklingen som er avgjørende for å understøtte digitalisering, helhetlige pasientforløp og pasientens helsetjeneste.
2. Styret konstaterer at siden kontrakten ble inngått høsten 2016 er det flere forhold som har kommet til og som har betydning for saken. Dette omfatter blant annet skjerpede trussel- og risikovurderinger knyttet til datasikkerhet og cyberangrep, ny sikkerhetslov og datainnbruddet i januar 2018. Styret viser også til informasjon fra Nasjonal sikkerhetsmyndighet, herunder informasjon gradert begrenset.

3. Basert på dette, og etter en samlet vurdering, legger styret til grunn at driften av IKT-infrastrukturen ikke skal tjenesteutsettes slik det var forutsatt i avtalen med DXC. Dette innebærer at kontrakten med DXC avbestilles.
4. Styret ber styreleder avholde foretaksmøte i Sykehuspartner HF hvor Sykehuspartner HF får i oppdrag å avbestille kontrakten med DXC. Styret legger til grunn at den videre håndteringen av kontraktuelle og økonomiske forhold knyttet til avbestillingen av kontrakten med DXC ivaretas av Sykehuspartner HF i samsvar med gjeldende fullmaktsstruktur i Helse Sør-Øst.
5. Sykehuspartner HF gis i oppdrag å etablere et nytt program for standardisering og modernisering av regionens IKT-infrastruktur i samsvar med anbefaling fra styret i Sykehuspartner HF i sak 036-2018. Sykehuspartner HF skal i det videre arbeidet vektlegge følgende elementer:
  - Risikovurdering av IKT-infrastruktur og driften av denne
  - Ivaretagelse av informasjonssikkerhet og personvern som også kan være robust mot endringer i trusselbildet.
  - Gjenbruk av planverk og investeringer som er gjort så langt
  - God involvering av helseforetakene som databehandlingsansvarlige
  - Konkretisering av en leveranseplan hvor de mest kritiske områder prioriteres basert på risikovurderinger
  - Et hensiktsmessig samspill med leverandørmarkedet basert på en vurdering av egen kapasitet og kompetanse
6. Styret ber om at nødvendig klargjøring av myndighet, roller og ansvar knyttet til det videre arbeidet med standardisering og modernisering av IKT-infrastrukturen ivaretas av administrerende direktør sammen med Sykehuspartner HF og øvrige helseforetak i regionen.
7. Styret ber om å bli orientert om den videre håndteringen av saken.

<b>049-2018</b>	<b>FREMTIDIG ORGANISERING AV TILBUD OM MEKANISK TROMBEKTOMI TIL PASIENTER MED AKUTT HJERNEINFARKT I HELSE SØR-ØST</b>
-----------------	---

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

1. Styret slutter seg til at tilbudet om mekanisk trombektomi for pasienter med akutt hjernerneinfarkt gis ved tre helseforetak i regionen.
2. Oslo universitetssykehus HF viderefører sitt eksisterende regionale behandlingstilbud innen mekanisk trombektomi og videreutvikler Oslo slagsenter slik at det innen utgangen av 2018 etableres «en dør inn» og samlokalisering av diagnostikk og akuttbehandling for pasienter med hjerneslag som mottas fra Oslo sykehusområde.
3. Akershus universitetssykehus HF og Sørlandet sykehus HF etablerer et tilbud om mekanisk trombektomi som dagbehandling i 2019 og med full døgndrift fra 2020.

4. Behandlingstilbudet skal gis i henhold til Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av hjerneslag.
5. Helse Sør-Øst RHF skal monitorere innføringen av behandlingstilbudet og sørge for at det innen 2021 gjennomføres en evaluering av organiseringen av tilbudet i regionen, hvor spørsmålet om eventuell oppstart av behandling med mekanisk trombektomi ved hjerneslag ved nye helseforetak blir gjenstand for vurdering.

<b>050-2018</b>	<b>REGIONAL PLAN FOR AVTALESPEKIALISTOMRÅDET</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

#### VEDTAK

Styret tar *Regional plan for avtalespesialistområdet* til etterretning og presiserer at antall årsverk for private avtalespesialister skal økes i tråd med kravene fra eier.

<b>051-2018</b>	<b>REGIONAL UTVIKLINGSPLAN 2035 FOR HELSE-SØR-ØST</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige**

#### V E D T A K

Styret tar høringsutkastet til regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst til orientering og gir sin tilslutning til at planen sendes på høring med de innspill som ble gitt i møtet.

Protokolltilførsel fra styremedlemmene Grimsgaard, Kronkvist og Øverland:

Vi vil påpeke at det er innbyrdes avhengighet mellom økonomisk langtidsplan og tiltakene skissert i regional utviklingsplan, og at det er betydelig usikkerhet knyttet til effekt av tiltakene.

<b>052-2018</b>	<b>ØKONOMISK LANGTIDSPLAN 2019-2022</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige**

#### V E D T A K

1. Helseforetakenes arbeid med kvalitet og tilgjengelighet i pasientbehandlingen skal gis høy prioritet gjennom hele økonomiplanperioden slik at kravene fra eier i de årlige oppdragsdokumentene blir ivaretatt på en god måte.
2. Helseforetakenes aktivitetsbudsjetter for 2019 og senere år skal oppfylle kravet om høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling hver for seg enn innen somatikk.

3. Styret ber om at helseforetakene arbeider videre med analyser av bemanningsbehov og nødvendig kompetansetilpasning for å bedre ressursbruken og gi et best mulig tilbud til pasientene.
4. Styret konstaterer at det i økonomisk langtidsplan er tatt høyde for fullføring av store byggeprosjekter i gjennomføringsfase og videreføring av satsning på regionale IKT-prosjekter. Styret understreker at oppstart av planleggingsaktiviteter og investeringsprosjekter skal fremmes for styret som egne beslutningsaker i henhold til etablert fullmaktsstruktur.
5. For å opprettholde økonomisk bæreevne og redusere risiko skal det utredes langsiktig og trinnvis utbygging ved alle store byggeprosjekter.
6. Helseforetakene må arbeide videre med realistiske og konkrete risikoreduserende tiltak som anses nødvendig for å oppnå tilstrekkelig resultatutvikling slik at investeringsplanene kan realiseres som forutsatt.
7. Styret konstaterer at den endelige beslutningen om videre standardisering og modernisering av IKT-infrastruktur kan påvirke prioritering og framdrift i den regionale investeringsporteføljen.
8. Styret godkjenner økonomisk langtidsplan 2019-2022 for Helse Sør-Øst med de presiseringer og forutsetninger som fremgår av vedtaket.

Protokolltilførsel fra styremedlemmene Grimsgaard, Kronkvist og Øverland:

Vi vil påpeke at det planlegges med en betydelig vekst i pasientbehandlingen i perioden, kombinert med reduksjon i bemanning. Erfaringsmessig har dette vist seg krevende å gjennomføre, og det er derfor usikkerhet knyttet til disse forutsetningene. Sektoren har gjennomgått driftseffektivisering, og det vil være krevende å videreføre effektiviseringstakten uten at en finner fram til nye måter å løse oppgavene på. Medlemmene viser til konserntillitsvalgtes drøftingsprotokoll til saken.

<b>053-2018</b>	<b>STATUS KONSEPTFASE VIDEREUTVIKLING AV AKER OG GAUSTAD</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Styret tar status for konseptfase videreutvikling av Aker og Gaustad til orientering.
2. Styret ber om å bli holdt orientert om det samlede risikobildet knyttet til videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF

Protokolltilførsel fra styremedlemmene Grimsgaard og Øverland:

Styremedlemmene Øverland og Grimsgaard viser til sak 072-2017. Etter representantenes erfaring er det vesentlige uavklarte forhold knyttet til utbygging på Gaustad-tomten, og det er identifisert betydelig risiko knyttet til den valgte løsningen. Etter medlemmenes syn vil det være hensiktsmessig å vurdere andre løsningsalternativ enn samling på Gaustad-tomta. Etter medlemmenes vurdering tilsier den samlede kapasitetsutfordringen i Akershus' og Oslos sykehusområde at det vil være hensiktsmessig å gå videre med lokalsykehusprosjektet på Sinsen. Det vises ellers til ansattes drøftingsinnspill til saken.

054-2018	<b>AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS HF – PROSJEKT FOR SAMLING AV PSYKISK HELSEVERN PÅ NORDBYHAGEN. VIDEREFØRING TIL KONSEPTFASE</b>
----------	---

**Styrets enstemmige**

1. Styret godkjenner at planleggingen for nytt bygg for psykisk helsevern på Nordbyhagen videreføres til konseptfase.
2. Styret ber om at grunnlagsmaterialet, herunder framskrivning, endret pasientgrunnlag etter overtagelse av Kongsvinger sykehus og vurderingen av bærekraft oppdateres i konseptfasens del 1.
3. Styret anser en etappevis utbygging på Nordbyhagen som nødvendig, men ber om at det i konseptfaserapporten planlegges for en helhetlig løsning for psykisk helsevern i helseforetaket.
4. Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF gis fullmakt til å utarbeide mandat for konseptfasen.
5. Helse Sør-Øst RHF overtar eierskapet til prosjektet fra og med konseptfasen.
6. Styret ber om en orientering om arbeidet etter at steg 1 i konseptfasen er fullført.

055-2018	<b>SYKEHUSET TELEMARK HF – PROSJEKT UTVIKLING AV SOMATIKK SKIEN. VIDEREFØRING TIL KONSEPTFASE</b>
----------	---

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Styret godkjenner at planleggingen for utbygging somatikk Skien videreføres til konseptfase.
2. De beskrevne alternativene i rapporten må bearbeides med hensyn på omfang og med angivelse av trinnvis utbygging som tilpasses utviklingen av helseforetakets økonomiske bæreevne.
3. Styret legger til grunn at stråleterapienheten planlegges for gjennomføring i tråd med de føringer som gis fra Helse Sør-Øst RHF
4. Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF gis fullmakt til å utarbeide mandat for konseptfasen.
5. Helse Sør-Øst RHF overtar eierskapet til prosjektet fra og med konseptfasen.
6. Styret ber om en orientering om arbeidet etter at steg 1 i konseptfasen er fullført.

056-2018	<b>AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS HF, AVHENDING AV EIENDOMMENE VED DPS NEDRE ROMERIKE MOENGA, MOENGVEIEN 6 OG 10 A-D, 2016 FROGNER, GNR. 93 BNR. 120 OG 124 I 0226 SØRUM KOMMUNE</b>
----------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF oversender Akershus universitetssykehus HF sin anmodning om samtykke til salg av eiendommene ved DPS Nedre Romerike Moenga, Moengveien 6 og 10 A-D, 2016 Frogner, gnr. 93 bnr. 120 og 124 i 0226 Sørum kommune til foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF for behandling.
2. Styret legger til grunn at salget og derav følgende omstilling av driften er et ledd i oppfyllelsen av helseforetakets utviklingsplan, med vektlegging av utviklingen av robuste og faglige DPS.
3. I tråd med intensjonen i samhandlingsreformen, tilbys Sørum kommune å kjøpe eiendommen til markedspris. Dersom det ikke oppnås enighet, kan eiendommen legges ut for salg i det åpne markedet.
4. Frigjort likviditet kan benyttes til nedbetaling av gjeld, til investeringer i varige driftsmidler eller til rehabilitering og verdibevarende vedlikehold av bygninger som er nødvendig for klinisk drift.
5. Investeringer, herunder langsiktige leieavtaler, må behandles i henhold til gjeldende fullmaktstruktur.
6. Styret presiserer at Akershus universitetssykehus HF har ansvaret for at avhendingen gjennomføres korrekt og bærer all risiko knyttet til avhendingen.

057-2018	<b>SYKEHUSET ØSTFOLD HF, SALG AV EIENDOMMEN THS. W. SCHWARTZ GATE 22 A-D, GNR. 300, BNR. 1160 I 0106 I FREDRIKSTAD KOMMUNE</b>
----------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF oversender Sykehuset Østfold HF sin anmodning om samtykke til salg av eiendommen Ths. W. Schwartz gate 22 A-D, gnr. 300, bnr. 1160 i 0106 Fredrikstad kommune til foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF for behandling.
2. I tråd med intensjonen i samhandlingsreformen er Fredrikstad kommune og Østfold fylkeskommune tilbudt å kjøpe eiendommen til markedsverdi. Dersom de ikke ønsker å kjøpe eiendommen kan eiendommen legges ut for åpent salg.
3. Frigjort likviditet kan benyttes til nedbetaling av gjeld, til investeringer i varige driftsmidler eller til rehabilitering og verdibevarende vedlikehold av bygninger som er nødvendig for klinisk drift.



4. Investeringer, herunder langsiktige leieavtaler, må behandles i henhold til gjeldende fullmaktstruktur.
5. Styret presiserer at Sykehuset Østfold HF har ansvaret for at avhendingen gjennomføres korrekt og bærer all risiko knyttet til avhendingen.

<b>058-2018</b>	<b>KVALITETS-, AKTIVITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER APRIL OG MAI 2018</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Styret tar kvalitets-, aktivitets- og økonomirapport per mai 2018 til etterretning.
2. Styret ber administrerende direktør pålegge helseforetakene konkrete tiltak får å nå målene for prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
3. Styret ber om å bli holdt orientert om tiltakene.

<b>059-2018</b>	<b>OPPNEVNING AV NYE STYREMEDLEMMER I HELSEFORETAK</b>
-----------------	--

Saken ble behandlet i lukket møte, jf helseforetakslovens § 26a, andre ledd. Innstillingen ble lagt frem av valgkomiteen i styremøtet.

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Følgende oppnevnes som eieroppnevnte styremedlemmer i styrene for helseforetakene i Helse Sør-Øst med funksjonstid fra oppnevning i foretaksmøte 2018 til ny oppnevning i foretaksmøte februar 2020.

**Styret i Akershus universitetssykehus HF**  
 Styremedlem                      *Sylvi Graham*

**Styret i Oslo universitetssykehus HF**  
 Styremedlem                      *Tore Eriksen*

**Styret i Sunnaas sykehus HF**  
 Styremedlem                      *Eva Bjørstad*

2. Oppnevningen bekreftes i eget foretaksmøte.

060-2018

ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER 2018

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Årsplan styresaker tas til orientering.

061-2018

ORIENTERINGSSAK: DRIFTSORIENTERINGER FRA  
ADMINISTRERENDE DIREKTØR

I lukket møte, jfr helseforetakslovens §26a, andre ledd nr 4, ble det gitt utfyllende opplysninger om punkt 7, nybygg psykisk helsevern ved Sørlandet sykehus – klagesak kontrahering, i driftsorienteringen.

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

**Andre orienteringer**

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 22. mai 2018
3. Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 25. april 2018
4. Åpent brev fra seks partier på Gjøvik
5. Notat vedr fremtidig organisering av føde- og nyfødtsorgen i OUS
6. Brev til styret fra Smerte-Medisinsk Institutt (SMI) om forslag til regional plan for avtalespesialistområdet i Helse Sør-Øst
7. Protokoll datert 13. juni 2018 fra drøftinger mellom Helse Sør-Øst RHF og de konserntillitsvalgte vedrørende styresakene 051-2018, 052-2018 og 053-2018.

Møtet hevet kl 15:15

Hamar, 14. juni 2018

---

Svein Ingvar Gjedrem  
Styreleder

---

Anne Cathrine Frøstrup  
Nestleder

---

Kirsten Brubakk

---

Christian Grimsgaard

---

Bushra Ishaq

---

Vibeke Limi

---

Einar Lunde

---

Geir Nilsen

---

Sigrun E. Vågeng

---

Svein Øverland

---

Tore Robertsen  
Styresekretær

## Møteprotokoll

---

<b>Styre:</b>	Helse Sør-Øst RHF
<b>Møtested:</b>	Telefonmøte
<b>Dato:</b>	Ekstraordinært styremøte 6. august 2018
<b>Tidspunkt:</b>	Kl 16:00

---

### Følgende medlemmer møtte:

---

Svein Ingvar Gjedrem	Styreleder
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder
Kirsten Brubakk	
Christian Grimsgaard	
Bushra Ishaq	
Vibeke Limi	
Einar Lunde	
Geir Nilsen	
Sigrun E. Vågeng	
Svein Øverland	

---

### Fra brukerutvalget møtte:

---

Nina Roland
-------------

---

### Følgende fra administrasjonen deltok:

---

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Konserndirektør Atle Brynestad, direktør medisin og helsefag Jan Frich, økonomidirektør Hanne Gaaserød, juridisk direktør Ann-Margrethe Mydland og kommunikasjonsrådgiver Nina Olkvam

---

**Saker som ble behandlet:**

<b>062-2018</b>	<b>GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

<b>063-2018</b>	<b>OPPGRADERING TIL OPERATIVSYSTEM MICROSOFT WINDOWS 10 I FORETAKSGRUPPEN – FINANSIERINGS-FULLMAKT TIL SYKEHUSPARTNER HF</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Styret godkjenner at Sykehuspartner HF kan gjennomføre prosjekt for oppgradering til Microsoft Windows 10 innenfor en foreløpig kostnadsramme på 190 millioner kroner inkludert tilhørende fullmakt til å foreta de investeringer som vil inngå i prosjektet. Styret er innforstått med at det vil kunne bli endringer i kostnadsrammen.
2. Styret konstaterer at prosjektet vil kunne gi et redusert økonomisk resultat for 2018 i Sykehuspartner HF.
3. Det forutsettes at Sykehuspartner HF foretar risikovurderinger som inkluderer tilgang til sensitive personopplysninger, at disse forelegges helseforetakene for godkjenning og at restrisiko er akseptert av alle helseforetak før endringer gjennomføres.

Møtet hevet kl 16:40

Oslo, 6. august 2018

---

Svein Ingvar Gjedrem  
Styreleder

---

Anne Cathrine Frøstrup  
Nestleder

---

Kirsten Brubakk

---

Christian Grimsgaard

---

Bushra Ishaq

---

Vibeke Limi

---

Einar Lunde

---

Geir Nilsen

---

Sigrun E. Vågeng

---

Svein Øverland

---

Tore Robertsen  
styresekretær

## Saksframlegg

**Saksgang:**

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	13. september 2018

**SAK NR 075-2018**

**GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 24. AUGUST 2018**

***Forslag til vedtak:***

Protokoll fra styremøte 24. august 2018 godkjennes.

Hamar, 6. august 2018

Cathrine M. Lofthus  
administrerende direktør

## Møteprotokoll

---

<b>Styre:</b>	Helse Sør-Øst RHF
<b>Møtested:</b>	Møtesenteret Grev Wedels plass 5, Oslo
<b>Dato:</b>	Styremøte 24. august 2018
<b>Tidspunkt:</b>	Kl 1230-1600

---

### Følgende medlemmer møtte:

---

Svein Ingvar Gjedrem	Styreleder
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder
Kirsten Brubakk	
Christian Grimsgaard	
Bushra Ishaq	
Vibeke Limi	Forfall
Einar Lunde	
Geir Nilsen	
Sigrun E. Vågeng	
Svein Øverland	

---

### Fra brukerutvalget møtte:

---

Rune Kløvtveit
Knut Magne Ellingsen

---

### Følgende fra administrasjonen deltok:

---

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Konserndirektør Atle Brynestad, direktør for medisin og helsefag Jan Frich, økonomidirektør Hanne Gaaserød og direktør for personal- og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø

---



Saker som ble behandlet:

<b>064-2018</b>	<b>GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE</b>
-----------------	--

Styrets enstemmige

**V E D T A K**

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

<b>065-2018</b>	<b>GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 14. JUNI 2018 OG EKSTRAORDINÆRT STYREMØTE 6. AUGUST 2018</b>
-----------------	--

Styrets enstemmige

**V E D T A K**

Protokoll fra styremøte 14. juni 2018 og ekstraordinært styremøte 6. august 2018 godkjennes.

<b>066-2018</b>	<b>KVALITETS-, AKTIVITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER JULI 2018</b>
-----------------	--

Styrets enstemmige

**VEDTAK**

Styret tar kvalitets-, aktivitets- og økonomirapport per juli 2018 til etterretning.

<b>067-2018</b>	<b>AKTIVITETS-, KVALITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER FØRSTE TERTIAL 2018</b>
-----------------	--

Styrets enstemmige

**VEDTAK**

Styret tar aktivitets-, kvalitets- og økonomirapport per første tertial 2018 til etterretning.

068-2018	<b>STATUS OG RAPPORTERING REGIONAL IKT-PORTEFØLJE PER FØRSTE TERTIAL 2018</b>
----------	---

**Styrets enstemmige**

**VEDTAK**

Styret tar status per første tertial 2018 for gjennomføringen av regional IKT-porteføljen til orientering.

069-2018	<b>REGIONAL EPJ JOURNALINNSYN (FASE 1)</b>
----------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Styret godkjenner gjennomføring av prosjektet Regional EPJ journalinnsyn (fase 1) innenfor en kostnadsramme på 126 millioner kroner (P85).
2. Det forutsettes at det foretas risikovurderinger, at disse forelegges helseforetakene for godkjenning og at restrisiko er akseptert av alle helseforetak før endringer gjennomføres

070-2018	<b>REVISJONSRAPPORT 12/2017 – FORVALTNING AV GAT</b>
----------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret tar rapporten fra konsernrevisjonen og tiltakene for oppfølging i Helse Sør-Øst RHF til etterretning.

071-2018	<b>TERTIALRAPPORT 1.TERTIAL 2018 FOR PROSJEKT NYTT SYKEHUS I DRAMMEN</b>
----------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Tertialrapport for prosjekt nytt sykehus i Drammen for 1. tertial 2018 tas til orientering.

072-2018

ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER 2018

**Styrets enstemmige**

Årsplan styresaker tas til orientering.

073-2018

ORIENTERINGSSAK: DRIFTSORIENTERINGER FRA  
ADMINISTRERENDE DIREKTØR

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

**Andre orienteringer**

1. Styreleder orienterer.

I lukket møte, jf helseforetakslovens § 26 a andre ledd nr 1 og 2, orienterte styreleder om valgkomiteens arbeid i forbindelse med oppnevning av ny styreleder for Sørlandet sykehus HF. Sak om dette vil bli behandlet av styret i neste møte.

2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 12. og 13. juni 2018
3. Brev til styret om barne- og ungdomssykehus på Gaustad

Møtet hevet kl 1500

Oslo, 24. august 2018

---

Svein Ingvar Gjedrem  
Styreleder

---

Anne Cathrine Frøstrup  
Nestleder

---

Kirsten Brubakk

---

Christian Grimsgaard

---

Bushra Ishaq

---

Vibeke Limi

---

Einar Lunde

---

Geir Nilsen

---

Sigrun E. Vågeng

---

Svein Øverland

---

Tore Robertsen  
Styresekretær

## Møteprotokoll

---

**Styre:** Helse Sør-Øst RHF  
**Møtested:** Helse Sør-Øst RHF, Hamar  
**Dato:** Styremøte 13. september 2018  
**Tidspunkt:** KI 0915-1500

---

### Følgende medlemmer møtte:

---

Svein Ingvar Gjedrem	Styreleder	
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder	Forfall
Kirsten Brubakk		
Christian Grimsgaard		
Bushra Ishaq		
Vibeke Limi		
Einar Lunde		
Geir Nilsen		
Sigrun E. Vågeng		
Svein Øverland		

---

### Fra brukerutvalget møtte:

---

Rune Kløvtveit
Astrid Myrvang

---

### Følgende fra administrasjonen deltok:

---

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus  
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen  
Konserndirektør Atle Brynestad, direktør for medisin og helsefag Jan Frich,  
økonomidirektør Hanne Gaaserød, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande,  
direktør for personal- og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø og konstituert direktør  
for forskning og innovasjon Øystein Krüger.

---

**Saker som ble behandlet:**

<b>074-2018</b>	<b>GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

<b>075-2018</b>	<b>GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 24. AUGUST 2018</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Protokoll fra styremøte 24. august 2018 godkjennes.

<b>076-2018</b>	<b>KVALITETS-, AKTIVITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER AUGUST 2018</b>
-----------------	--

**Oppsummering**

Saken om kvalitets-, aktivitets- og økonomirapport per august 2018 var ettersendt til styret dagen før møtet. Administrerende direktør presenterte rapporten i møtet.

Prioriteringsregelen er til nå ikke innfridd når det gjelder aktivitet innen BUP og TSB. Samtidig er ventetidene innen psykisk helsevern langt unna målet for året. Tiltakene og erfaringsutvekslingen som nå er planlagt, forutsettes å gi resultater som vises gjennom høstens rapportering.

Andel pakkeforløp som er gjennomført innen standard forløpstid er på 62 prosent og således under målet på 70 prosent. Det er stor variasjon mellom de ulike kreftformene, behandlingsformer og helseforetak/sykehus. Helse Sør-Øst RHF prioriterer kartleggingsarbeid, læring og erfaringsoverføring for å bidra til forbedringer innen gjennomføring av pakkeforløp. Dette kommer i tillegg til tiltakene helseforetakene arbeider med.

Resultatutviklingen ved Sykehuset Innlandet er fortsatt bekymringsfull. Det er vesentlige divisjonsvise forskjeller i budsjettavvikene. Det forutsettes at tiltak og resultatoppfølging styrkes der de største negative avvikene er. Samtidig må pasientbehandlingen og kvalitet følges opp.

### Kommentarer i møtet

Styret registrerer at den økonomiske utviklingen samlet sett for regionen er tilfredsstillende, men at det er utfordringer i enkelte helseforetak, særlig gjelder dette Sykehuset Innlandet. Styret ber om at styret i Sykehuset Innlandet inviteres til et felles møte hvor de kan redegjøre nærmere for planer og tiltak på kort og lang sikt for å bedre pasientbehandlingen og styrke økonomien.

Styret viser til at det er nødvendig å forbedre resultatene for prioriteringsregelen og pakkeforløp kreft, og støtter de tiltakene som er beskrevet i administrerende direktørs saksfremlegg.

Styret ba om at temaet tilgang til kvalifisert personell blir tatt opp i styret på et senere møte.

### Styrets enstemmige

#### V E D T A K

Styret tar kvalitets-, aktivitets- og økonomirapport per august 2018 til etterretning.

077-2018	<b>FULLMAKT TIL Å INNGÅ ENTERPRISE AGREEMENTAVTALE MED MICROSOFT</b>
----------	--

*Saken med vedlagte dokumenter er unntatt offentlighet (§23 1. ledd)*  
Styret behandlet saken i lukket møte, jf helseforetakslovens § 26a, 2. ledd.

Styrets vedtak er tatt inn i egen B-protokoll.

078-2018	<b>GODKJENNING AV PRINSIPPER FOR LEIEAVTALE MED OSLO KOMMUNE FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF SINE AREALER I NY STORBYLEGEVAKT</b>
----------	---

### Oppsummering

Oslo kommune skal etablere en ny storbylegevakt lokalisert på Aker sykehus. Tomtegrunnen som skal benyttes til formålet selges fra Oslo universitetssykehus HF til Oslo kommune, jmfør tidligere behandling i styret i Helse Sør-Øst RHF sak 031-2017 og foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 18. mai 2017. Oslo kommune ved Omsorgsbygg KF skal være byggherre, og Oslo universitetssykehus HF ønsker å leie ca. 60% av nybygget.

Oslo kommune forutsetter at Oslo universitetssykehus HF forplikter seg til å dekke sin andel av de investeringer kommunen vil ha for bygging av arealer som leies ut i forbindelse med ny storbylegevakt. Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune har våren 2018 forhandlet og oppnådd enighet om kapitalelementene i fremtidig husleie. Oslo universitetssykehus HF har behandlet saken i sitt styremøte 21.juni 2018, sak 44/2018. I tråd med finansstrategien i Helse Sør-Øst søker Oslo universitetssykehus HF om fullmakt fra Helse Sør-Øst RHF til å inngå en finansiell leieavtale med Oslo kommune basert på de forutsetninger som fremkommer av denne saken.

Estimert kostnadsramme (P85, som vil si at det er 85% sannsynlighet for at prosjektet lar seg gjennomføre innenfor rammen) for hele bygget er 3.084 millioner kroner, hvorav Oslo universitetssykehus HFs andel er 1.524 millioner kroner. Oslo universitetssykehus HFs andel er planlagt finansiert gjennom finansiell leie. Omfanget av investeringen og verdien av den finansielle leieavtalen krever at saken må styrebehandles i Helse-Sør Øst RHF og at den må godkjennes i foretaksmøtet etter helseforetakslovens § 33 som følge av at kontraktsverdien av den finansielle leieavtalen overstiger 100 millioner kroner.

Prinsippene som fremgår av denne saken vil legges til grunn i en fremtidig leieavtale mellom partene. I tillegg til kapitalelementene, vil det tilkomme et leiebeløp for dekning av utgifter til forvaltning, drift, vedlikehold og eventuelt utvikling (FDVU). Dette vil fremgå av den endelige leieavtalen som legges frem for styrets godkjenning i egen sak.

Administrerende direktør hadde lagt frem følgende forslag til vedtak:

1. *Styret godkjenner de beskrevne prinsipper for leieavtalen mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF av arealer i storbylegevakten. Det aktuelle leiearealet skal inngå som en del av arealbehovet i forbindelse med realiseringen av målbildet for utviklingen av Oslo universitetssykehus HF, jamfør sak 053-2016. Styret ber om at det oversendes anmodning om fullmakt til inngåelse av finansiell leieavtale til foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF.*
2. *Styret legger til grunn at leieavtalen baseres på faktiske byggekostnader og forutsetningene i denne saken.*
3. *Endelig leieavtale inkludert kvalitetssikret forprosjektrapport, forelegges styret i Helse Sør-Øst RHF for godkjenning forut for avtaleinngåelse mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF.*
4. *Styret ber om at Oslo universitetssykehus HF arbeider videre med konkrete gevinstrealiseringsplaner, nødvendig kostnadstilpasning og arealoptimalisering som følge av avtalen og at dette legges frem i forbindelse med behandling av endelig leieavtale.*
5. *Styret legger til grunn at Oslo universitetssykehus HF etablerer hensiktsmessige styringsmekanismer for å unngå kostnadsoverskridelser i prosjektet.*

#### **Kommentarer i møtet**

Styret var ikke beredt til å realitetsbehandle saken på det grunnlaget som foreligger og styreleder fremmet derfor følgende forslag til vedtak:

1. *Styret konstaterer at det er behov for en ny storbylegevakt og støtter at denne realiseres på Aker sykehus. Styret understøtter at dette skal bidra til å videreutvikle samhandlingen mellom Oslo universitetssykehus og Oslo kommune.*
2. *Styret aksepterer at finansieringen kan baseres på en leieavtale med mulighet for tilbakekjøp.*
3. *Styret peker på at Oslo universitetssykehus ikke har fremlagt et tilstrekkelig beslutningsunderlag som tydeliggjør hvordan man skal sikre kostnadskontroll og styring med prosjektet.*



4. Styret ber om at saken fremlegges på nytt når forholdene som er påpekt er svart ut. Ny styresak fremlegges så snart som mulig og gjerne i et ekstraordinært styremøte.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

1. Styret konstaterer at det er behov for en ny storbylegevakt og støtter at denne realiseres på Aker sykehus. Styret understøtter at dette skal bidra til å videreutvikle samhandlingen mellom Oslo universitetssykehus og Oslo kommune.
2. Styret aksepterer at finansieringen kan baseres på en leieavtale med mulighet for tilbakekjøp.
3. Styret peker på at Oslo universitetssykehus ikke har fremlagt et tilstrekkelig beslutningsunderlag som tydeliggjør hvordan man skal sikre kostnadskontroll og styring med prosjektet.
4. Styret ber om at saken fremlegges på nytt når forholdene som er påpekt er svart ut. Ny styresak fremlegges så snart som mulig og gjerne i et ekstraordinært styremøte.

079-2018	ANSKAFFELSE AV ELEKTRISK ENERGI I HELSE SØR-ØST
----------	---

### Oppsummering

Saken legges frem for beslutning om anskaffelsesprosess for kjøp av elektrisk energi til helseregionen. Anskaffelsen samordnes med de tre øvrige helseregionene. Anskaffelsen skjer i regi av Sykehusinnkjøp HF.

Forrige anskaffelse ble besluttet i styresak 015-2012-*Kjøp av elektrisk energi i Helse Sør-Øst*. Finansstrategien for Helse Sør-Øst gir overordnede føringer for den kjøpsstrategien som ble valgt (sist revidert i styresak 028-2017). Det er i styresak 017-2018 orientert om den pågående prosessen for anskaffelse av elektrisk energi, med tilhørende endring av forvaltningsstrategien.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

1. Styret godkjenner prosess og forutsetningene for samordnet nasjonal anskaffelse av elektrisk energi og ber administrerende direktør gjennomføre anskaffelsen.
2. Det utarbeides et eget risiko- og strategidokument som skal gi rammer og føringer for forvalters kjøp av elektrisk energi for Helse Sør-Øst. Dokumentet forelegges styret for godkjenning.

080-2018	<b>DELSTRATEGI FOR EIENDOMSVIRKSOMHETEN I HELSE SØR-ØST</b>
----------	---

Administrerende direktør viste til protokoll fra drøftinger med konserntillitsvalgte datert 12.09.2018.

### Oppsummering

Gjeldende strategidokument for eiendomsvirksomheten i Helse Sør-Øst ble vedtatt i styresak 010-2011. Eiendomsvirksomheten har utviklet seg og det er endringer i rammer og forutsetninger for virksomheten. Det er nå utarbeidet en revidert delstrategi for eiendomsvirksomheten som legges frem for styret for godkjenning.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

Styret godkjenner *delstrategi for eiendomsvirksomheten i Helse Sør-Øst*.

#### Stemmeforklaring fra styremedlem Øverland

- Enig om mål: godt vedlikeholdte bygg samt langsiktig prioritering av midler.
- Ikke enig i å innføre husleieordning som virkemiddel – og ikke enig i å innføre det som obligatorisk ordning slik det vurderes å gjøre i den nasjonale utredningen.
- Det vil være en bedre løsning å ha mye høyere ledelsesmessig fokus på vedlikehold og god arealbruk i styring/ ledelse, planlegging og budsjettprosessene både i RHF og i HF.
- Nivået på midler til vedlikehold og investeringer bør trappes opp over en årrekke for å sikre godt vedlikehold – samtidig som man da bevarer fleksibiliteten til kortvarige omprioriteringer og unngår unødvendig byråkrati.

081-2018	<b>SØRLANDET SYKEHUS HF – AVHENDING AV EIENDOMMEN I SOLBERGVEIEN 12, 4615 KRISTIANSAND, GNR. 150, 2/4 av BNR. 1262 I 1001 KRISTIANSAND KOMMUNE</b>
----------	--

### Oppsummering

Avhending av Sørlandet Sykehus HF's ideelle andel av eiendommen i Solbergveien 12, 4615 Kristiansand, gnr. 150, 2/4 av bnr. 1262 i 1001 Kristiansand kommune.

Siden eiendommen vurderes å ha en verdi på mer enn 10 millioner kroner, må sak om avhending i henhold til helseforetakslovens § 31 forelegges foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF før vedtak kan fattes i helseforetakets foretaksmøte.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF oversender Sørlandet sykehus HF sin anmodning om samtykke til salg av sin ideelle andel av eiendommen Solbergveien 12, 4615

Kristiansand, gnr. 150, 2/4 av bnr. 1262 i 1001 Kristiansand kommune til foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF for behandling.

2. Styret legger til grunn at Kristiansand kommune, i tråd med intensjonene i Samhandlingsreformen, tilbys å kjøpe eiendommene. Dersom kommunen ikke ønsker å kjøpe eiendommen, eller det ikke oppnås enighet om overdragelse, kan eiendommene legges ut for salg i det åpne markedet.
3. Frigjort likviditet kan benyttes til nedbetaling av gjeld, til investeringer i varige driftsmidler eller til rehabilitering og verdibevarende vedlikehold av bygninger som er nødvendig for klinisk drift.
4. Investeringer, herunder langsiktige leieavtaler, må behandles i henhold til gjeldende fullmaktstruktur.
5. Styret presiserer at Sørlandet sykehus HF har ansvaret for at avhendingen gjennomføres korrekt og bærer all risiko knyttet til avhendingen.

<b>082-2018</b>	<b>OPPNEVNING AV NY STYRELEDER I HELSEFORETAK</b>
-----------------	---

Valgkomiteens innstilling ble lagt frem i møtet. Saken ble behandlet i lukket møte, jf helseforetakslovens § 26a, andre ledd

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

1. Som ny styreleder i Sørlandet sykehus HF oppnevnes Morten Noreng
2. Som nytt styremedlem i Sørlandet sykehus HF oppnevnes Bjørn Walle
3. Oppnevningene bekreftes i foretaksmøte i Sørlandet sykehus HF den 25.09.2018 og gjelder for perioden frem til ny ordinær oppnevning skjer i februar 2020

<b>083-2018</b>	<b>ORIENTERINGSSAK - HALVÅRSRAPPORT 2018 FOR KONSERNREVISJONEN HELSE SØR-ØST</b>
-----------------	--

### Oppsummering

Hensikten med halvårsrapporten er å informere styret i Helse Sør-Øst RHF om resultatene fra gjennomførte revisjoner og status for konsernrevisjonens arbeid i 2018 sett opp mot styregodkjent revisjonsplan.

### Kommentarer i møtet

Styret ba om at det i avtalene med avtalespesialistene legges inn bestemmelser om at det kan gjennomføres revisjoner i regi av konsernrevisjonen.

Styret drøftet også muligheten for å gjennomføre faglige revisjoner. Konsernrevisjonen kan i slike tilfeller innhente særskilt fagkompetanse til gjennomføringen. Styret ba også om at administrerende direktør ser på andre former for faglige evalueringer. Styret understreket at revisjoner er viktig og at det gis tilbakemelding til de respektive helseforetakene. Evt manglende oppfølging av revisjoner meldes tilbake til styret.

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret tar halvårsrapport fra konsernrevisjon til orientering.

<b>084-2018</b>	<b>ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Årsplan styresaker tas til orientering

<b>085-2018</b>	<b>ORIENTERINGSSAK: DRIFTSORIENTERINGER FRA ADMINISTRERENDE DIREKTØR</b>
-----------------	--

**Kommentarer i møtet**

Til punkt 4 Avtaler om behandling av øyesykdommer understreket styret at det må sikres god ekspertise når kontrakter om kjøp av behandlingstjenester inngås. Det ble også pekt på at alminnelige regler for god saksbehandling må følges og at det skal arbeides videre med å sikre tilstrekkelig kapasitet i egen helseforetak for behandlingen av den omtalte pasientgruppen.

Til punkt 5 Status konseptfase videreutvikling av Aker og Gaustad ble det vist til at styret skal behandle denne saken i flere møter denne høsten:

- En samlet risikovurdering i oktobermøtet
- Som temasak i styreseminar i november
- Beslutningssak i desember.

Styret understreket at de risikoforhold som har kommet opp i utredningen og gjennom innspill blir tatt med i den videre prosessen.

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

### **Andre orienteringer**

1. Styreleder orienterer
2. Oppdragsdokument 2018 - tilleggskdokument etter Stortingets behandling av Prop. 85 S (2017-2018)
3. Protokoll fra foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 13. juni 2018
4. Foreløpig protokoll fra møte i revisjonsutvalget 6. juni 2018
5. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 12. og 13. juni 2018
6. Åpent brev fra seks partier på Gjøvik vedr. strukturvalget til Sykehuset Innlandet
7. Mottatte uttalelser vedrørende videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF
8. Protokoll fra drøfting med konserntillitsvalgte datert 12.09.2018

Møtet hevet kl 1400

Hamar, 13. september 2018

---

Svein Ingvar Gjedrem  
styreleder

---

Anne Cathrine Frøstrup  
nestleder

---

Kirsten Brubakk

---

Christian Grimsgaard

---

Bushra Ishaq

---

Vibeke Limi

---

Einar Lunde

---

Geir Nilsen

---

Sigrun E. Vågeng

---

Svein Øverland

---

Tore Robertsen  
styresekretær

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 27. september 2018

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Ingen

---

**SAK 64/2018      LØNNSREGULERING FOR ADMINISTRERENDE  
DIREKTØR FOR 2018**

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

Oslo, den 20. september 2018

Gunnar Bovim  
Sign.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 27. september 2018

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

---

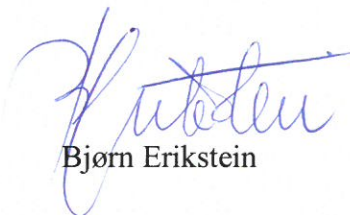
**SAK 65/2018      GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA  
STYREMØTE 27. SEPTEMBER 2018**

Protokoll blir lagt frem for vedtak i slutten av styremøtet.

### Forslag til vedtak:

*Styret godkjenner protokoll fra styremøte 27. september 2018.*

Oslo, den 20. september 2018



Bjørn Erikstein