

# Oslo universitetssykehus HF

## Møteinnkalling

Møtenavn:	Styremøte 9/2018
Dato møte:	25. oktober 2018
Møtetid:	Klokken 10.00 – ca. 13.30
Møtested:	Radiumhospitalet, seminarrom 1 og 2.

---

66/2018	Godkjenning av innkalling og sakliste
67/2018	Rapport per september 2018
68/2018	Budsjett 2019
69/2018	Virksomhetsoverdragelse prehospitaltjenester Kongsvinger sykehus
70/2018	Møte med Brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus
71/2018	Forslag til mulige tema for Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
72/2018	Plan for styrets arbeid
73/2018	Administrerende direktørs orienteringer
74/2018	Anskaffelse av system for radiologi og multimedia
75/2018	Protokoll fra møtet 25. oktober 2018

Gunnar Bovim  
Sign.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 25. oktober 2018  
Saksbehandler: Direksjonssekretær  
Vedlegg: Sakliste  
Protokoll fra styremøte 27. september 2018

---

**SAK 66/2018 GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE**

### Forslag til vedtak:

*Styret godkjenner innkalling og sakliste.*

Oslo, den 18. oktober 2018

Gunnar Bovim  
Sign.

# Oslo universitetssykehus HF

## Protokoll

---

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	27. september 2018
Dato møte:	27. september 2018 kl. 10.00 – 14.15 på Radiumhospitalet i Oslo
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

---

Tilstede: Gunnar Bovim (møteleder) Else Lise Skjæret-Larsen, Svein Erik Urstrømmen, Aasmund Magnus Bredeli, Tore Eriksen, Berit Kjøll (deltok under sakene 52-60 og 64), Svein Stølen, Anne Carine Tanum

Forfall:

Til stede fra administrasjon: Bjørn Erikstein, 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 52/2018 Godkjenning av innkalling og sakliste**

Vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

### **Sak 53/2018 Godkjenning av protokoll fra møte 5. september 2018**

Vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøtet 5. september 2018.

## **Sak 54/2018 Rapport per andre tertial 2018**

Vedtak:

1. Styret tar rapportering av resultatene per andre tertial 2018 til orientering, men er bekymret for utviklingen i antallet ansatte og at flertallet av klinikkene ligger bak budsjett.
2. Styret ber administrerende direktør komme tilbake til styret i oktobermøtet, med en sak som gir bedre belysning av bemanningsutviklingen.

## **Sak 55/2018 Tilleggsdokument til Oppdrag og bestilling 2018**

Vedtak:

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

## **Sak 56/2018 Ny personvernforordning og personopplysningslov**

Vedtak:

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

## **Sak 57/2018 Sykehuspartner – felles IKT-leverandør i Helse Sør-Øst**

Vedtak:

Styret tar saken til orientering

## **Sak 58/2018 Kjøp av Trondheimsveien 235 på Aker sykehus**

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.

## **Sak 59/2018 Skisseprosjekt for protonsender på Radiumhospitalet**

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.

## **Sak 60/2018 Eierskap i selskaper**

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

## **Sak 61/2018 Oppfølging av styresaker per 1. halvår 2018**

Vedtak:

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

## **Sak 62/2018 Plan for styrets arbeid**

Vedtak:

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

Styret vedtar å starte møtet 14. desember 2018 klokken 8.

## **Sak 63/2018 Administrerende direktørs orienteringer**

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

## **Sak 64/2018 Lønnsregulering 2018 for administrerende direktør**

Møtet ble lukket jf. helseforetaksloven § 26 a

Vedtak:

Med virkning fra 1. januar 2018 økes administrerende direktør Bjørn Eriksteins årslønn med 57 430 kroner til en ny samlet årslønn per 1. januar 2018 på 2 266 271 kroner.

## Sak 65/2018 Godkjenning av protokoll fra møte 27. september 2018

Vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 27. september 2018.



Gunnar Bovim  
styreleder

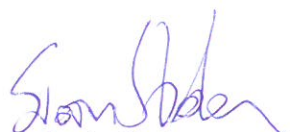


Anne Carine Tanum  
nestleder

Berit Kjøll



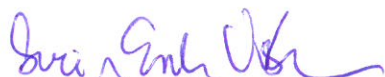
Else Lise Skjæret-Larsen



Svein Stølen



Aasmund Magnus Bredeli



Svein Erik Urstrømmen



Tore Eriksen

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 25. oktober 2018

Saksbehandlere: Viseadministrerende direktør økonomi og finans  
Direktør fag, pasientsikkerhet og samhandling

Vedlegg: 1. Tabellvedlegg  
2. Bemanningsutvikling og budsjett 2015 – 2018  
3. Risikovurdering

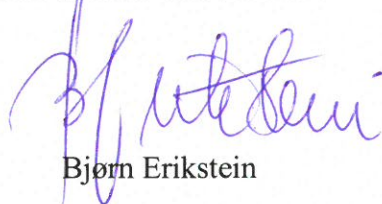
---

### **SAK 67/2018 UTVIDET RAPORTERING FOR ANDRE TERTIAL OG RESULTATER PER SEPTEMBER 2018 MED RISIKOVURDERING FOR 2018**

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

- 1. Styret tar rapportering for andre tertial og resultater per september 2018 til orientering.*
- 2. Styret tar risikovurdering for 2018 til etterretning.*

Oslo den 18. oktober 2018



Bjørn Erikstein

## Innhold

1.	Innledning.....	4
2.	Sammendrag.....	5
3.	Administrerende direktørs vurderinger.....	6
4.	Tilgjengelige helsetjenester.....	8
4.1.	Status ventetider.....	8
4.2.	Passert planlagt tid.....	8
4.3.	Status fristbrudd.....	9
4.4.	Epikrisetid.....	9
4.5.	Klinisk dokumentasjon i sykepleie (KDS).....	10
4.6.	Antibiotikastyring.....	10
4.7.	Pakkeforløp for kreftpasienter.....	11
4.8.	Nasjonale kvalitetsindikatorer.....	12
4.9.	Informasjonssikkerhet og personvern.....	13
5.	Pasientbehandling.....	14
5.1.	Aktivitet somatikk.....	14
5.2.	Aktivitet psykisk helsevern for voksne.....	15
5.3.	Aktivitet psykisk helsevern for barn og unge.....	15
5.4.	Aktivitet tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).....	16
5.5.	«Raskere tilbake» implementert i ordinær drift 2018.....	16
5.6.	Uønskede hendelser og avvikshåndtering.....	16
5.7.	Varsel til Statens helsetilsyn etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a.....	17
5.8.	Meldinger til Helsedirektoratet § 3-3.....	17
5.9.	Klage og tilsynssaker om forsvarlighet i pasientbehandlingen.....	17
5.10.	Brukerundersøkelsen.....	17
6.	Samhandling.....	18
6.1.	Brukermedvirkning.....	18
6.2.	Brukerutvalget.....	18
6.3.	Ungdomsrådet.....	18
6.4.	Elektronisk samhandling.....	19
6.5.	Reseptformidleren.....	19
6.6.	Koordinator funksjon er etablert for særskilt utsatte grupper.....	19
6.7.	Likeverdige helsetjenester for pasienter og pårørende.....	19
6.8.	Samarbeid med Oslo kommune.....	20
6.9.	Aktuelle samhandlingsprosjekter.....	20
6.10.	Barn som pårørende og ungdomshelsearbeidet ved sykehuset.....	21
6.11.	Barnevernansvarlig i psykisk helsevern.....	21
6.12.	Strategi for ivaretagelse av barn og ungdom.....	21
7.	Økonomi.....	21
7.1.	Budsjettert overskudd i 2018.....	21
7.2.	Pensjonskostnad i 2018.....	21
7.3.	Rapportert resultat.....	22
7.4.	Gjennomføring av virksomheten – vurdering av utfordringsbilde og tiltak.....	23
7.5.	Vurdering av økonomisk risiko for budsjettåret 2018.....	23
7.6.	Investeringer og finansiering av investeringer.....	24
7.7.	Likviditet.....	25
7.8.	Overordnet styring og resultatutvikling for Oslo universitetssykehus HF.....	25
8.	Bemanning og sykefravær.....	28
8.1.	Bemanningsutvikling.....	28
8.2.	Nærmere om bemanningsutvikling i Oslo universitetssykehus.....	28



---

8.3.	Sykefravær.....	30
8.4.	Mangfoldsrekruttering og likeverdig tilgang til karriereutvikling .....	31
9.	Forskning.....	31
10.	Innovasjon .....	33
11.	Utdanningsaktiviteter.....	35
12.	Styrende dokumentasjon som ledd i god intern styring og kontroll.....	36
12.1.	Intern revisjon .....	36
12.2.	Eksterne tilsyn.....	37

## 1. Innledning

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.

Helseforetaket har fire primære ansvarsområder:

- Pasientbehandling
- Forskning
- Utdanning av helsepersonell
- Opplæring av pasienter og pårørende

Denne styresaken inkluderer rapportering fra alle fire områdene inkludert risikovurdering for 3. tertial 2018.

Styret vedtok 27. september 2018 følgende:

1. *Styret tar rapportering av resultatene per andre tertial 2018 til orientering, men er bekymret for utviklingen i antallet ansatte og at flertallet av klinikkene ligger bak budsjett*
2. *Styret ber administrerende direktør komme tilbake til styret i oktobermøtet med en sak som gir bedre belysning av bemanningsutviklingen*

Denne styresaken følger opp dette vedtaket. Kapittel 7 Økonomi er utvidet i forhold til ordinær rapportering. I avsnitt 7.7 gjennomgås først styringsmål og resultatutvikling for Oslo universitetssykehus HF i de senere årene. Deretter følger en oversikt prinsippene for overordnet styring i Oslo universitetssykehus HF, herunder budsjettildeling og økonomisk resultatkrav, samt en vurdering av gjeldende styringsmodell. Kapittel 8 Bemanning er også utvidet i forhold til tidligere rapporteringer. Avsnitt 8.2 inneholder en oversikt over sykehusets fullmaktsstruktur, en omtale av utviklingen i bemanningen i forhold til vedtatt budsjett og en omtale av faktiske og busjetterte årsverk for tidligere år.

## 2. Sammendrag

Gjennomgang av status og resultater hittil i 2018 beskrives under.

- I september var gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter 65 dager. Dette er en reduksjon på tre dager fra samme periode i 2017.
- For pasienter som venter på utredning/behandling var gjennomsnittlig ventetid per utgangen av september 56 dager. Dette er en reduksjon på 2 dager fra samme periode i 2017.
- Antall fristbrudd av ventende pasienter per utgangen av september var 27. Dette er 22 færre enn rapportert på samme tidspunkt i 2017.
- Antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer per utgangen av september var 24, mot 37 ved utgangen av samme periode i 2017.
- Andel kreftpasienter som er inkludert i pakkeforløp var 66,5 prosent i perioden januar – september 2018 og andelen pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpsprosentid var 57,5 prosent. Måltallene er 70 prosent.
- Registert aktivitet innenfor somatikken er til og med september 2018 1,0 prosent (1 766 ISF-poeng) lavere enn budsjettert.
- Innenfor psykisk helsevern for voksne er den rapporterte aktiviteten hittil i 2018 lavere enn budsjettert for alle indikatorene. Innenfor psykisk helsevern for barn og unge er aktiviteten som budsjettert eller høyere. Den polikliniske aktiviteten innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er hittil i 2018 noe høyere enn budsjettert mens antall utskrevne pasienter er noe lavere enn budsjettert.
- Rapportert økonomisk resultat etter september 2018 viser et overskudd på 82 millioner kroner, mot et budsjettert overskudd på 131 millioner kroner. Dette gir et negativt budsjettavvik på 50 millioner kroner.
- Gjennomsnittlig antall brutto månedsverk for perioden januar til oktober 2018 er 19 084. Dette er en økning på 228 fra samme periode i 2017.
- Sykefraværet hittil i 2018 (til og med august) var 7,4 prosent, en økning på 0,1 prosentpoeng fra samme periode i 2017.
- Epikrisetiden er i stadig bedring, men varierer mellom klinikker og internt innen klinikkene.
- Gjennom 2018 har det skjedd en opprydding av til dels eldre saker hos Fylkeslegen, noe som gjenspeiles i antall avsluttede Fylkeslegesaker. Flere saker konkluderer med brudd i forsvarlighet. Disse følges opp både sentralt og i de enkelte klinikkene.
- Det ble ved utgangen av august publisert nasjonale kvalitetsindikatorer for 1. tertial 2018. Oslo universitetssykehus HF har mange gode resultater å vise til, men må øke oppmerksomheten bl.a. til gjennomføring av pakkeforløpene innen kreftbehandling.
- Det er registrert 8 914 uønskede hendelser hittil i år, hvilket er en økning på ca. 10 prosent. Det er små variasjoner i fordelingen mellom sakstyper og alvorlighetsgrad. 2 prosent av hendelsene har konsekvens betydelig skade / død, og 54 prosent har ingen konsekvens.
- Nærmere analyse av pasienthendelsene viser at det spesielt er sykepleiegruppen som melder hyppigere. Det fokuseres på å stimulere til bedre meldekultur også for andre yrkesgrupper.

- Det er i 2018 sendt 112.160 SMS til pasienter med invitasjon om å gi sykehuset tilbakemelding på brukerundersøkelsen. Svarprosenten er på 27 prosent og av pasientene som svarte skrev 24 prosent en kommentar.
- Det er gjennomført 25 eksterne tilsyn av ulike myndighetsorganer hittil i år, mens revisjonsaktiviteten har vært begrenset.
- Sykehuset jobber med å innføre miljøledelse og sertifisering i henhold til ISO 14001:2015 og ble i august revidert av Det Norske Veritas.

### **3. Administrerende direktørs vurderinger**

Administrerende direktør er fornøyd med at sykehuset jevnt over har gode resultater innenfor ventelisteområdet. Men resultatene innenfor pakkeforløp er fortsatt betydelig svakere enn de nasjonale målene og svakere enn de andre helseforetak oppnår. Arbeidet med å bedre måloppnåelsen på dette området har fått og vil få særskilt oppmerksomhet inntil resultatene er tilfredstillende.

Det er bekymringsfullt at lavere aktivitet enn budsjettet innenfor somatikken svekket foretakets økonomiske resultat betydelig siste måned. På årsbasis, dvs for hele 2018, forventes den somatiske aktiviteten å bli noe lavere enn forutsatt i budsjettet. Dette skyldes en kombinasjon av endringer på flere områder, blant annet er det en reduksjon i pasienter som er tracheostomert (intensivområdet), reduksjon i organtransplantasjoner og noe manglende effekt av planlagte tiltak.

Administrerende direktør har hatt stor oppmerksomhet på prioriteringsregelen og konstaterer at innenfor psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling vurderes den samlede aktiviteten i hovedsak å være som budsjettet eller bedre. Innenfor voksenpsykiatrien er det imidlertid reelt sett lavere aktivitet enn budsjettet. Det arbeides med å lukke disse avvikene, og da særlig for antall polikliniske konsultasjoner.

For å redusere det negative aktivitets- og inntektsavviket har administrerende direktør tett oppfølging av hvordan driften gjennomføres, herunder utnyttelse av kapasitet (poliklinikk, sengeposter og operasjonsstuer), økonomiske resultater, bemanning og prognoser for utvikling resten av året.

Bemanningsutviklingen etter sommeren viser ikke den forventede nedgangen. Dette skyldes i stor grad forskjøvet ferieavvikling, turnover med nyrekruttering og økt bruk av vakansvakter.

På bakgrunn av styrets vedtak på siste møte har administrerende direktør foretatt en grundig gjennomgang av klinikkens bemanningsutvikling i de månedlige oppfølgingsmøtene. Samlet sett ser årsverkutviklingen gjennom 2018 ut til først og fremst å være et resultat av planlagt opptrapping på områder som er prioritert og finansiert i budsjettet. Klinikken har derimot i for liten grad lyktes med å finne fram til og å gjennomføre tiltak som reduserer årsverk/lønnskostnadene på andre områder. Det er administrerende direktørs vurdering at det kun er små innslag av økte årsverk innenfor ikke-prioriterte eller ikke-godkjente områder. I tillegg kan noe av årsverksveksten være påvirket av noe økt omfang av frikjøp til ulike prosjekter.

Administrerende direktørs gjennomgang med klinikkene viser at disse og enhetene i linjen er lojale til styringssignalet om at kapasitetsøkninger eksplisitt skal besluttes på nivå 1 i organisasjonen. Opprioritering av noen områder medfører imidlertid at andre områder må prioriteres ned for at organisasjonen som helhet skal lykkes i å effektivisere driften og holde den samlede ressursbruken innenfor budsjett. Som nevnt ovenfor ser administrerende direktør at foretaket ikke i tilstrekkelig grad har lykkes med dette i 2018.

Administrerende direktør er bekymret for det økte negative budsjettavviket og vurderer den økonomiske situasjonen som noe krevende. Administrerende direktør mener at status på dette tidspunkt likevel tilsier at det fortsatt er mulig å komme nær budsjettmålet for 2018. Det vurderes å være en god margin innenfor tildelt samlet likviditet til drift og investeringer slik at investeringsbudsjettet kan gjennomføres som planlagt.

Administrerende direktør gjennomførte i september ledelsens gjennomgang med alle klinikker hvor klinikkleder, klinikkstab og avdelingsledelse var til stede. Forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren ligger til grunn for sykehusets planer, gjennomføring og oppfølging av virksomheten. Med ledelsens gjennomgang skal administrerende direktør sikre god virksomhetsstyring og måloppnåelse i forhold til oppdrag, virksomhetsmål og ulike resultatindikatorer. Ledelsens gjennomgang har også som formål å sikre at kvalitetssystemet inklusiv HMS- og miljøstyringen fungerer tilfredsstillende og se til at interne retningslinjer og rutiner blir fulgt opp og er tilstrekkelig effektive.

Pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestene har høyt fokus i ledelsens gjennomgang. Det er administrerende direktørs vurdering at gjennom året har sykehusets avdelinger og enheter kommet godt i gang med innføringen av daglig risikostyring med pasientsikkerhetsfokus. Sykehusets nettverk for kontinuerlig forbedring (LEAN-nettverket) har bidratt med utvikling av rutiner og opplæring i bruk av tavlemøter i alle aktuelle enheter. Det nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet er fulgt opp med deltakelse i nasjonal nettverkssamling innen ernæring. Det gjøres også en kvalitetssikring og datainnhenting av hvilke tiltakspakker avdelingene har implementert.

Administrerende direktør er fornøyd med at sykehuset har en merbar og positiv utvikling i meldekultur, men ønsker bredere engasjement fra flere yrkesgrupper. Det er samtidig ingen urovekkende utvikling i de ulike kategoriene av pasienthendelser sammenlignet med tidligere år.

Det er ønskelig at pasienten gis mulighet til involvering i egen behandling der dette er mulig og hensiktsmessig. Brukerundersøkelsen som gjennomføres kontinuerlig viser også svakest resultat på involvering av pasientene, og dette krever nærmere analyse for å forstå bakenforliggende årsaker. Det er gledelig at pasientene i mer enn 80 prosent av besvarelsene likevel er positivt fornøyd med behandlingen og tjenestene som sykehuset gir.

Sykehuset følger også opp både interne og eksterne revisjons- og tilsynsmyndigheters pålegg for å trygge og sikre både pasienter og ansatte. Med økte

krav om forbedring av driften er det viktig å sikre en fortsatt god kvalitet i helsetjeneste til pasientene og en tilfredsstillende arbeidssituasjon for de ansatte.

#### **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<sup>1</sup>**

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.

Hittil i 2018 er gjennomsnittlig ventetid til avvikling 58 dager for hele helseforetaket. Dette er en dag mindre enn i samme periode i 2017. Både i september og hittil i år er reduksjonen i ventetid innenfor Klinikk for psykisk helse og avhengighet større enn reduksjonen innenfor somatikken. Innenfor Klinikk psykisk helse og avhengighet gjennomsnittlig ventetid til avvikling hittil i 2018 45 dager, redusert fra 48 dager i samme periode i 2017.

Isolert for september var gjennomsnittlig ventetid for alle avviklede pasienter 65 dager og hittil i år er ventetid for alle avviklede pasienter 58 dager. Dette er tre dager mindre enn i samme periode i 2017. Innenfor Klinikk for psykisk helse og avhengighet var gjennomsnittlig ventetid til avvikling i september 52. Dette er en reduksjon på fem dager fra samme periode i 2017.

For pasienter som venter på utredning/behandling var gjennomsnittlig ventetid per utgangen av september 2018 56 dager, redusert fra 58 dager på samme tidspunkt i 2017. Innenfor Klinikk for psykisk helse og avhengighet var gjennomsnittlig ventetid for ventende 28 dager. Dette er en reduksjon på 1 dag fra samme tidspunkt i 2017.

##### **4.2. Passert planlagt tid**

Planlagt kontakt benyttes for å gi time til poliklinisk konsultasjon, innleggelse og annen kontakt i sykehuset. Før den planlagte kontakten får en fast tid til oppmøte vil pasienten stå på liste med tentativ dato/måned. Alle planlagte pasientkontakter skal være registrert med dato/klokkeslett for neste pasientavtale, eller tentativ uke/måned. Tidspunkt settes ut fra en medisinsk vurdering. Indikatoren uttrykker sykehuset evne til god planlegging av drift. Subindikatoren «andel pasienter» sammenligner «antall pasientkontakter passert planlagt tid» med «antall planlagte kontakter».

I Oslo universitetssykehus HF er det per september en andel på 5,8 prosent med passert planlagt tid, det vil si at over 94 prosent av avtalene overholdes. Flere klinikker arbeider med tiltak som sikrer god planlegging for tilgjengelighet og kapasitetsutnyttelse. Personell som ajourholder ventelister kvalitetssikrer

---

<sup>1</sup> Se tabellvedlegg 2.2

oppfølgingen av pasientforløpene ved hjelp av flere ulike verktøy. Målstyringen er reduksjon på fagområdenivå.

Det arbeides med å redusere antall pasienter med passert planlagt tid. Hittil i år er det en reduksjon på om lag 2.000 sammenlignet med samme periode i 2017. Det er fokus på oppfølging innenfor alle fagområder.

#### **4.3. Status fristbrudd<sup>2</sup>**

Per utgangen av september var det 27 fristbrudd for ventende pasienter. Sammenlignet med samme tidspunkt i 2017 er dette en reduksjon på 22 fristbrudd. Årsaken til 27 meldte fristbrudd er feilregistreringer og mangelfull kvalitetssikring av data i det pasientadministrative systemet, forsinkelser i samarbeidet mellom Aleris og brystdiagnostisk senter, manglende tilgang til journal mellom gynekologi og uro-gynekologi. I de fleste tilfeller hvor det oppstår reelle fristbrudd blir pasienten informert og det er dokumentert i journal at pasienten har gitt samtykke til forlenget ventetid inntil 14 dager. Meldeordningen til Helfo overholdes. Sykehuset klarte selv å skaffe tilbud til de pasientene som ble registrert i fristbruddportalen i september.

#### **4.4. Epikrisetid<sup>3</sup>**

Sykehuset har en stor samarbeidsflate både mot andre helseforetak, fastlegene og øvrig kommunehelsetjeneste. En godt utformet epikrise sendt i rett tid (elektronisk om mulig) har stor betydning for opplevd kvalitet og pasientsikkerhet i videre behandling.

Sykehuset har som mål at minst 70 prosent av epikrisene skal være sendt innen første dag, og 100 skal være sendt innen syv dager etter utskrivelse. Medisinsk klinikk hadde høyest andel epikriser sendt innen hhv første og syvende dag etter utskrivelse. Barne- og ungdomsklinikken hadde lavest andel. Samtlige klinikker har økt andelen epikriser sendt innen hhv første og syvende dag etter utskrivelse sammenlignet med samme periode i fjor, men status per september er ikke tilfredsstillende.

Faktorer som fører til kortere epikrisetider:

- Fokus i klinikkens ledergrupper inkl. gjennomgang av månedlig rapporter
- Gode rutiner, systematikk i journalskrivningsarbeid
- Struktur på daglig styring, visittgang og epikrise i hånden ved utskrivelse
- Økt bruk av talegjenkjenning eller egen epikriseskriving vs. bruk av «skrive-tjenesten»
- Standardisering av epikrisene

Faktorer som bidrar til forlengelse av epikrisetid:

- Stort arbeidspress fører til midlertidig nedprioritering av epikrisearbeidet
- Forsinkelse i påvente av prøvesvar
- Komplekse sykdomsbilder hvor oppfølgingen er tidskrevende og involverer flere instanser

---

<sup>2</sup> Se tabellvedlegg 2.3

<sup>3</sup> Se tabellvedlegg 2.4

- Sårbarhet ved fravær av leger

Sykehuset vil videreføre arbeidet med å øke andelen epikriser sendt innen hhv. første eller syvende dag etter utskrivelsen ved;

- Å øke bruken av talegjenkjenning og/eller ved at legene skriver epikrisen selv
- Gjennomgang av unntaksregler for å kunne avvike fra kravet om kontrasignering
- Utsendelse av epikriser til tross for påvente av prøvesvar – prøvesvar ettersendes når de foreligger
- Gjennomgang av daglig styring og visittgang ved anvendelse av LEAN-metoden
- Gjennomgang av rutiner for journalskrivningsarbeidet

#### **4.5. Klinisk dokumentasjon i sykepleie (KDS)**

Alle pasienter som innlegges til døgnbehandling skal ha opprettet behandlingsplan innen 24 timer. Veiledende behandlingsplaner (VBP) skal fortrinnsvis benyttes ved utarbeidelse av behandlingsplanen. Videre skal det gjennomføres kvalitetsmåling på sykepleiedokumentasjon, den sier noe om hvordan sykepleierne dokumenterer og oppdaterer behandlingsplanen (BP) til pasienten i forhold til å skrive fritekst.

Kvalitetsmålene kan også i større grad brukes for å endre på dokumentasjon av undervisning, opplæring og retningslinjer. Dette er viktig for at sykehuset sikrer god kvalitet på dokumentasjon av pasientens aktuelle tilstand.

Målet for Oslo universitetssykehus HF er at 90 prosent av enhetene har VBP innen 24 timer. Rapporten tas ut hvert halvår og per 1. juli 2018 viser denne rapporten følgende måloppnåelse:

- 77 prosent av pasientene hadde BP innen 24 timer mot 78 prosent i 2017
- 26 prosent av enhetene har 100 prosent av pasientene en BP innen 24 timer mot 33 prosent i 2017

Mange klinikker har gjennomført og leverer en samlet rapport innen fristen 20. oktober, noen klinikker leverer noe senere p.g.a innføringen av elektronisk kurveløsning MetaVision krever mye ressurser og tid.

#### **4.6. Antibiotikastyring**

Sykehuset skal ha fortløpende oversikt over antibiotikabruk og resistensstatus og skal redusere forbruket av fem utvalgte bredspektrede antibiotika med 30 prosent innen 2020.

Det analyseres og følges opp forbruk av de fem utvalgte medikamentgruppene ved Oslo universitetssykehus:

1. Karbapenemer
2. Andre generasjons cefalosporiner
3. Tredje generasjons cefalosporiner
4. Kinoloner
5. Piperacillin/tazobaktam



Det jobbes med tiltak innen fire prioriterte områder:

1. Implementering av retningslinjer
2. Deeskalering etter lab-svar
3. Lengde på kurer
4. Kartlegge egne data. Dette for å nå målet om signifikant reduksjon i antibiotikabruk

Det fremkommer en svak oppgang i forbruket av de fem utvalgte bredspektrede midlene de tre siste månedene. Sykehuset har imidlertid redusert forbruket av gruppen karbapenemer.

Svarene ved andre tertial 2018 kan tyde på at klinikker og avdelinger har kommet noe lenger i implementering enn ved forrige tertial.

Sykehuset arbeider videre med følgende tiltak:

- Antibiotikateamet arbeider bla for å få bedre og mer aktuelle styringsdata fra Klinisk datavarehus
- Innføring av MetaVision pågår og dette vil få betydning for et mer eksakt datagrunnlag.
- Procalcithonin (PCT) er tatt ibruk som ny biomarkør til diagnostisering av sepsis

Flere klinikker svarer spesielt at de følger nasjonale retningslinjer og noen gir konkrete eksempler på undervisning og daglige rutiner som skal sikre økt kunnskap og systematisk arbeid for å nå målet i 2020. To klinikker nevner daglig styringstavle som et nyttig virkemiddel.

Forbedringsforslag som kommer frem omhandler for eksempel ønske om eksperthjelp fra infeksjonsmedisiner og klinisk farmasøyt, andre beskriver nytten av tilsvarende ekspertise i egen klinikk. Det fremkommer også en forventning til at bedre styringsdata per avdeling vil bidra til å synliggjøre effekt av tiltak.

Det er varslet tilsyn fra Nasjonal kompetansetjeneste for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten (KAS) 31/10-1/11 2018.

#### **4.7. Pakkeforløp for kreftpasienter**

Både når det gjelder beskrivelse av forløpsutvikling og tiltak i pakkeforløpsarbeidet i Oslo universitetssykehus HF vises det til den skriftlige redegjørelsen som er gitt til de to foregående styremøtene og den muntlige redegjørelsen gitt av klinikkleder Sigbjørn Smeland på forrige styremøte. Siden forrige redegjørelse er forløpstall for september offentliggjort. Se tabell under.

Innfrielse av forløpstid i % av mål	2018-09	Hittil i år
OF4 Kirurgisk behandling	59	60
OF4 Medikamentell behandling	73	62
OF4 Overvåkning	47	45
OF4 Strålebehandling	60	43
<b>Andel totalt</b>	<b>61</b>	<b>57</b>

Den nasjonale rapporteringen basert på tall fra Norsk pasient register som for Oslo universitetssykehus HF omfatter de forløp som er startet i Oslo universitetssykehus HF, viser at for sykehuset samlet var andelen pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid 61 prosent i september mot 48 prosent i august. Hittil i år er andelen innenfor standard forløpstid 57 prosent. De tilsvarende nasjonale tallene samlet var henholdsvis 67 prosent og 59 prosent. Det samlede nivået på andel innen normert forløpstid i Oslo universitetssykehus HF er fortsatt klart under målet. Andelen innenfor normert tid var lavere i september 2018 enn i september 2017. Tallene viser imidlertid at det er betydelige variasjoner i utvikling i 2018 mellom ulike pakkeforløp.

For to av de pakkeforløpene med mange kreftpasienter (tykk- og endetarmskreft og lungekreft) er tallene tilfredsstillende for september og det er en positiv utvikling sammenlignet med 2017. Også for prostata er det en positiv utvikling sammenlignet med tallene for 2017. Andelen prostatapasienter som får startet behandling innen normert tid er imidlertid fortsatt utilfredsstillende. Det samme gjelder tallene for gynekologisk kreft der det er betydelige svingninger og brystkreft som har hatt en negativ utvikling hittil i 2018. For kreft i hode/hals området er fortsatt hovedforklaringen på lav andel innenfor normert tid ventetid til strålebehandling. Her arbeides det nå med et initiativ for å øke forløpstiden i tråd med nye internasjonalt anerkjente standarder knyttet til oppstart av strålebehandling etter tanntrekking.

Driftsstyret for kreft følger opp planene for tiltak som det er redegjort for tidligere. Siden forrige styremøte har nå Arbeidsutvalget for Driftsstyret for kreft hatt møter med forløpsledelsen for alle de fem forløpene som trekker totaltallene mest ned. For alle disse er det nå satt opp mer spesifikke tiltakslistene. Disse vil bli fulgt opp gjennom en tett dialog mellom Driftsstyret for kreft og forløpsledelsen i løpet av høsten.

#### **4.8. Nasjonale kvalitetsindikatorer**

Resultatene fra nasjonale kvalitetsindikatorer for første tertial 2018 viste stor variasjon. Det understrekes imidlertid at oversendte data fra Oslo universitetssykehus HF ikke var komplett på rapporteringstidspunktet.

Utover kvalitetsindikatorer for pakkeforløpene kreft er det publisert data for 22 indikatorer for første tertial 2018 (siste tertial med tilgjengelig data). Resultatene fra kvalitetsindikatorer som viste en uønsket utvikling eller hvor resultatene var dårligere enn gjennomsnittlig resultat for helseforetakene i Helse Sør-Øst ble gjennomgått i ledelsens gjennomgang med respektive klinikker. Det ble etterspurt tiltak for å forbedre resultatet.

Tabellvedlegget viser status, utvikling og kommentar for 22 kvalitetsindikatorer<sup>4</sup>.

#### Behandling av pasienter med hjerneslag

Helse Sør-Øst RHF ønsker, basert på faglig anbefaling, en «Én dør inn-modell» for hjerneslag. Dette innebærer å samle all diagnostikk og akuttbehandling, inkludert trombolyse og trombektomi på ett sted. Det er bred enighet i miljøet om at dette er ønskelig slik det har vært foreslått tidligere.

På Helse Sør-Øst RHF styremøte 14. juni 2018 ble det blant annet vedtatt at «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».

#### Status kvalitetsindikatorer (Norsk hjerneslagsregister) andre tertial 2018

Innen noen kvalitetsindikatorer for behandling av hjerneslag har sykehuset ikke tilfredsstillende måloppnåelse. Klinikken som er involvert i behandling av pasienter med mistenkt hjerneslag ble derfor i ledelsens gjennomgang spurt om tiltak som kan bidra til en høyere måloppnåelse og til bedre etterlevelse av anbefalt behandlingsforløp iht anbefalinger i den nasjonale retningslinjen. Hovedårsaken til de svake resultatene i første tertial var manglende registrering pga. sykdom, ressursknapphet og tekniske mangler ved rapporteringsløsning.

Klinikken har på oppdrag fra administrerende direktør gjennomført arbeidet for å etablere slagbehandling etter «Én dør inn»-modellen fra Helse Sør-Øst. Basert på arbeidsgruppens anbefalinger er det fattet vedtak om at:

- Avdeling for hjerneslag overføres fra Medisinsk klinikk til Nevroklinikken
- Dagens seksjon for hjerneslagsbehandling (N4) blir en egen avdeling (N3) på lik linje med andre avdelinger i klinikken
- Det etableres et eget vaktlag for «Hjerneslag»

Vedtatt modell innebærer at samtlige pasienter med mistenkt hjerneslag fra Oslo-sykehusområde sendes til og utredes i akuttmottaket ved Ullevål sykehus. Det er igangsatt arbeid for å kunne realisere «Én dør inn»-modellen 1. januar 2019. Helse Sør-Øst er orientert om prosessen.

I tillegg til organisatoriske endringer har arbeidsgruppen anbefalt at mekanisk trombektomi for pasienter fra Oslo-sykehusområde gjennomføres på Ullevål sykehus 1. januar 2019. Øvrige pasienter fra Helse Sør-Øst vil fortsatt få dette tilbudet på Rikshospitalet.

#### **4.9. Informasjonssikkerhet og personvern**

For å sikre nødvendig bevissthet ifm personvern og informasjonssikkerhet, har sykehuset etablert et e-læringskurs som minimum opplæring. Kurset er obligatorisk for alle ansatte og skal tas minst en gang i året.

---

<sup>4</sup> Se tabellvedlegg

Kurset har vært obligatorisk i 3 år i tillegg til inneværende år. Fra tidligere år ligger gjennomføring i mange av klinikkene rundt 30 prosent, og med noen opp i mot 40 prosent dekning. En klinikk er oppe i 50 prosent gjennomføring, mens en klinikk har gjennomføring under 5 prosent. Det er dermed fremdeles behov for sykehusomfattende å minne om at kurset må tas årlig. Dette vil også ha betydning når det er avvik, da det synliggjør at sykehuset har et fokus på dette.

Fra oversikten over forskningsregistre fremkommer det at sykehuset fremdeles har en del forskningsstudier som har overskredet sin lagringstid i forhold til godkjenningen som prosjektet har fått, og skulle enten vært forlenget eller avsluttet. Oversikten er nå oppdatert med siste informasjon fra Cristin-systemet. Dette viser at klinikkene har forbedringspotensiale i å sørge for at alle prosjekter enten avsluttes og slettes, eller at det søkes om forlengelse i nødvendig tid før inneværende godkjenning er overskredet.

## **5. Pasientbehandling**

### **5.1. Aktivitet somatikk**

For hele 2018 er det budsjettert 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-resepter).

For perioden januar til og med september er det rapportert 178 725 ISF-poeng for Oslo universitetssykehus HF, mens det er budsjettert med 180 491. Dette gir et negativt avvik på nærmere 1 800 ISF-poeng, tilsvarende 1,0 prosent. Dette innebærer at det akkumulerte negative aktivitetsavviket er økt betydelig fra august til september som følge av lav aktivitet sammenlignet med periodisert budsjett i mange av klinikkene i september. Foreløpig vurdering er at dette knyttes til en kombinasjon av tilfeldige variasjoner og en noe optimistisk periodisering av budsjettet for denne måneden. Antall ISF-poeng påvirkes både av negativ gruppereffekt, forsinket effekt av tiltak, periodisering av budsjettet, endret pasientsammensetning på enkelte områder og økning i antall ISF-poeng for legemidler som gis utenfor sykehus (H-resepter).

Sammenlignet med samme periode i 2017 viser tallene at aktiviteten innenfor somatikken er om lag uendret samlet sett. 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 operasjonsstuene enkelte steder. For perioden januar – august 2018 er det en reduksjon i antall DRG-poeng knyttet til endringer i tracheostomier og organtransplantasjoner på mer enn 1 600 DRG-poeng. Dersom dette fortsetter ut året tilsvarer dette et inntektsbortfall på over 60 millioner kroner sammenlignet med budsjettforutsetningene.

Det har vært en stor økning i 2018 i antall pasienter som gjennomgår trombektomi behandling (fjerning av blodpropp i hjernens blodtilførende kar ved akutt slag).

Samfunnsøkonomisk gir behandlingen store kostnadsbesparelser, blant annet i form av færre uføre sykehjemstrengende pasienter. For sykehuset er det imidlertid ressurskrevende og påvirker i mange tilfeller mulighetene for gjennomføring av planlagte operasjoner. Hastegraden for disse pasientene gjør at anestesipersonell mv ofte må omdisponeres.

Klinikkene med størst negativt aktivitetsavvik etter september er Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi (-4,8 prosent), Klinikk for kirurgi, innflammasjonsmedisin og transplantasjon (-3,0 prosent), Nevroklinikken (-2,7 prosent) og Hjerte-, lunge- og karklinikken (-2,7 prosent).

Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi har manglende effekt av tiltak for å øke aktiviteten, herunder særlig redusert aktivitet på en operasjonsstue som følge av mangel på operasjonssykepleiere. Det er videre utført færre oppgraderinger av cochlea-implantater, og operasjonsstuene har ikke vært utnyttet så godt som forutsatt. I klinikk for kirurgi, innflammasjonsmedisin og transplantasjon skyldes avviket at det er gjennomført færre operasjoner, økt strykningsprosent og færre organtransplantasjoner. Nevroklinikken har hatt lavere aktivitet enn budsjettet innenfor Nevrokirurgisk avdeling, i stor grad som følge av begrenset intermediærkapasitet, samtidskonflikter ift trombektomi i tillegg til at det har vært vanskelig å legge aktivitet fra Raskere tilbake inn i ordinær drift slik det var forutsatt i budsjettet. Klinikken har i tillegg reduksjon i utførte tracheostomier.

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

Innenfor voksenpsykiatrien er det hittil i år er det skrevet ut 1 664 pasienter, en reduksjon på 4,6 prosent sammenlignet med tilsvarende periode i fjor og 4,6 prosent (80 pasienter) færre enn budsjettet.

Antall liggedøgn hittil i år er 1,3 prosent (716) lavere enn budsjettet, og redusert med 1,3 prosent (674) fra samme periode i 2017. Enkelte enheter i klinikken har krevende pasienter med behov for langvarig skjermingsopplegg, svært dårlig psykisk tilstand og høy pleiekategorisering. Enkelte pasienter trenger tettere oppfølging av personell. Kompliserte pasientforløp krever tett samarbeid og oppfølging mot bydel og kommune for at de skal klare å overta pasientgruppen.

Antall polikliniske konsultasjoner hittil i år er 2,1 prosent (1.430) færre polikliniske konsultasjoner enn budsjettet. Det utgjør en reduksjon på 1,8 prosent (12.018) polikliniske konsultasjoner ved sammenligning med tilsvarende periode i fjor. Hovedårsakene er fravær, satsing på omfattende opplæring i ny behandlingsmetode og utvikle samarbeid med bydelene.

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

Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er det hittil i år skrevet ut 23,2 prosent (28) flere pasienter enn budsjettet. Dette er 20 prosent (25) flere enn i samme periode i 2017. Antall liggedøgn er så langt i år 35,3 prosent (2 065) høyere enn budsjettet og 38,0 prosent (2 182) flere enn i samme periode i 2017. Det er i hovedsak Front Ungdom hjemmesykehus, etablert fra 1. september 2017, som generer økt aktivitet på dette området og denne aktiviteten var ikke tilstrekkelig hensyntatt i budsjettet. Det er mange søknader til døgnhetene og det arbeides med å bedre pasientflyten, blant annet gjennom god planlegging av utskrivelsene.

Antall polikliniske konsultasjoner hittil i år er 4,0 prosent (1 286) høyere enn plantall og økt med 3,8 prosent (1 229) fra samme periode i 2018. Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er det over tid arbeidet med flere tiltak for å effektivisere driften og sørge for behandling i forventet omfang på årsbasis. Innsatsteamet fra Helse Sør-Øst bistår med rutiner for å redusere antall ikke møtt.

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

Innenfor TSB er det hittil i år skrevet ut 5,4 prosent (96) færre pasienter enn plantall. Antall liggedøgn hittil i år er 1,6 prosent (297) høyere enn plantall. Det gjennomføres et prosjekt «Mens vi venter» med formål å identifisere årsaker til at pasienter ikke møter til behandling, samt forhindre drop-out. Kontinuerlig arbeid fra forløpskoordinator, herunder fremskynding av inntak og avklaring av inntak skal sørge for god aktivitet.

Antall polikliniske konsultasjoner hittil i år er 4,8 prosent (839) høyere enn budsjettet. Sammenlignet med samme periode i 2017 er det en økning på 6,3 prosent (1 089) i antall polikliniske konsultasjoner.

#### **5.5. «Raskere tilbake» implementert i ordinær drift 2018**

Helseforetakene skal sørge for en planmessig omlegging og integrering av «raskere tilbake» ordningen i det ordinære pasienttilbud. Ordningen har vist seg å ha god effekt og har bidratt til samtidighet i behandling og arbeidsrettet bistand<sup>5</sup>.

Klinikker som har hatt «Raskere tilbake»-ordningen i sin klinikk ble i ledelsens gjennomgang fulgt opp på status for omleggingen og integrering av «Raskere tilbake» ordningen i klinikken.

Ved Klinikk for psykisk helse og avhengighet er Raskere tilbake avsluttet som prosjekt ved Nydalen DPS og det er tilført rammefinansiering basert på rapportert aktivitet i 2017. Tilbudet er organisert som en kveldspoliklinikk og har åpent én ettermiddag per uke. Aktiviteten så langt i år er ca. 26 prosent over måltall.

Nevroklinikken har integrert aktiviteten og overført de ansatte til ordinær klinisk drift til dels med ekstraordinær aktivitet.

Kreftklinikkenes virksomhet er i løpet av høsten samlokalisert i Kreft-rehabiliteringssenteret på Aker.

#### **5.6. Uønskede hendelser og avvikshåndtering**

Det har blitt registrert 8 914 uønskede hendelser og forbedringsforslag ved sykehuset i første tertial 2018. Dette er en økning på 10 prosent fra samme periode i fjor, som følge av fortsatt arbeid med bevisstgjøring om meldekultur og innføring av visualiseringsmetoden «Det grønne korset». Antall dokumenterte tiltak er 3 619, en økning på 4,9 prosent fra samme periode i 2017<sup>6</sup>.

---

5 Ref. anbefaling til Helse og omsorgsdepartementet fra RHFene 28.04.17 og dialog mellom Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene

6 Se tabellvedlegg 2.7

### Uønskede pasienthendelser

Uønskede hendelser og risikoforhold som involverer pasienter er fordelt på følgende typer og alvorlighetsgrader. Det er små variasjoner i fordelingen mellom sakstyper og alvorlighetsgrad. 2 prosent av hendelsene har konsekvens betydelig skade / død, og 54 prosent har ingen konsekvens<sup>7</sup>.

### Vurdering av dødsfall

Sykehuset har siden 2015 gjennomført gjennomgang av flere dødsfall i sykehuset, helt uavhengig av om det har skjedd noen uønsket hendelse. Målet er å se etter forbedringsmuligheter i behandling og pleie ved å gjennomgå dødsfall etter fastlagt metodikk. Per i dag er 159 ferdig vurdert hittil i 2018, målet er 350 for 2018. Alle klinikker er i gang med arbeidet og flere avdelinger er oppfordret til å opprette flere team av lege/sykepleier som vurderer dødsfall. Dødsfall som er gjennomgått og med konklusjon at det kan være noe å lære av dem, behandles i klinikkens Pasientsikkerhetsråd.

### **5.7. Varsel til Statens helsetilsyn etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a**

I perioden er det sendt 28 varsler til Statens helsetilsyn fra Oslo universitetssykehus HF etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a<sup>8</sup>. Varslene har foreløpig medført tilsynsmessig oppfølging i 16 av sakene<sup>9</sup>.

### **5.8. Meldinger til Helsedirektoratet § 3-3**

Oslo universitetssykehus HF sender meldepliktige hendelser iht. Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 som registreres i Achilles til Meldeordningen i Helsedirektoratet<sup>10</sup>. Dette omfatter pasienthendelser som etter medarbeidernes initiale vurdering er meldepliktige. Antall meldinger er på samme nivå som for tilsvarende periode i fjor<sup>11</sup>.

### **5.9. Klage og tilsynssaker om forsvarlighet i pasientbehandlingen**

Dataene viser liten endring fra tidligere i år og er på samme nivå som tilsvarende periode i fjor.

### Fylkesmannens konklusjoner i tilsynssaker som er avsluttet i perioden<sup>12</sup>

Sykehuset har i 2. tertial 2018 mottatt 32 avsluttede tilsynssaker fra Fylkesmannen i Oslo og Akershus eller Statens helsetilsyn, hvorav 16 med brudd lov eller forskrift. 14 gjelder brudd på forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven. Sakene er hovedsakelig fra 2017.

### **5.10. Brukerundersøkelsen**

Det er i 2. tertial sendt 112 160 SMS til pasienter med invitasjon til å gi sykehuset tilbakemelding. Invitasjon ble sendt til utskrevne pasienter fra sengeposter og til pasienter som hadde besøkt poliklinikk. Dette har gitt 30 088 svar, som tilsvarer en

---

7 Se tabellvedlegg 2.7

8 Se tabellvedlegg 2.7

9 Se tabellvedlegg 2.7

10 Tidligere Kunnskapssenteret

11 Se tabellvedlegg 2.7

12 Se tabellvedlegg 2.7

svarprosent på 27 prosent. Av de som svarte skrev 24 prosent en kommentar. Alle tilbakemeldingene inngår i rapporter til leder for de aktuelle enhetene.

Det er en gjennomgående svak positiv utvikling på brukerundersøkelsen.

## **6. Samhandling**

### **6.1. Brukermedvirkning**

Sykehuset arbeider med å sikre pasienten som likeverdig part i pasientbehandling. Det innebærer å sørge for pasientenes rett til å delta i beslutninger som berører egen helse og behandling. Dette skal særlig gjøres gjennom opplæring av helsepersonell i samvalg og implementering av samvalgsverktøy fra Helsenorge.no.

Brukerundersøkelsen som sendes til sykehusets pasienter etter avsluttet opphold gir en indikasjon på at det fortsatt er rom for å forbedre tilretteleggingen for medvirkning. I samarbeid med Helse Sør-Øst arbeides det nå for å utvikle flere samvalgsverktøy, å gjøre samvalg som metode og kommunikasjonsform kjent i sykehuset og det er tema på flere av klinikkens ledermøter.

### **6.2. Brukerutvalget**

Brukerutvalget har i denne perioden arrangert konferansen «Helt sikker? Ikke uten pasienten!» i samarbeid med Helse Sør-Øst med temaet brukerinvolvering som forutsetning for pasientsikkerhet. Videre var brukerutvalget engasjert i arbeidet med utviklingsplan 2035 og utviklingen av fremtidig sykehusstilbud i Oslo for å skape enda bedre helsetjenester for befolkningen. Brukerutvalget er også involvert i konseptfasen ved representasjon i samhandlingsgruppen og i de fleste fokusgruppene. Leder av Brukerutvalget deltok på høring i Helse- og sosialkomiteens møte vedrørende Helse Sør-Østs planer for den fremtidige sykehusstrukturen for Osloregionen.

Brukerutvalget er positive til at sykehuset denne høsten har satt i gang prosjektet Digitale pasienttjenester – elektroniske forløp for og med personer som lever med HIV.

### **6.3. Ungdomsrådet**

I forbindelse med tema ungdomshelse hadde ungdomsrådet et innslag på God morgen Norge på TV2, har bidratt med seks innlegg på Ekspertsykehuset – Oslo universitetssykehus sin blogg - og holdt innlegg på innspillmøte for nasjonal helse- og sykehusplan. Ungdomsrådet har også bidratt på kurs for ungdom med skoliose, på seminar for fysioterapeutledere i spesialisthelsetjenesten, gitt innspill til pasientinformasjon om pakkeforløp for barn og unge i psykisk helsevern og til Helsedirektoratets utredning av pasientforløp og ventetider.

Ungdomsrådet har deltatt på dialogmøte om regional utviklingsplan, på møte med pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus, på møte med brukerutvalget i Sykehusapotekene og har bidratt i oppstarten av nytt ungdomsråd på sykehuset i Vestfold. Det har vært et mål for ungdomsrådet å knytte tettere bånd med Barne- og ungdomsklinikken. Ungdomsrådet har nå en plass i brukerrådet i barne- og ungdomsklinikken og deltar i arbeidet med overordnet strategi for barn- og unge på sykehuset.



#### **6.4. Elektronisk samhandling**

Sykehuset har kommet et steg videre mot mindre papirmottagelser og utsendinger ved økt bruk av digitale løsninger.

#### **6.5. Reseptformidleren**

E-resept inngår i en nasjonal satsing på elektronisk samhandling i helsetjenesten, gir tryggere legemiddelbruk, enklere rutiner og er et av verktøyene i pasientsikkerhetsprogrammet innen innsatsområde «Legemiddelavstemning».

Alle klinikker har fokus på pasientenes legemiddelbruk og mange har rutiner for informasjon og opplæring av reseptformidleren. Særlig Barne- og ungdomsklinikken og Medisinsk klinikk har meget gode rutiner for å kvalitetssikre e-resepter i reseptformidleren. Opplæring blir gitt til nyansatte leger og informasjon blir gitt på ledermøter, morgenmøter og avdelingsledermøtet. Flere av klinikkene ser imidlertid behovet for å kvalitetssikre arbeidet videre med tanke på både informasjon og undervisning.

Viktige tilbakemeldinger:

- Ikke brukervennlig da programmet låser seg
- Opplæringen bør inngå i standardopplæring i kliniske systemer da dette området ikke er klinikkspesifikt
- Mange kirurgiske områder hvor man ikke føler nok kompetanse til å redigere medisinalisten
- Viktig av at samtykke innhentes for innsyn i reseptformidleren ift særskilte legemidler

#### **6.6. Koordinator funksjon er etablert for særskilt utsatte grupper**

Helsedirektoratet utreder denne høsten implementeringen av kontaktlegefunksjonen i helseforetakene. En utfordring er at det pr. dato ikke er mulig å ta ut samleoversikter fra det pasientadministrative systemet.

#### **6.7. Likeverdige helsetjenester for pasienter og pårørende**

Med utgangspunkt i sykehuset visjon og strategi er klinikken fulgt opp på implementering av;

- Bruk av tolketjenester
- Bruk av samtalepartner ved ulike tro- og livssynsbakgrunn
- Oversettelse av pasientinformasjon til ulike språk
- Ansattes kompetanse i flerkulturelt helsearbeid

Klinikkene bruker i all hovedsak tolk ved behov. Dette bekreftes ved økt etterspørsel fra tolketjenesten.

Samtalepartnere brukes i noen grad. Enkelte klinikker har startet arbeidet med å oversette pasientinformasjon til ulike språk og ansatte har tatt videreutdanning i «Flerkulturelt helsearbeid» og er del av kulturveiledernetverket på sykehuset.

### **6.8. Samarbeid med Oslo kommune**

Sykehuset har i lang tid arbeidet med å utvikle modeller for utskrivelser av sårbare pasientgrupper gjennom lokale samarbeidsavtaler.

#### «Vel-hjem»

«Vel-hjem» er betegnelsen og eksempel på et slikt samarbeid om et helhetlig pasientforløp for hjemmeboende eldre multisyke pasienter. «Vel-hjem» har fått tilslutning i Direktørmøtet og Samarbeidsutvalget. Samhandlingsmodellen består av 10 tiltak som er diagnoseuavhengige og som skal sikre helhetlige, koordinerte tjenester. Tiltakene er sikret i prosedyrer og samarbeidsavtaler.

Tiltakene skal gjennomføres og ivaretas av tverrfaglige team på tvers av forvaltningsnivåene, og skal sikre at pasienten og pårørende opplever seg ivarettatt som medvirkende part. Perspektivet «Hva er viktig for deg» er sentralt i modellen.

#### Møteplass Oslo

Møteplass Oslo (etablert mars 2017) er en arena for utvikling av samarbeid mellom leger i primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste i hovedstadsområdet og er forankret i overordnet samarbeidsorgan<sup>13</sup>. Arbeidet har inspirert flere sykehusområder i Helse Sør Øst og landet for øvrig til å etablere liknende møteplasser.

I 2018 har det vært fire store temamøter med 40-75 deltakere på Møteplass Oslo, med innlegg fra sykehus, fastleger/andre berørte samarbeidsparter og brukere.

### **6.9. Aktuelle samhandlingsprosjekter**

Prosjektet «Å ta somatisk helse hos psykiatriske pasienter på alvor» er et viktig samarbeidsprosjekt som tydelig adresserer utfordringene ved at somatisk helse hos psykiatriske pasienter er dramatisk dårligere enn i normalbefolkningen. Dette skal realiseres gjennom samarbeid mellom bydeler og DPS. Kunnskap utviklet i prosjektet forventes å komme til nytte ved innføring av pakkeforløpene for psykisk helse og rus.

«Prehabilitering» har som formålet å forbedre pasientens helsesituasjon fra pasienten har fått diagnosen abdominal kreft og frem til operasjon, anslagsvis 3-4 uker, samt videre 5 uker etter operasjon. I evalueringen av prosjektet vil man kartlegge hvilken betydning denne innsatsen har gitt av resultater for forbedret helse og kortere liggetid på sykehuset.

Prosjektet «Barneansvarlig i Oslos bydeler 2018 – 2019» skal undersøke hvordan informasjonsoverføringen vedrørende barn som pårørende kan sikres på best mulig måte fra sykehuset til kommunen. Ved siden av å få oversikt over tilbud som finnes til barn som pårørende (BSP), og bedre kjennskap til hverandres tjenester på tvers, er et elektronisk samhandlingsskjema fra sykehuset til helsesøster og fastlege med opplysninger klar for testing i oktober/november. Prosjektet er totalt tildelt 2,1 millioner kroner og har varighet ut 2019.

---

13 Samarbeidsutvalget for hovedstadsområdet

### **6.10. Barn som pårørende og ungdomshelsearbeidet ved sykehuset**

Alt helsepersonell har plikt til å ivareta barn og unge som pårørende og etterlatte. Oppnevningen av barneansvarlige er en lovpålagt oppgave i spesialisthelsetjenesten og sykehuset har nå ca. 220 barneansvarlige som er koordinert gjennom Råd for barn som pårørende.

Rådet har i perioden arbeidet videre med revidering og implementering av overordnet retningslinje og dokumentasjon i DIPS. Rådet har deltatt i en regional arbeidsgruppe ledet av Sykehuset Sørlandet HF og nasjonal kompetansetjeneste Barns Beste. Hensikten har vært å forbedre kartleggingsskjemaene for barn som pårørende (BSP) i DIPS.

Råd for barn som pårørende arrangerer to fagdager i året for barneansvarlige på sykehuset, ved siden av å tilby veiledning individuelt og i grupper.

### **6.11. Barnevernansvarlig i psykisk helsevern**

De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å etablere funksjonen barnevernansvarlig i psykisk helsevern for barn og unge. Helsedirektoratet har i samarbeid med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet utarbeidet en beskrivelse og rutiner for funksjonen.

Formålet med ordningen er å sikre et mer systematisk samarbeid mellom psykisk helsevern for barn og unge og barneverninstitusjonene, for å bidra til at barn og unge ved institusjonene får nødvendig psykisk helsehjelp.

Arbeidsgruppa for samarbeidet er etablert og har sendt invitasjon til oppstartsmøte.

### **6.12. Strategi for ivaretagelse av barn og ungdom**

Sykehuset har etablert en klinikkovergripende arbeidsgruppe som har i mandat å utforme:

1. Overordnet strategi for ivaretagelse av barn i Oslo universitetssykehus HF
2. Retningslinje for å ivareta barn og unge til voksenavdeling

## **7. Økonomi**

### **7.1. Budsjettert overskudd i 2018**

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

### **7.2. 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.

### **7.3. Rapportert resultat**

Det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF viser etter september 2018 et regnskapsmessig overskudd på 81,6 millioner kroner, mot et budsjettert overskudd på 131,2 millioner kroner. Dette gir et negativt avvik hittil i år på 49,6 millioner kroner.

Etter august rapporterte Oslo universitetssykehus HF et negativt budsjettavvik på 36 millioner kroner. Dette innebærer at resultatet for september er nærmere 14 millioner kroner svakere enn budsjettert. Hovedårsaken til det negative budsjettavviket i september er lavere aktivitet enn budsjettert innenfor somatikken. Det har vært lav aktivitet (målt i DRG-poeng) i de fleste somatiske klinikkene, jf omtale i avsnitt 5.1. Lavere aktivitet enn budsjettert har også medført lavere varekostnader enn budsjettert. Klinikken har imidlertid høyere kostnader til lønn enn budsjettert i september. Dette knyttes delvis til lønnskostnader fra sommerferieavviklingen som ikke i tilstrekkelig grad var belastet i klinikkregnskapene til og med august, men som var ivare tatt på sykehusnivå i august-regnskapet.

Digitale sykemeldinger er ennå ikke godkjent tatt i bruk av Oslo universitetssykehus HF. Dette innebærer manuelle rutiner og et mangelfullt grunnlag for å vurdere omfang av opptjente sykelønnsrefusjoner. Ved utgangen av september er det gjort en vurdering av omfang av opptjente, men ikke bokførte sykelønnsrefusjoner. Basert på vurdering av sykefravær og bokførte sykelønnsrefusjoner er det bokført et forsiktig estimat på utestående lønnsrefusjoner noe som isolert sett svekker det økonomiske resultatet. Det knytter seg imidlertid usikkerhet til dette. Det arbeides for å få godkjent digitale sykemeldinger også i Oslo universitetssykehus HF.

Det ble innført nytt finansieringssystem innenfor laboratorieområdet fra 1. januar 2018. Helseforetaket har for 2018 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. For øvrige fag forventes ingen kompensasjon fra eier. Det knytter seg fortsatt usikkerhet til det samlede nivået for laboratorieinntekter i 2018. Nasjonalt var det en forutsetning at systemomleggingen skulle være budsjettneutrytral. Dersom forutsetningen om budsjettneutrytalt ikke blir oppfylt, har departementet sakt at det vil være aktuelt å justere refusjonene løpende gjennom året.

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 september		Kommentarer til avvik justert for avvik ØM og pensjon
		Rapportert avvik	Justert avvik	
Basisramme	11 889	103	-	-
Aktivitetsbaserte inntekter	8 447	-54	-66	Avvik skyldes i hovedsak lavere aktivitet enn budsjettet innenfor somatikken, inkludert lavere gjestepasientinntekter i regionen.
Andre inntekter	2 715	18	13	Refusjon Metavision, polikliniske inntekter, viderefakturering mv
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>23 051</b>	<b>-136</b>	<b>-53</b>	
Lønn- og innleiekostnader	15 829	-9	-115	Flere årsverk enn budsjettet. Økt avvik i september knyttet til lave lønnsrefusjoner og høye utbetalinger for sommeren.
Kjøp av helsejenester	492	-9	5	Om lag som budsjettet.
Varekostnader mv	2 623	-44	54	Mindrekostnader i flere klinikker (PHA, MED, HHA, KRE). Høyere kostnader særlig i BAR, HLK og KLM. Reserve SPO bidrar positivt.
Andre driftskostnader	3 966	43	60	Mindrekostnader innenfor IKT og stab mv. Positivt avvik for nedskrivninger.
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>22 909</b>	<b>87</b>	<b>4</b>	
Driftsresultat	142	-49	-49	
Netto finans	33	0	-0	Negativt avvik for datterselskapene og lavere rentekostnader enn budsjettet.
<b>Resultat OUS</b>	<b>175</b>	<b>-50</b>	<b>-50</b>	

Mer detaljerte kommentarer på øbak-linje nivå fremgår av egen tabell i vedlegget<sup>14</sup>.

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

Klinikkene har 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 – september er det rapportert en effekt av gjennomførte tiltak på 159 millioner kroner. Ut fra planlagt gjennomføring av tiltakene tilsvarer dette en gjennomføringsgrad på 67 prosent. Dette er uendret fra forrige rapportering.

På årsbasis forventes en gjennomføringsgrad på 74 prosent. Forventet gjennomføringsgrad er dermed noe redusert sammenlignet med klinikkens prognoser etter august. Det er store variasjoner i gjennomføringsgrad mellom klinikkene. Noen har rapportert at tiltakene er gjennomført med forventet effekt mens andre har relativt lav gjennomføringsgrad. Etablering av klinikkvise forbedringsprogrammer skal være et virkemiddel både for å sikre større gjennomføringsgrad og større omfang av tiltak.

#### 7.5. Vurdering av økonomisk risiko for budsjettåret 2018

Gjennomføring av driften hittil i 2018 viser at det på flere områder er relativt store endringer fra de aktivitetsforutsetningene lagt til grunn for planlegging av budsjett 2018. Dette gjelder blant annet følgende områder:

- Negativ groupereffekt i DRG-systemet, dvs. lavere betaling for aktivitet utført på sykehuset enn forutsatt ved planleggingen av budsjett 2018
- Reduksjon i antall organtransplantasjoner
- Reduksjon i antall tracheostomier
- Mindre vekst i døgnbehandling innenfor kreftklinikken enn forutsatt
- Stor vekst i invasiv hjertekirurgi (intervensjoner)

Videre ligger mange av klinikkene etter i gjennomføringen av tiltak.

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

Samlet vurdering på dette tidspunkt tilsier at det nå er en noe økt resultatrisko knyttet til foretakets økonomiske resultat for 2018 sammenliknet med vurderingen etter august. Dette skyldes effekten av den lave aktiviteten siste måned og en usikkerhet om dette vil vedvare. Av regjeringens forslag til statsbudsjett for 2019 Prop. 1S (2018-2019) fremkommer imidlertid at enhetsprisen for hvert DRG-poeng innenfor somatikken er foreslått justert opp med 0,8 prosent i 2019 som følge av for lav pris i 2018. Erfaringsmessig blir dette også kompensert inneværende år, forutsatt at denne delen av budsjettforslaget blir godkjent. For Oslo universitetssykehus HF innebærer en økning i enhetsprisen på 0,8 prosent mer enn 50 millioner kroner i resultateffekt for 2018. Dersom en slik økning blir besluttet og en inkluderer 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.

## 7.6. 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	360	-37	554
Bygg	279	-247	491
Annet	22	-1	58
Sum investeringer i bygg og utstyr	661	-285	1 103
Egenkapital pensjon	56	37	56
IKT	20	-27	41
SUM	737	-275	1 200

I tabellvedlegget<sup>15</sup> vises mer detaljert informasjon om planlagt gjennomføring og prognose for 2018, for både investeringer og finansiering.

Ved utgangen av september var regnskapsførte investeringer, eksklusive egenkapital til pensjonskasser og IKT, 661 millioner kroner. Dette er 285 millioner kroner lavere enn planlagt, hvorav anskaffelser av medisinskteknisk utstyr utgjorde 37 millioner kroner og investeringer i bygg 247 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 regnskapet.

Årsestimatet for investeringer, eksklusive egenkapital til pensjonskasser og IKT, er redusert med 207 millioner kroner. I styresak 17/2018 ga styret administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler for 120 millioner kroner av investeringsrammen for 2019. Estimaten for 2018 inkluderer investeringer for å erstatte sammenbrudd finansiert av investeringsrammen for 2019 med 25 millioner kroner til medisinskteknisk utstyr og 5 millioner kroner til bygg. Om lag 200 millioner kroner av det reduserte årsestimatet gjelder lukking av tilsynsavvik og oppgraderinger, som finansieres med 70 prosent lån fra Helse Sør-Øst RHF.

#### **7.7. 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 september var benyttet driftskreditt om lag 430 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 240 millioner kroner i forhold til budsjett. Hovedårsaken er redusert estimat for pensjonspremie og lavere investeringer på årsbasis. Hoveddelen av de investeringene som ikke blir gjennomført som planlagt i 2018 er imidlertid forutsatt finansiert med nye lån fra Helse Sør-Øst RHF og nye finansielle leieavtaler. Den forsinkede gjennomføringen påvirker dermed likviditetssituasjonen i mindre grad.

#### **7.8. Overordnet styring og resultatutvikling for Oslo universitetssykehus HF**

Det vises til styrets vedtak og diskusjon på styremøtet 27. september. I vedtaket og i diskusjonen ble det reist spørsmål ved de store underskuddene i mange av klinikkene og konsekvensene av disse. Nedenfor gis en omtale av den interne økonomiske styringsmodellen og en vurdering av denne.

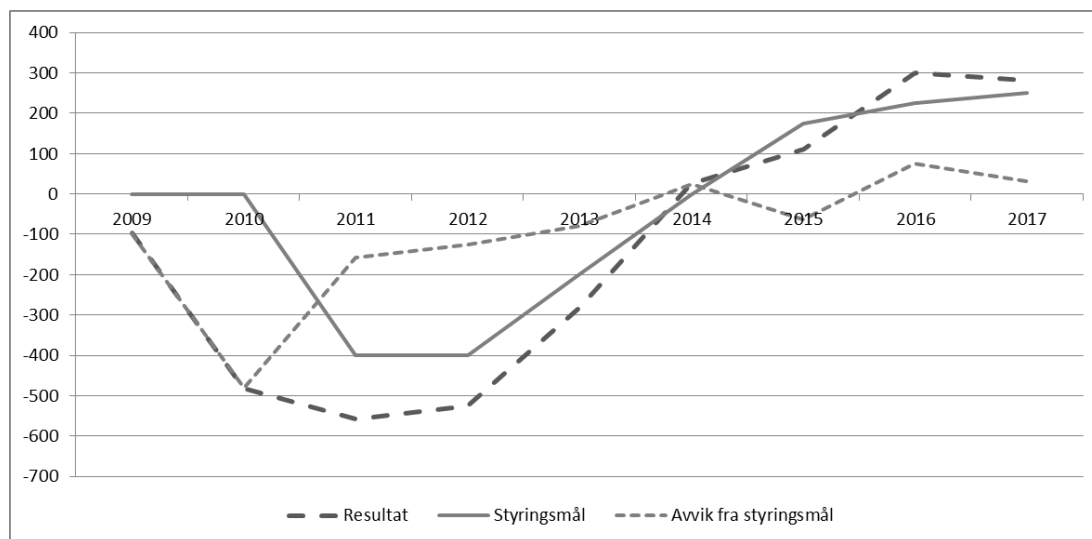
Overordnet er styringsmålet for Oslo universitetssykehus HF å gjennomføre de lovpålagte oppgavene slik de er beskrevet i oppdrag og bestilling, retningslinjer, lover og forskrifter mv innenfor tildelt budsjett.

Sykehuset har ikke et økonomisk formål og har dermed ikke som overordnet mål å gå med overskudd over tid. I de senere årene har styret vedtatt et budsjett med et positivt økonomisk resultat i samsvar med retningslinjer fra Helse Sør-Øst RHF.

Styringsmodellen i Helse Sør-Øst er at foretakene kan disponere positive resultater til investeringer (med unntak for de årene hvor særlige store positive resultater skyldes store endringer i pensjonsforpliktelsene). Det innebærer også at et bedre resultat enn budsjettet gir et større bidrag til investeringer enn planlagt og tilsvarende med et dårligere resultat enn budsjettet. Det er først når sykehusene får negative økonomiske resultater eller kommer i en situasjon hvor forsvarlig drift krever mer investeringer enn resultatene tillater at foretaket må bruke regional likviditet. Et svakere økonomisk resultat enn budsjettet medfører altså at foretaket bruker mer på drift og mindre på investeringer enn planlagt, men er ved mindre budsjettavvik likevel ikke en belastning for andre foretak i helseregionen.

Eiendomssalg bidrar isolert sett med en positiv resultateffekt når salgsværdien overstiger bokført verdi. Uansett bokført verdi representerer et salg, dvs. en avhending av realverdier som sykehuset ikke har bruk for, isolert sett likviditet tilsvarende salgsværdien som kan benyttes til investeringer i realverdier som sykehuset har bruk for.

Figuren nedenfor viser utviklingen i økonomisk resultat og avvik fra budsjett for årene etter etableringen av Oslo universitetssykehus HF i 2009. Figuren viser at foretaket de senere årene har budsjettet og realisert positive resultater fra driften etter flere år med negative resultater og også negative resultatavvik. For enkelte år har eiendomssalg bidratt til de positive resultatene og for enkelte år vært avgjørende for at resultatet har blitt bedre enn budsjett.



*Merknad: I 2010 og i 2014 påvirkes både resultat og styringsmål av større endringer i Pensjonskostnadene. Styringsmål og resultat for disse årene er derfor korrigert for dette i figuren ovenfor.*

Klinikkene tildeles hvert år oppgaver og et tilhørende budsjett – inntektskrav og utgiftsramme – med utgangspunkt i budsjettet vedtatt av styret. Styringsmodellen i helseforetaket er at det meste av inntektskravet og utgiftsrammen skal «eies» nede i



organisasjonen, dvs der det kan tas beslutninger om påvirker den økonomiske måloppnåelsen. Sykehuset praktiserer balansert målstyring hvor resultatoppnåelse på økonomi er et av målene klinikkene skal realisere. Faktisk og prognostisert budsjettavvik er automatisk et krav om nye tiltak for å redusere avviket, men ikke et absolutt krav om et nullresultat ved årets utgang. Bakgrunnen for dette er flere:

- Det er ved årets inngang ofte betydelig usikkerhet for hva som kreves av økonomiske rammer for å gjennomføre klinikkens oppdrag, blant annet fordi det er usikkerhet knyttet til inngangsfarten.
- Erfaringene viser at det ofte er særlig stor usikkerhet knyttet til inntektssiden, blant annet som følge av systemendringer.
- Den medisinske gjennomføringen av virksomheten i budsjettåret kan avvike betydelig fra det som er planlagt som følge av forhold som er utenfor sykehusets kontroll. Store deler av sykehusets kostnader er bundet opp i beredskap.
- Budsjett-tildelingen på klinikknivå har i noen grad karakter av såkalt rettferdighet, dvs. ikke å ettergi et for stort forbruk tidligere år. Svakheter ved dette er at det reelle kostnadsnivået enkelte steder kan undervurderes og at klinikker går inn i budsjettåret uten reell mulighet til å tilpasse driften til tildelt ramme på en balansert måte i forhold til de kravene som er satt om pasientbehandlingen.
- Sykehuset har budsjettert med en sentral økonomisk reserve, dvs. budsjettert en anvendelse av midler som i utgangspunktet ikke skal benyttes. Det har i praksis representert en buffer i forhold til klinikkbudsjettene og muliggjort resultater på sykehusnivå som er bedre enn klinikknivået og i samsvar med sykehusets budsjett.

Blant annet fører inntektskravet også til at det er store variasjoner i de månedlige resultater opp på klinikknivå og av og til også på sykehusnivå. Som et hjelpemiddel i den økonomiske styringen har det blitt utarbeidet prognoser for økonomisk resultat, de siste årene etter et fast mønster månedlig. Styringsmodellen er fortsatt at en negativ prognose isolert sett er et krav om ytterligere økonomiske tiltak. De klinikkvise prognosene har vært interne styringsverktøy og hjelpemidler i å vurdere overordnet resultatoppnåelse.

Det er risiko ved den styringsmodellen som har vært praktisert. Det har ved ulike anledninger vært diskutert å gjøre det annerledes, herunder i arbeidet med budsjett 2019. Momenter som har vært vurdert er:

- Løfte mer av inntektssiden opp i systemet. En drastisk omlegging vil være å løfte DRG-kravet ut av klinikkens budsjetter. Ulempen ved å løfte inntektskravet er at insentivene til å følge opp inntektssiden svekkes. For 2019 vurderes om enkelte inntektskrav bør legges sentralt for å unngå støy i styringen (nyfødt intensiv), samtidig er det et ønske å flytte enkelte inntektskrav ut (H-resept). Det er videre presisert at DRG-kravet som hovedregel skal legges på avdelingsnivå.
- Sterkere detaljstyring av kostnadssiden. Ulempene er at ledelsen på for høyt nivå løpende blir forelagt beslutninger de ikke har forutsetninger for å håndtere. I budsjettpremissene for 2019 er det imidlertid presisert at alle

beslutninger som innebærer økte kapasitet skal foretas på nivå 1 i organisasjonen.

- Øke risikoen på fellesposter mot å øke rammene for klinikkene, dvs å redusere den sentrale bufferen. Erfaringene i ettertid fra de siste årene er nok at for mye resultatrisiko har ligget på klinikknivå og for lite på fellesposter. Dette vil bli vurdert på nytt for budsjett 2019.
- Endre prinsipper for rammetildeling. Her har det vært endringer de siste årene ved at en i større grad har gått bort fra historiske rammer og i større grad har tatt utgangspunkt i inngående nivå på inntekter og kostnader.

## 8. Bemanning og sykefravær

### 8.1. Bemanningsutvikling<sup>16</sup>

Gjennomsnittlig brutto månedsverk hittil i år (januar til og med oktober) er 19.084. Dette viser en økning på 228 brutto månedsverk (1,2 prosent) sammenlignet med tilsvarende periode i 2017.

Internt finansierte månedsverk er hittil i år 1 prosent høyere enn budsjettet, og viser en økning på 236 sammenlignet med samme periode i 2017.

Antall eksternt finansierte månedsverk hittil i år er 1.499. Dette er 42 færre enn budsjettet og gir en nedgang på 0,5 prosent sammenlignet med tilsvarende periode i 2017.

I de klinikkvise forbedringsprogrammene er det planlagt tiltak for å oppnå en mer effektiv bemanning og ressursbruk. Tiltakene skal bidra til å løse klinikkens økonomiske utfordring på kort og lang sikt.

For å redusere bemanningskostnadene arbeides det blant annet med følgende tiltak:

- Redusere bruk av eksternt innleie
- Gjennomgang av bemanningsplanleggingen for å sikre riktig bruk av ressurser
- Etablere kortere overlapp eller opplæringsperiode ved ansettelser

### 8.2. Nærmere om bemanningsutvikling i Oslo universitetssykehus

Det vises til styrets vedtak og diskusjon på styremøtet 27. september. I vedtaket og i diskusjonen ble det reist spørsmål ved utviklingen i bemanningen og sykehusets kontroll med denne. Nedenfor gis en nærmere omtale av beslutningssystemet når det gjelder fullmakt til å beslutte ansettelser mv samt utvidet omtale av bemanningsutviklingen de siste årene.

Klinikken forventes å ha kontroll på samlet ressursbruk. Planlagt bruk av personell skal fremkomme av klinikkens årlige bemanningsbudsjett. Der det ikke er samsvar mellom budsjettet og faktisk bemanning har klinikken et selvstendig ansvar for å gjøre nødvendige avklaringer slik at driften kan gjennomføres innenfor den tildelte økonomiske utgiftsrammen for budsjettet.

---

16 Se tabellvedlegg 4.1 – 4.2

For å få bedre kontroll på bemanningsutviklingen ble det i 2016 vedtatt at alle stillinger skal behandles i klinikkens stillingsutvalg før utlysning og ansettelse. I tillegg ble det etablert et system for sentral godkjenning av alle overlegestillinger, tildeling av nye legestillinger og omdisponering av legestillinger. Medisinsk direktør fikk beslutningsfullmakt på dette området. Alle nyopprettede stillinger for andre yrkesgrupper, eller omgjøringer av stillinger, skal besluttes av HR-direktør. Disse fullmaktene ble implementert i Oslo universitetssykehus sin «instruks for godkjenning av stillinger i stillingsutvalg – kontroll på bemanning i klinikkene» (eHåndbok id 59).

Som en del av budsjett 2018 ble klinikkene tildelt finansiering til kapasitetsøkninger på enkelte områder. I praksis innebærer dette godkjenning til økt bemanning på disse områdene. Dette omfattet blant annet:

- Nytt vaktlag for barnekreft
- Endring av hjemmevakt til tilstedevakt i Barne- og ungdomsklinikken
- Økt antall TAVI-behandlinger
- Oppbemanning på Sterilavdelingen, Kirurgisk avdeling for barn, AMD-klinikken
- Innarbeiding av ”Raskere tilbake” til ordinær finansiering (tidligere finansiert ved øremerkede midler)
- Flere regionale satsninger innfor psykisk helsevern
- Økt kapasitet innenfor patologi og radiologi
- Front-team for ungdom
- Medikamentfritt behandlingstilbud innenfor psykisk helsevern
- Opplæring Metavision mv
- Oppbemanning innenfor ambulansetjenesten

Sykehusledelsen har hatt en omfattende gjennomgang av bemanningsutviklingen etter at bemanningstallene for oktober forelå. Gjennomgangen viser at de satsningene som er nevnt ovenfor i stor grad er gjennomført og isolert sett har bidratt til økt antall brutto årsverk. I tillegg til nevnte områder har flere av klinikkene arbeidet med å konvertere bruk av innleie til faste stillinger.

Samlet sett vurderes årsverksutviklingen i 2018 til å være et resultat av:

- Klinikkene har gjennomført opptrapping på områder som er prioritert i budsjettet (både av Helse Sør-Øst RHF og av sykehuset) og hvor de har fått tildelt økt ramme for formålet.
- Klinikkene har i for liten grad lykkes med å finne fram til og å gjennomføre tiltak som reduserer årsverk/lønnskostnadene på andre områder (dvs. områder som ikke er særskilt prioritert). Som følge av dette er bemanningen blitt for høy og mange av klinikkene har betydelige økonomiske avvik.
- Klinikkene har trolig et noe økt omfang av frikjøpte årsverk, hvor kostnadene har en motpart krone for krone på inntektssiden.
- Det er noe innslag av generell økning i årsverk. Noe av dette er variabel lønn og et resultat av driftssituasjon i klinikkene. Det er også grunn til å tro at høy

prosjektaktivitet har bidratt til et press oppover på ressursbruken i en del enheter.

Det ble i styremøtet 27. september reist spørsmål om sammenhengen mellom faktiske årsverk og budsjetterte årsverk også for årene før 2018. Vedlegg 2 om Bemanningsutvikling og budsjett 2015-2018 viser dette.

Ved vurdering av forskjellene mellom faktiske og budsjetterte årsverk i denne perioden er det viktig å være oppmerksom på at begrepet budsjetterte årsverk er lite presist for bemanningsplanlegging på enhetsnivå. Budsjetterte årsverk er i praksis en omregning på overordnet nivå av klinikkens lønnsbudsjett til årsverk med utgangspunkt i den stillingsstrukturen klinikken har. Erfaringsmessig har en ofte undervurdert omfanget av årsverk som følge av sykefravær og lønnet fravær, som for eksempel foreldrepermisjoner. Høyere lønnsrefusjoner enn budsjettert vil i stor grad dekke høyere lønnskostnader knyttet til fravær, men vil gi et vesentlig avvik mot årsverksbudsjettet.

Det er videre reist spørsmål om sammenhengen mellom brutto årsverk og netto årsverk. Brutto månedsverk omfatter all lønnsutbetaling. Alle ansatte som har mottatt lønn ligger inne i dette tallet. dvs faste ansatte, vikarer, engasjement, ansatte som har permisjon med lønn, utvidet arbeidstid, timelønn/merarbeid, overtid. Innleie er imidlertid ikke inkludert. Netto årsverk er brutto årsverk fratrukket fravær som sykefravær, svangerskapspermisjon, overlegepermisjon osv.

Årsverkstall for de første månedene i 2018 viste betydelig divergens i utviklingen mellom netto og brutto årsverk. Tallene kunne tyde på at årsverksveksten var svakere når den ble målt netto, dvs at økt lønnet fravær som til dels refunderes fra NAV sto for en betydelig del av økningen fra 2017 til 2018. Ved nærmere gjennomgang viste det seg imidlertid at det var en registreringsfeil i netto-tallene. Etter at den er rettet opp viser netto årsverk om lag samme økning fra 2017 til 2018 som brutto årsverk.

### **8.3. Sykefravær<sup>17</sup>**

Sykefraværet i august måned er beregnet til 6,2 prosent (hvorav 2,3 prosent er korttidsfravær og 3,9 prosent er langtidsfravær). Korttidsfraværet, som særlig er et uttrykk for sesongbasert sykefravær, viser en jevn nedgang siden februar, hvilket er som forventet. Siden juli måned har langtidsfraværet gått ned 0,5 prosentpoeng.

Gjennomsnittlig sykefravær etter årets åtte første måneder er 7,4 prosent (hvorav 2,7 prosent er korttidsfravær og 4,7 prosent er langtidsfravær). Til sammenligning var sykefraværet 7,3 prosent i samme periode i 2017 (hvorav 2,6 prosent er korttidsfravær og 4,7 prosent er langtidsfravær).

Det er ønskelig å redusere sykefraværet. Derfor har representanter fra HR-avdelingen i direktørens stab og klinikkene, arbeidsmiljøavdelingen og NAV arbeidslivssenter i Oslo startet et samarbeid. Arbeidet kartlegger og etablerer målrettede tiltak i enheter som har utfordringer knyttet til et særskilt høyt sykefravær.

---

<sup>17</sup> Se tabellvedlegg 4.3 – 4.4

#### **8.4. Mangfoldsrekruttering og likeverdig tilgang til karriereutvikling**

Det er et mål i sykehuset at våre medarbeidere skal speile mangfoldet i befolkningen og få likeverdig tilgang til fagutvikling, lederutvikling og karrieremuligheter. Tallene fra HR gir en indikasjon på at vi er langt fra å oppnå målet om at medarbeiderne våre skal speile mangfoldet i befolkningen<sup>18</sup>. Det er høyest andel ansatte med annet statsborgerskap enn norsk innen forskning og drifts-/teknisk personell. Det er lavest andel blant ambulanspersonell, pasientrettede stillinger og administrasjon og ledelse.

Klinikkene er fulgt opp på hvordan de innretter intervjuordningen i sine ansettelsesprosesser. Etter intervjuordningen skal minst én søker med innvandrerbakgrunn som er kvalifisert til stillingen innkalles til intervju<sup>19</sup>. Klinikkene forholder seg til intervjuordningen i ulik grad. Noen er veldig bevisste og oppfordrer ledere aktivt til å vurdere søkere med innvandrerbakgrunn, andre sier de er kjent med ordningen. En klinikk sier dette ikke er ansett for å være en utfordring.

Klinikkene sier det ikke gjøres forskjell på medarbeidere i tilgang til fagutvikling, lederutvikling og karrieremuligheter og mener de er bevisste på å få flere med innvandrerbakgrunn inn i lederstillinger. Andre opplever at norskkunnskaper og mangel på kvalifiserte søkere til lederoppgaver kan være en utfordring. Per i dag har 5,9 prosent av ledere på sykehuset et annet statsborgerskap enn norsk.

#### **9. Forskning**

For 2. tertial presenteres færre forskningsindikatorer enn ved årsrapportering i 1. tertial, da enkelte indikatorer krever manuell rapportering og kvalitetssikring av data (eksempelvis doktorgradsoversikter) og/eller gir best mening på årsbasis (eksempelvis finansiering pr kilde). Det jobbes både lokalt i helseforetaket og nasjonalt med å utvikle bedre og bredere indikatorsett for forskningsaktivitet. Oslo universitetssykehus HF's forskningsstrategi fastslår at det skal tilstrebes kvalitet fremfor kvantitet, og at fagfellevurderinger skal være den viktigste kvalitetsindikator. Det er dog viktig å måle totalaktivitet med et sett av ulike parametere, slik at miljøer kan sammenligne sin egen aktivitet over tid og eksempelvis fange opp tendenser til uønskede fall i aktivitet.

Totalvurderingen per 2. tertial er at aktiviteten er god og i tråd med målsettingen. De svingninger som fremkommer totalt og per klinikk kan ikke tolkes som annet enn naturlige variasjoner, men den enkelte klinikk må selv vurdere sin utvikling på basis av tallene og kjennskap til egne fagmiljøer, evalueringer, nye tildelinger etc.

#### Vitenskapelige artikler

Tall er hentet fra foretakets lokale system Publika, som kontinuerlig laster inn informasjon fra Pubmed og Web of Science. Etter 2. tertial er antall artikler på nivå

---

18 SSB-tall pr. 1.1.18 viser at innvandrere utgjør 14,1 prosent av Norges befolkning og norskfødte med innvandrerforeldre 3,2 prosent. I Oslo utgjør innvandrere 25 prosent av kommunens befolkning, og norskfødte med innvandrerforeldre 8 prosent.

19 Forskning viser at arbeidssøkere med utenlandskklingende navn har 25 prosent lavere sjanse til å bli innkalt til intervju enn personer med norskklingende navn, selv om de er like godt kvalifisert (Institutt for samfunnsforskning 2012).

med 2016, men noe lavere enn på samme tid i 2017.

Antall artikler, tall fra Publika pr. 3.9.2018	Pr 2T 2016	Pr 2T 2017	Pr 2T 2018
Klinikk psykisk helse og avhengighet	86	98	96
Medisinsk klinikk	215	222	205
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	30	44	25
Nevrologiklinikken	142	131	127
Ortopediklinikken	51	68	57
Barne- og ungdomsklinikken	98	101	124
Kvinneklinikken	57	63	50
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	183	210	180
Kreftklinikken	287	273	261
Hjerte-, lunge- og karklinikken	130	124	126
Akuttklinikken	102	134	103
Prehospital klinikk	10	14	10
Klinikk for laboratoriemedisin	281	286	294
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	60	57	63
Oslo sykehusservice	72	71	66
Direktørens stab	2	1	2
<b>Totalt OUS (unike artikler)</b>	<b>1334</b>	<b>1413</b>	<b>1338</b>

Figur 1 Antall publiserte vitenskapelige artikler, akkumulert pr. 2. tertial<sup>20</sup>

### Tidsskriftnivå/klassifisering

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

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

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

Andel artikler på nivå 2, tall fra Publika pr. 3.9.2018	Pr 2T 2016	Pr 2T 2017	Pr 2T 2018
Totalt	24,1 %	23,0 %	26,5 %

Figur 2 Andel av artiklene som er publisert i tidsskrifter på nivå 2, pr. 31.8.18

### Kliniske studier

Oversikt over kliniske studier med industripartner er innhentet fra Inven2, som håndterer avtaler om slike studier på vegne av Oslo universitetssykehus HF. Tabellene viser ikke forskerinitierte kliniske studier uten industripartner. Det arbeides med å kvalitetssikre prosjektoversikten i det nasjonale CRISStin-systemet

<sup>20</sup> Tallene er tatt ut 3.9.2018. Merk at artikler telles hos flere klinikker når det er forfattere fra flere klinikker. I tallet for Totalt OUS er hver artikkel kun talt én gang, og dette er dermed lavere enn summen av klinikktallene.

med sikte på å få komplette tall i løpet av 2018. Det er et mål fra eier å styrke infrastruktur for kliniske studier og at flere pasienter tilbys deltakelse i kliniske studier. Nasjonal prøverapportering av antall pasienter i studier godkjent i 2017 ble gjennomført i juni 2018, men ga ikke tilfredsstillende grunnlag for rapportering på institusjonsnivå.

Antall pågående studier med industripartner er fortsatt høyt ved utgangen av 2. tertial. En høy andel av kreftstudier med lange oppfølgingsperioder er hovedforklaringen på at antall pågående studier holder seg høyt.

Studiene er fordelt etter utprøvningsfase eller testing av utstyr. Studiene fordeler seg pr klinikk som vist i tabellvedlegg 5.1.

Pågående oppdragsstudier på OUS, ekskl. observasjonsstudier	Pr 3T 2016	Pr 3T 2017	Pr 2T 2018
Legemiddelstudier Fase 1 på OUS ved 31.12	17	17	27
Legemiddelstudier Fase 2 på OUS ved 31.12	40	48	46
Legemiddelstudier Fase 3 på OUS ved 31.12	118	125	142
Legemiddelstudier Fase 4 på OUS ved 31.12	15	14	13
Sum legemiddelstudier med intervensjon	190	204	228
Testing av medisinsk utstyr på OUS ved 31.12	12	8	12
<b>Totalt alle</b>	<b>202</b>	<b>212</b>	<b>240</b>

Figur 3 Pågående studier - løpende avtaler med industripartner håndtert av Inven2

Det totale antallet nye kontrakter for Oslo universitetssykehus HF som helhet var på samme nivå i 2017 som i 2016, mens det i 2018 har vært en reduksjon for flere klinikker<sup>21</sup>. Nedgangen er, i følge Inven2, en konsekvens av at enkelte avdelinger har problemer med å håndtere flere nye studier i tillegg til de som allerede pågår. Inven2 nevner særlig radiologi, øye og nevrologi som områder med kapasitetsproblemer når det gjelder nye avtaler.

Nye kliniske oppdragsstudier etter kontraktsår	Pr 2T 2016	Pr 2T 2017	Pr 2T 2018
Fase 1	3	3	3
Fase 2	10	11	5
Fase 3	23	21	16
Fase 4	4	2	2
Medisinsk utstyr	2	1	3
<b>Totalsum</b>	<b>42</b>	<b>38</b>	<b>29</b>

Figur 4 Nye oppdragsstudier hos Inven2, etter kontraktsår

## 10. Innovasjon

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

21 Se tabellvedlegg 5.1

Antallet innmeldte oppfinnelser (DOFI) til Inven2 ligger godt an sammenlignet med totalen i 2017. Noe av den økte aktiviteten er grunnet en idéaksjon som ble holdt i Nevroklinikken i første tertial, men også andre klinikker har høy aktivitet på innmeldte oppfinnelser. Innovasjonsavdelingen har fortsatt et jevnt antall innmeldte ideer.

Klinikk	Inven2		Idépoliklinikken	
	Totalt 2017	Akkumulert T2 2018	Totalt 2017	Akkumulert T2 2018
Klinikk psykisk helse og avhengighet	3	0	1	1
Medisinsk klinikk	3	3	4	1
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	14	2	0	3
Nevroklinikken	3	18	0	0
Ortopediklinikken	1	2	0	1
Barne- og ungdomsklinikken	0	3	2	2
Kvinneklinikken	1	1	0	0
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	3	2	1	0
Kreftklinikken	18	16	0	4
Hjerte-, lunge- og karklinikken	5	5	0	0
Akuttklinikken	13	13	1	1
Prehospital klinikk	0	2	0	2
Klinikk for laboratoriemedisin	22	13	3	0
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	1	3	1	1
Oslo sykehuservice og Direktørens stab	1	2	1	1
Næringsliv/andre	-	-	2	2
<b>Totalt OUS (uten hensyn til delinger med andre helseforetak)</b>	<b>81</b>	<b>80</b>	<b>35</b>	<b>19</b>

Figur 5 Nye innmeldte oppfinnelser (DOFI) til Inven2 og ideer til Idépoliklinikken ved Oslo universitetssykehus<sup>22</sup>

### Pågående prosjekter

Det er et stabilt antall pågående innovasjonsprosjekter som er registrert hos Inven2 og i prosjektporteføljen [www.idepoliklinikken.no](http://www.idepoliklinikken.no) hos Innovasjonsavdelingen. I prosjektporteføljen hos Innovasjonsavdelingen ser vi en klar økning i antall prosjekter som arbeider med hjemmebasert sykehusbehandling.

Innovasjonsavdelingen arbeider aktivt med å samle ulike initiativ på tvers av klinikkene for å kunne utveksle erfaringer og vurdere utfordringer, som blant annet bruk av teknologiske løsninger, på en helhetlig og strategisk metode.

Klinikk	Inven2		Idépoliklinikken	
	T1 2018	T2 2018	T1 2018	T2 2018
Klinikk psykisk helse og avhengighet	1	1	1	3
Medisinsk klinikk	2	1	4	4
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	0	0	1	1
Nevroklinikken	2	1	0	2
Ortopediklinikken	1	1	1	1
Barne- og ungdomsklinikken	2	2	2	2

<sup>22</sup> Merk at ideer/DOFI telles hos flere klinikker når ideen involverer flere klinikker. I totalsum er hver DOFI kun talt én gang, og utgjør dermed ikke summen av de andre tallene.



Kvinneklubben	0	0	1	1
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	2	2	1	1
Kreftklubben	32	28	2	5
Hjerte-, lunge- og karklubben	4	5	1	1
Akuttklubben	9	10	1	1
Prehospital klinikk	0	0	1	1
Klinikk for laboratoriemedisin	23	27	2	2
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	2	2	3	3
Oslo sykehuservice og Direktørens stab	0	0	7	7
Næringsliv/andre	-	-	4	3
<b>Totalt OUS (uten hensyn til delinger med andre helseforetak)</b>	<b>75</b>	<b>76</b>	<b>34</b>	<b>39</b>

Figur 6 Pågående innovasjonsprosjekter i porteføljen til Oslo universitetssykehus<sup>23</sup>

Det arbeides aktivt med å synliggjøre innovasjonsarbeidet ved Oslo universitetssykehus HF. Det er varslet en egen stortingsmelding om helsenæring i Norge. Oslo universitetssykehus HF har hatt et eget innspillsmøte med Næringsdepartementet, og det jobbes med en kartlegging av dagens næringslivssamarbeid i Oslo universitetssykehus HF for å synliggjøre sterke forsknings-, utprøvnings- og testmiljøer.

## 11. Utdanningsaktiviteter

### Revidert utdanningsstrategi 2019-2022

Det er utarbeidet et forslag til revidert utdanningsstrategi for sykehuset som nå er på høring.

### Spesialistutdanning av leger

Prosjektet Ny LIS del 2 og 3 ved Oslo universitetssykehus HF har siden høsten 2017 arbeidet med tilrettelegging for implementering av ny spesialistutdanning for leger. Det er etablert arbeidsgrupper for samtlige spesialiteter. Disse har utarbeidet planer for felles kompetansemødel, for faglige læringsmål og utarbeidet oversikt over hvilke læringsmål som kan oppnås ved Oslo universitetssykehus HF for den enkelte spesialitet. Høsten 2019 vil arbeidsgruppene utarbeide forslag til utdanningsplaner, basert på de forskriftsfestede læringsmålene, for hver spesialitet med vekt på læringsaktiviteter som skal gjennomføres ved Oslo universitetssykehus HF. Utdanningsplanene vil omfatte forslag til interne og eksterne rotasjoner.

### Regionalt utdanningscenter for leger i spesialisering

Oslo universitetssykehus HF har driftet Regionalt utdanningscenter for leger i spesialisering (RegUt) for Helse Sør-Øst siden 1.10.2017. Det er opprettet en styringsgruppe forankret i Helse Sør-Øst som skal følge utvikling av RegUt tett. RegUt har månedlige møter med regionalt fagråd bestående av medlemmer fra alle helseforetak i regionen, samt Diakonhjemmet og Lovisenberg sykehus. Fagrådet er bindeledd mellom RegUt og helseforetakene/sykehusene i regionen. To kursadministratorer er ansatt, slik at RegUt begynner å bli klar til å administrere alle kurs som inngår i gammel og ny LIS-utdanning (> 200 kurs årlig). Det jobbes nå med regionale LIS-rotasjonsplaner for alle spesialiteter.

<sup>23</sup> I likhet med DOFI telles prosjekter hos flere klinikker når ideen involverer flere klinikker. I totalsum er hvert prosjekt kun talt én gang.

### Spesialsykepleiere

Det er fortsatt stor mangel på spesialsykepleiere. Ledelsen har vedtatt en strategisk handlingsplan som innebærer mange sykehusovergrepene og klinikkspesifikke tiltak for å imøtekomme behovet. Det har vært fokus på å iverksette tiltak innenfor denne handlingsplanen både fra et HR-, fag- og utdanningsperspektiv.

## **12. Styrende dokumentasjon som ledd i god intern styring og kontroll**

Etter oppgradering av eHåndboken for ett år siden, er det gjennomført forbedringer for å imøtekomme ansattes behov. Det kan nevnes at det er opprettet en administrator-funksjon for å avlaste lederne, høringsfunksjonen er videreutviklet, dokumentvisning sikrer mer fokus på innholdet, hjelpfunksjonen er hele tiden tilgjengelig i lesedelen og godkjennerfunksjonen er tillagt ansvar for opprettelsen av et dokument.

Totalt er det nå 28.281 styrende dokumenter i bruk. Økning de siste 12 månedene har vært på 1.394 dokumenter (5 prosent). Det store antallet dokumenter gjør det nødvendig med opprydding og samordning slik at vi får færre dokumenter som kan brukes av flere. Forbedringene i systemet har gjort oppryddingsarbeidet lettere. Flere tegn tyder på at vi har en positiv utvikling. Antallet dokumenter som burde vært revidert er redusert hver måned siden mars. I samme periode er antallet dokumenter som avventer godkjenning halvert. Statistikken viser at vi daglig har mellom 4000 og 5000 oppslag i eHåndboken. Det betyr at dokumentene blir lest og er til nytte for styre og støtte aktivitetene i hverdagen.

Fra 2016 har sykehuset også presentert regionale dokumenter for Helse Sør-Øst som gjelder for alle helseforetak. Først gjaldt det dokumenter som veileder og styrer bruken av DIPS og senere er det lagt til regionale dokumenter om informasjonssikkerhet og medikamentell kreftbehandling (totalt 374 dokumenter).

### **12.1. Intern revisjon**

Internrevisjonen ved Oslo universitetssykehus HF skal på vegne av administrerende direktør kontrollere at det er etablert og gjennomføres tilfredsstillende intern styring og kontroll i linjen. Revisjonsområdene blir prioritert på bakgrunn av risikoanalyser og aktualitet (Styresak 22/2018) og skal bidra til læring og forbedringer i organisasjonen.

Ledermøtesak 286/2015 vedtok at alle klinikker skal ha planer for klinikkvise interne revisjoner. Virksomheten i de enkelte klinikkene må betegnes som stor, kompleks og til dels risikofylt. Internrevisjonen samarbeider med klinikkene og bistår med rådgivning og oppbygging av revisjonskompetanse.

Siden 2010 har det vært et praktisk samarbeid mellom Konsernrevisjonen og Oslo universitetssykehus HF gjennom regelmessige møter. Et samhandlingsmål er å etablere revisjonsplaner hvor sykehusets interne revisjoner sees i sammenheng med Konsernrevisjonens revisjoner (jf. Helseforetakslovens § 37a). På den måten sikres god ressursutnyttelse og en best mulig dekning av revisjonsområder.

Internrevisjonen har i perioden gjennomført tre revisjoner innen tema «Arbeidsmiljø: HMS - Planer for å begrense vold og trusler mot ansatte i somatikken». I psykiatrien har dette vært et tema i lang tid, og personalet blir trent i å håndtere slike situasjoner. Revisjonen hadde fokus på om somatiske enheter hadde iverksatt nødvendige tiltak for å forebygge alvorlige hendelser. Spesielt fokus var hvilke beredskap som var etablert og hvilken opplæring de ansatte fikk innenfor området.

Det har vært gjennomført et 2-dagers revisjonslederkurs i perioden for utvalgte ansatte med revisjonskompetanse fra klinikkene. Videre har noen klinikker har fått bistand i sitt arbeide fra Internrevisjonen.

Det er lagt ved oversikt over revisjonskompetanse og det arbeidet som er utført i dette tertiale ved de ulike klinikkene. Statusvurdering av klinikkene er gjort av Internrevisjonen.

### **12.2. Eksterne tilsyn**

Det har i perioden vært 25 tilsyn fra seks ulike tilsynsmyndigheter<sup>24</sup>:

1. Det lokale el-tilsyn, 10 tilsyn med totalt 13 avvik, alle avvik lukket iht. frist.
2. Arbeidstilsynet: gjennomførte 9 tilsyn, alle var planlagte. Rapporter kommer i 3 tertial.
3. Bydelsoverlegen (1 tilsyn) har sett på den bygningsmessige utformingen mm. ved Nordre Aker skole ved avdeling Nydalen, og ga 2 avvik.
4. Mattilsynet (3 tilsyn) har gitt ett avvik på vedlikehold.
5. Statens legemiddelverk (1 tilsyn) ga 5 avvik, frist for lukking er i 3. tertial. Kommunalt brannvern, 1 oppfølgingstilsyn med 3 avvik, alle lukket iht. frist.
6. Vedlikehold og bygningsmessig utforming er opphav til totalt 3 tilsynsavvik dette tertial, disse ivaretas av Oslo sykehuservice.

---

<sup>24</sup> Se tabellvedlegg 6.1

# Styresak 67/2018 Tabellvedlegg – månedssrapport september 2018

Oslo universitetssykehus HF  
OUS HF

Rapporteringsperiode: September 2018  
(bemanning for oktober 2018)

# Tabellvedlegg

Rapporten viser enkelte indikatorer for driften ved Oslo universitetssykehus HF

## 1. Innhold i tabellvedlegg

### 2. Pasientbehandling

- 2.1 Aktivitet
- 2.2 Ventelisteutvikling
- 2.3 Fristbrudd
- 2.4 Epikrisetid
- 2.5 Brukerundersøkelsen
- 2.6 Bruker tilbakemelding
- 2.7 Uønskede hendelser og klager
- 2.8 Nasjonale kvalitetsindikatorer
- 2.9 Styrende dokumenter og dokumentasjon (eHåndbok)

### Følgende klinikkbetegnelser er brukt i tabeller/grafar:

PHA	Klinikk psykisk helse og avhengighet
MED	Medisinsk klinikk
HHA	Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi
NVR	Nevroklubnikken
OPK	Ortopedisk klinikk
BAR	Barne- og ungdomsklubnikken
KVI	Kvinneklubnikken
KIT	Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon
KRE	Kreftklubnikken
HLK	Hjerte-, lunge- og karklubnikken
AKU	Akuttklubnikken
PRE	Prehospital klinikk
KLM	Klinikk for laboratoriemedisin
KRN	Klinikk for radiologi og nukleærmedisin
KRG	Kreftregisteret
OSS	Oslo sykehuservice
STA	Direktørens stab
FPO (SPO)	Fellesposter
Konsern	Datterselskap
OUS	Oslo universitetssykehus HF

## 3. Økonomi og finans

- 3.1 Økonomisk resultat OUS
- 3.2 Økonomisk resultat klubnikker
- 3.3 Investeringer og likviditet

## 4. Bemanning

- 4.1 Bemanningsutvikling – graf OUS
- 4.2 Bemanningsindikatorer, internt finansierte
- 4.3 Utvikling sykefravær
- 4.4 Sykefravær og vaksinerings per klubnikk

## 5. Forskning og innovasjon

- 5.1 Avtaler med industripartner

## 6. Revisjoner og tilsyn

- 6.1 Eksterne tilsyn

Definisjoner årsverksindikatorer

## 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 04/10-2018										
Periode : SEPTEMBER 2018	Periodens tall				Rapportert per september				Sammenligning 2017	
Klinikk	Budsjett	Resultat	Avvik	Avvik i %	Budsjett	Resultat	Avvik	Avvik i %	Endring	i %
Medisinsk klinikk	2 348	2 233	-115	-4,9 %	20 593	20 458	-135	-0,7 %	206	1,0 %
Hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	1 760	1 647	-113	-6,4 %	14 450	13 762	-688	-4,8 %	-550	-3,8 %
Nevroklinikken	2 361	2 296	-65	-2,8 %	19 700	19 164	-536	-2,7 %	-267	-1,4 %
Ortopedisk klinikk	1 980	1 921	-59	-3,0 %	16 503	16 945	442	2,7 %	303	2,0 %
Barn- og ungdomsklinikken	1 407	1 217	-190	-13,5 %	11 668	11 810	142	1,2 %	295	2,6 %
Kvinneklinikken	1 779	1 802	23	1,3 %	15 679	15 630	-49	-0,3 %	237	1,5 %
Kirurgi, inflammasjonsmedisin og transpl	3 431	3 195	-236	-6,9 %	28 555	27 698	-857	-3,0 %	-712	-2,5 %
Kreftklinikken	2 709	2 437	-272	-10,0 %	23 791	23 331	-460	-1,9 %	147	0,6 %
Hjerte-, lunge- og karklinikken	3 182	2 880	-302	-9,5 %	24 967	24 294	-673	-2,7 %	-44	-0,2 %
Akuttklinikken	164	144	-20	-12,2 %	1 310	1 187	-123	-9,4 %	-122	-9,3 %
Laboratoriemedisin	19	19	0	0,0 %	139	150	11	7,9 %	14	10,3 %
Fellesposter (H-reseptor, grupper mv)	547	589	42	7,7 %	3 136	4 296	1 160	37,0 %		
<b>SUM TOTALT</b>	<b>21 687</b>	<b>20 380</b>	<b>-1 307</b>	<b>-6,0 %</b>	<b>180 491</b>	<b>178 725</b>	<b>-1 766</b>	<b>-1,0 %</b>	<b>-584</b>	<b>-0,3 %</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: SEPTEMBER 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	172	202	-30	-14,8 %	1 664	1 744	-80	-4,6 %	-81	-4,6 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	5 837	6 087	-250	-4,1 %	52 302	53 018	-716	-1,3 %	-674	-1,3 %
Antall polikliniske konsultasjoner	7 625	8 517	-892	-10,5 %	66 692	68 122	-1 430	-2,1 %	-1 208	-1,8 %
<b>Psykisk helsevern - barn og unge</b>										
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	8	16	-8	-48,5 %	150	122	28	23,2 %	25	20,0 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	740	737	3	0,3 %	7 922	5 857	2 065	35,3 %	2 183	38,0 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	356	342	14	4,1 %	2 588	2 715	-127	-4,7 %	-440	-14,5 %
Antall polikliniske konsultasjoner	4 473	4 579	-106	-2,3 %	33 643	32 357	1 286	4,0 %	1 229	3,8 %
Antall polikliniske konsultasjoner PHA	3 762	3 846	-84	-2,2 %	27 250	27 432	-182	-0,7 %	-334	-1,2 %
Antall polikliniske konsultasjoner BAR	731	733	-2	-0,3 %	6 393	4 927	1 466	29,8 %	1 563	32,4 %
<b>TSB</b>										
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	184	199	-15	-7,6 %	1 679	1 775	-96	-5,4 %	-82	-4,7 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	2 188	2 111	77	3,6 %	18 775	18 478	297	1,6 %	418	2,3 %
Antall polikliniske konsultasjoner	2 266	2 125	141	6,7 %	18 298	17 459	839	4,8 %	1 089	6,3 %



# 2.1 Aktivitet radiologi

## Vektede aktivitetstall

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

Modalitet	Vekter (NCRP-vekt)	Mnd 2017	Mnd 2018	HiÅ 2017	HiÅ 2018	%-vis endring 2017-2018 Mnd	%-vis endring 2017-2018 HiÅ
		H	H	H	H	H	H
Angio	25,8	6 373	5 805	57 224	56 218	-8,9 %	-1,8 %
CT	9,9	61 311	60 717	501 158	518 651	-1,0 %	3,5 %
MG	18,3	9 461	6 588	71 297	60 262	-30,4 %	-15,5 %
MR	17,1	55 780	52 565	447 558	427 910	-5,8 %	-4,4 %
NM	12,3	7 257	6 027	59 926	57 749	-16,9 %	-3,6 %
PET	37,1	17 474	17 808	137 567	143 577	1,9 %	4,4 %
RG	1	14 135	13 794	124 058	125 178	-2,4 %	0,9 %
UL	1,9	7 066	6 217	57 025	55 925	-12,0 %	-1,9 %
MG - screen	18,3	36 344	31 586	264 929	277 886	-13,1 %	4,9 %
TS	1	2 656	2 437	22 425	23 477	-8,2 %	4,7 %
<b>Totalt</b>		<b>217 857</b>	<b>203 544</b>	<b>1 743 167</b>	<b>1 746 832</b>	<b>-6,6 %</b>	<b>0,2 %</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

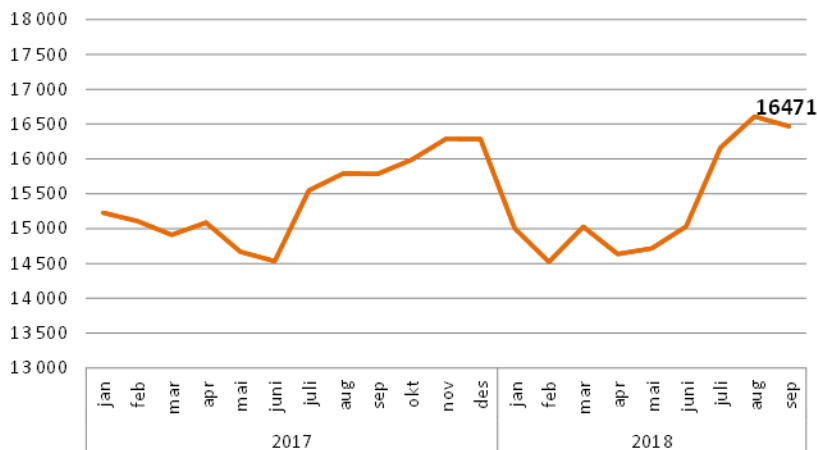
Aktivitet	Sep 2018	Akkumulert Sep 2018	Sep 2017	Akkumulert Sep 2017	Endring 2017-2018	Endring i %
<b>Antall intensivpasienter</b>						
AKU	286	2 532	249	2 374	158	6,7 %
BAR	73	702	60	657	45	6,8 %
MED	91	718	71	630	88	14,0 %
<b>Antall intensivdøgn</b>						
AKU	1 361	10 837	1 164	10 918	-81	-0,7 %
BAR	678	7 227	771	6 945	282	4,1 %
MED	362	2 831	282	2 419	412	17,0 %
<b>Antall respiratordøgn</b>						
AKU	700	5 394	642	6 006	-612	-10,2 %
BAR	407	4 870	578	5 272	-402	-7,6 %
MED	158	1 365	168	1 335	30	2,2 %

## 2.1 Aktivitet PO/Intensiv (Akuttklinikken)

Aktivitet	Sep 2018	Akkumulert Sep 2018	Sep 2017	Akkumulert Sep 2017	Endring 2017-2018	Endring i %
<b>Antall PO-pasienter AKU</b>						
Barneintensiv, RH	62	443	78	443	0	0,0 %
Barneintensiv US	39	398	45	209	189	90,4 %
Generell Intensiv US	31	218	16	153	65	42,5 %
Generell int 1, RH	21	246	20	170	76	44,7 %
Generell int 2, RH	42	327	34	194	133	68,6 %
Nevrointensiv, Ullevål	8	107	12	82	25	30,5 %
PO, Aker	495	4 003	548	3 964	39	1,0 %
PO, Radium	200	2 155	240	2 224	-69	-3,1 %
PO, RH	908	7 689	945	7 936	-247	-3,1 %
PO, Ullevål	405	3 513	388	3 599	-86	-2,4 %
<b>Sum antall PO-pasienter AKU</b>	<b>2 211</b>	<b>19 099</b>	<b>2 326</b>	<b>18 974</b>	<b>125</b>	<b>0,7 %</b>
<b>Liggedøgn PO-pasienter AKU</b>						
Barneintensiv, RH	15	98	15	106	-8	-7,5 %
Barneintensiv US	12	115	14	65	50	76,9 %
Generell Intensiv US	12	92	5	59	33	55,9 %
Generell int 1, RH	9	77	7	48	29	60,4 %
Generell int 2, RH	11	74	9	55	19	34,5 %
Nevrointensiv, Ullevål	5	52	5	36	16	44,4 %
PO, Aker	80	667	96	737	-70	-9,5 %
PO, Radium	41	480	54	494	-14	-2,8 %
PO, RH	102	856	105	906	-50	-5,5 %
PO, Ullevål	113	1 030	103	1 023	7	0,7 %
<b>Sum antall liggedøgn PO-pasienter AKU</b>	<b>400</b>	<b>3 541</b>	<b>413</b>	<b>3 529</b>	<b>12</b>	<b>0,3 %</b>

# 2.2 Ventelisteutvikling – antall ventende

Antall ventende

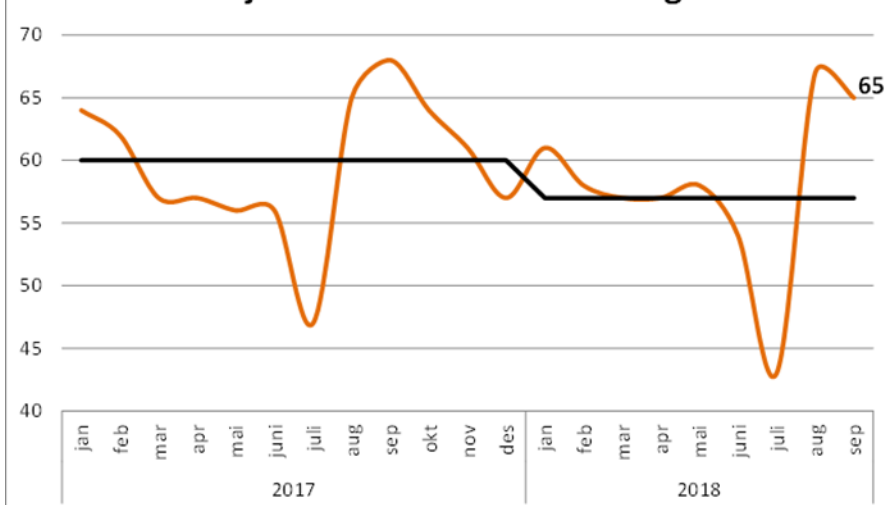


Antall ventende	2017				2018				Utvikling
	juni	juli	aug	sep	juni	juli	aug	sep	
PHA	575	627	464	420	472	530	459	460	
MED	2 080	2 270	2 298	2 257	2 135	2 379	2 419	2 388	
HHA	2 287	2 395	2 556	2 465	2 332	2 351	2 540	2 467	
NVR	1 356	1 490	1 593	1 703	1 587	1 762	1 733	1 781	
OPK	1 481	1 653	1 777	1 714	1 588	1 812	1 873	1 785	
BAR	653	731	643	634	707	795	685	702	
KVI	973	955	1 007	974	1 042	1 233	1 319	1 303	
KIT	3 399	3 502	3 468	3 596	3 243	3 231	3 347	3 465	
KRE	321	337	384	376	366	363	439	387	
HLK	677	797	769	778	885	1 016	1 073	1 056	
AKU	148	171	170	170	158	181	155	124	
KLM	585	622	663	700	517	509	570	551	
<b>Sum klinikker</b>	<b>14 535</b>	<b>15 550</b>	<b>15 792</b>	<b>15 787</b>	<b>15 032</b>	<b>16 162</b>	<b>16 612</b>	<b>16 471</b>	
Diff vs. 2017								684	
Diff %								4 %	

Antall ventende = ikke avviklede henvisningsperioder

# 2.2 Gjennomsnittlige ventetider til avvikling

Gj.sn. ventetider til avvikling

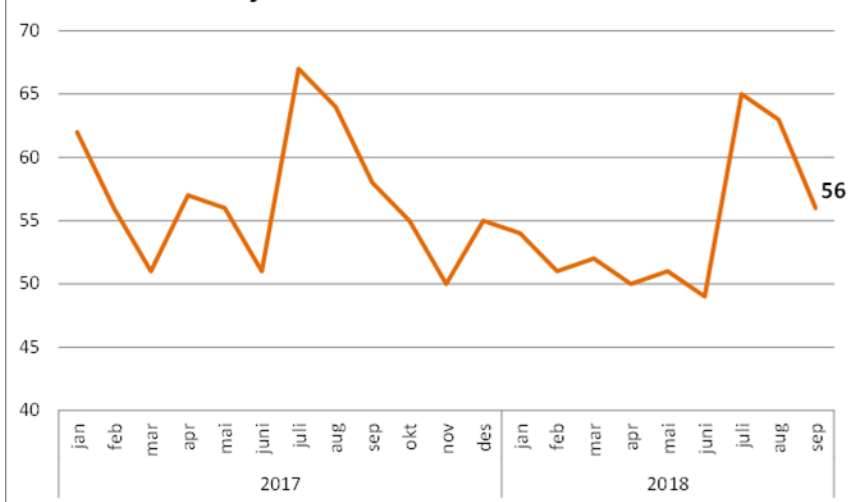


Gj.sn. v.tid til avvikling	2017				2018				Utvikling
	juni	juli	aug	sep	juni	juli	aug	sep	
PHA	44	42	56	47	45	34	47	52	
MED	59	44	62	71	57	45	69	66	
HHA	56	41	72	74	51	39	72	69	
NVR	54	41	65	67	53	50	71	64	
OPK	81	74	87	92	70	68	86	95	
BAR	56	40	80	73	66	46	85	78	
KVI	56	41	61	68	45	35	49	49	
KIT	65	60	70	73	65	50	72	71	
KRE	24	27	36	27	28	28	46	37	
HLK	49	45	66	69	54	50	83	81	
AKU	59	73	89	94	82	101	98	112	
KLM	41	29	41	43	31	26	40	39	
OUS	<b>56</b>	<b>47</b>	<b>65</b>	<b>68</b>	<b>54</b>	<b>43</b>	<b>67</b>	<b>65</b>	
Diff vs. 2017								-3	
Diff %								-4 %	

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

# 2.2 Gjennomsnittlige ventetider ventende

Gj.sn. ventetider ventende

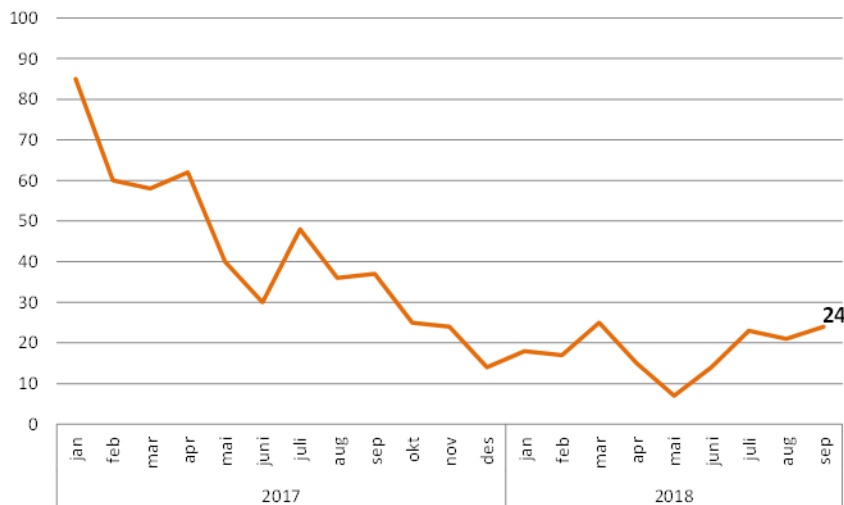


Gj.sn. v.tid ventende	2017				2018				Utvikling
	juni	juli	aug	sep	juni	juli	aug	sep	
PHA	33	55	46	29	29	42	36	28	
MED	47	61	61	56	48	62	60	57	
HHA	62	82	77	72	50	71	66	59	
NVR	38	56	50	43	36	55	46	42	
OPK	67	78	79	73	63	76	79	72	
BAR	49	65	62	54	52	70	71	55	
KVI	44	62	57	45	38	53	47	44	
KIT	56	70	69	64	59	74	75	64	
KRE	48	55	31	40	28	40	37	32	
HLK	41	67	60	52	45	62	64	64	
AKU	42	59	62	60	58	67	77	86	
KLM	35	49	48	44	31	49	40	32	
OUS	51	67	64	58	49	65	63	56	
Diff vs. 2017									-2
Diff %									-3 %

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

# 2.2 Langtidsventende ( $\geq 12$ mnd)

Ventende  $\geq 12$  mndr.



Antall ventet $\geq 1$ år	2017				2018				Utvikling
	juni	juli	aug	sep	juni	juli	aug	sep	
PHA	-	3	1	-	1	1	-	-	
MED	-	-	-	-	-	1	1	-	
HHA	19	26	20	22	2	3	5	5	
NVR	1	2	2	2	2	6	1	2	
OPK	4	5	4	3	-	-	-	3	
BAR	-	-	-	-	-	-	-	-	
KVI	1	-	-	1	-	1	-	-	
KIT	3	2	5	5	7	7	10	13	
KRE	2	4	1	1	1	2	2	1	
HLK	-	6	2	2	1	2	2	-	
AKU	-	-	-	-	-	-	-	-	
KLM	-	-	1	1	-	-	-	-	
<b>Sum</b>	<b>30</b>	<b>48</b>	<b>36</b>	<b>37</b>	<b>14</b>	<b>23</b>	<b>21</b>	<b>24</b>	
<b>Diff vs. 2017</b>								-13	
<b>Diff %</b>								-35 %	

## 2.3 Fristbrudd

Fristbrudd ordinært avviklede	2017									2018									Utvikling
	Antall				Antall				Andel	Antall				Andel					
	juni	juli	aug	sep	juni	juli	aug	sep	sep	juni	juli	aug	sep	sep					
PHA	-	-	-	1	1	-	4	-	0%										
MED	7	2	2	3	3	-	3	5	0,5%										
HHA	10	7	5	6	5	6	13	14	1,1%										
NVR	5	1	1	3	1	3	3	5	0,6%										
OPK	1	2	-	2	1	-	1	-	0%										
BAR	3	-	9	9	8	-	7	15	4,5%										
KVI	3	1	6	5	-	4	4	5	0,7%										
KIT	61	27	45	42	23	12	17	17	1,5%										
KRE	15	13	22	14	5	13	20	19	4,9%										
HLK	2	6	7	11	-	3	2	-	0%										
AKU	-	-	-	-	-	-	-	-	0%										
KLM	-	-	-	-	-	-	-	-	0%										
Sum	107	59	97	96	47	41	74	80	1,1%										
Endr fra 2017									-16										
Endr i %									-17 %										

Fristbrudd ventende	2017									2018									Utvikling
	Antall				Antall				Andel	Antall				Andel					
	juni	juli	aug	sep	juni	juli	aug	sep	sep	juni	juli	aug	sep	sep					
PHA	-	1	-	-	-	1	-	2	0,4%										
MED	-	2	1	-	-	1	2	-	0%										
HHA	2	3	1	8	2	1	5	4	0,2%										
NVR	1	6	5	4	2	-	2	-	0%										
OPK	2	-	1	-	1	1	-	-	0%										
BAR	-	6	3	1	-	4	8	3	0,4%										
KVI	-	1	1	-	1	4	7	4	0,3%										
KIT	29	56	40	20	11	7	11	7	0,2%										
KRE	3	16	5	13	8	10	16	6	1,6%										
HLK	4	19	7	3	6	4	4	1	0,1%										
AKU	-	-	-	-	-	-	-	-	0%										
KLM	-	-	-	-	-	-	-	-	0%										
Sum	41	110	64	49	31	33	55	27	0,2%										
Endr fra 2017									-22										
Endr i %									-45 %										

Fristbrudd avviklede: Frist var overskredet på tidspunkt for avvikling.

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



## 2.4 Epikrisetid

70 % av epikriser skal være sendt innen første dag og 100 % innen syv dager etter utskrivelse

Andel epikriser sendt 1 dag - per september					
Klinikk	2017	2018		Utvikling 2018	Status
AKU	48 %	61 %	↑		●
BAR	31 %	30 %	→		●
HLK	40 %	43 %	↑		●
HHA	31 %	37 %	↑		●
KIT	38 %	43 %	↑		●
KRE	43 %	51 %	↑		●
KVI	27 %	28 %	↑		●
MED	67 %	68 %	↑		●
NVR	34 %	37 %	↑		●
OPK	42 %	47 %	↑		●
PHA	28 %	27 %	↑		●
<b>OUS</b>	39 %	43 %	↑		●

Andel epikriser sendt <7 dager - per september					
Klinikk	2017	2018		Utvikling 2018	Status
AKU	67 %	76 %	↑		●
BAR	59 %	56 %	→		●
HLK	68 %	71 %	↑		●
HHA	66 %	66 %	↑		●
KIT	70 %	73 %	↑		●
KRE	77 %	81 %	↑		●
KVI	81 %	86 %	↑		●
MED	91 %	92 %	↑		●
NVR	73 %	74 %	↑		●
OPK	66 %	78 %	↑		●
PHA	79 %	82 %	↑		●
<b>OUS</b>	72 %	76 %	↑		●

- Fokus i klinikkens ledergruppe
- Struktur på daglig styring, visittgang og epikrise i hånden
- Personlig oppfølging og opplæring
- Standardisering
- Økt bruk av talegjenkjenning
- Daglig ajourhold

- Stort arbeidspress
- Forsinkelse i påvente av prøvesvar
- Komplekse sykdomsbilder
- Forsinkelse i påvente av kontrasignering
- Sårbarhet ved fravær av leger

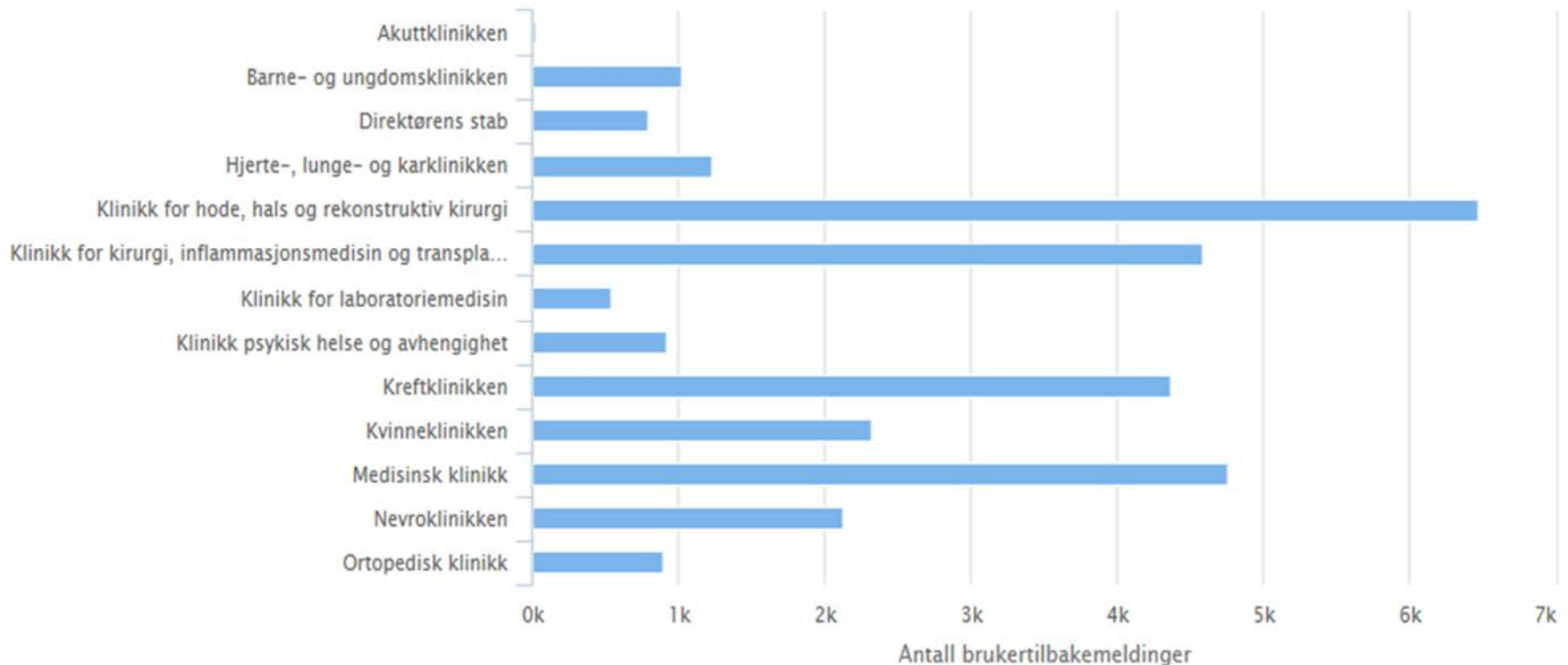
# 2.5 Brukerundersøkelsen:

## Andel positive svar

Spørsmål	Positiv respons	Endring
Behandlerne snakket så jeg forsto dem	95 %	-
Tillit behandlernes faglige dyktighet	95 %	+1
Tillit øvrige personalets faglige dyktighet	92 %	-
Tilstrekkelig info om diagnose / plager	86 %	+ 1
Behandlingen var tilpasset min situasjon	90 %	+ 1
Involvert i avgjørelser om behandlingen	71 %	-
Arbeidet var godt organisert	85 %	-
Utstyret var i god stand	90 %	+ 1
Tilfredsstillende hjelp, alt i alt	91 %	+ 1
Ble ikke feilbehandlet	94 %	-
Ventetid	83 %	+ 1
Utbytte av behandlingen, alt i alt	84 %	+1

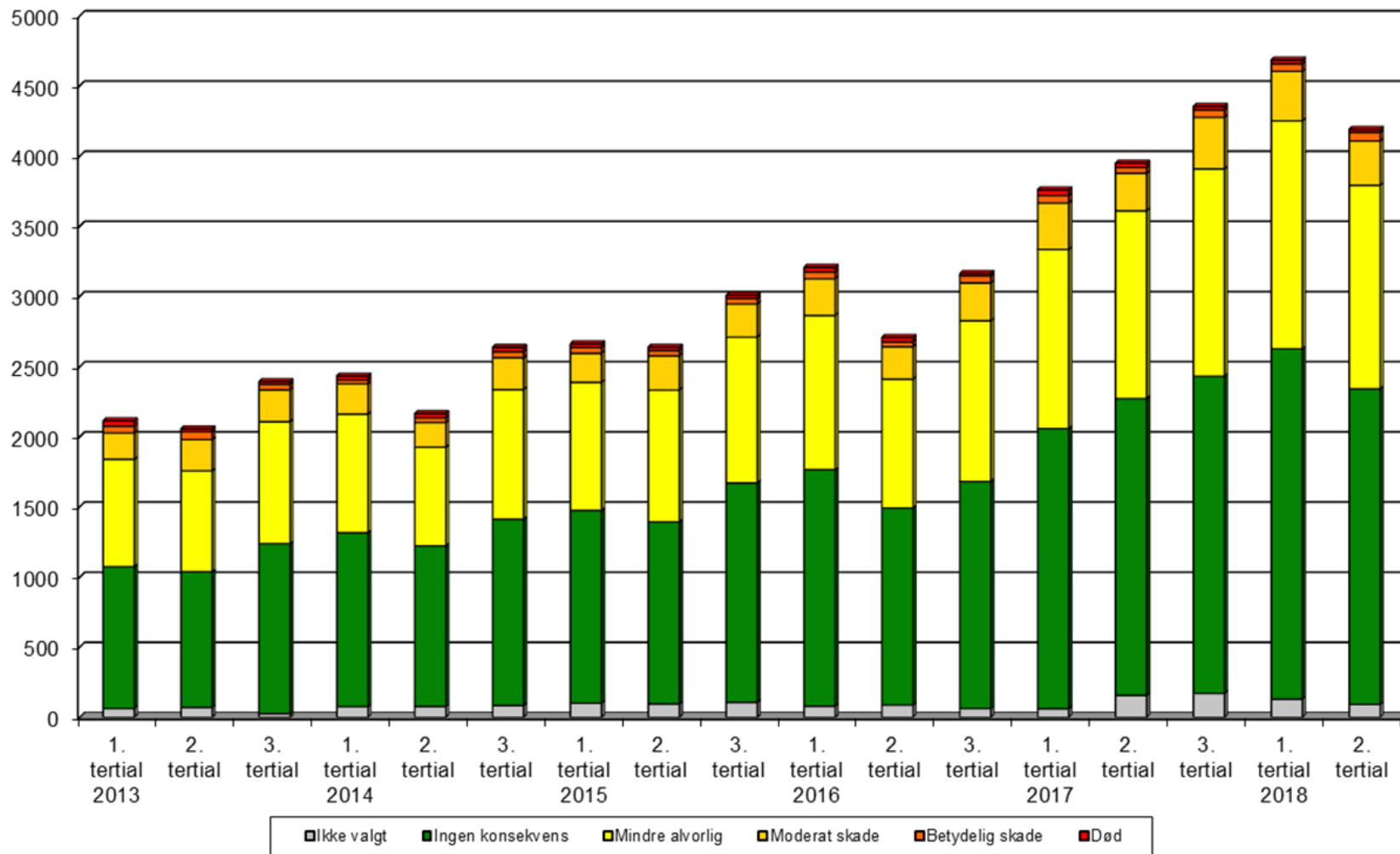
## 2.6 Antall brukertilbakemeldinger

Brukertilbakemeldinger pr. organisasjonsenhet



\* SMS-brukerundersøkelsen i Achilles.

# 2.7 Pasientrelaterte hendelser og konsekvens pr. tertial



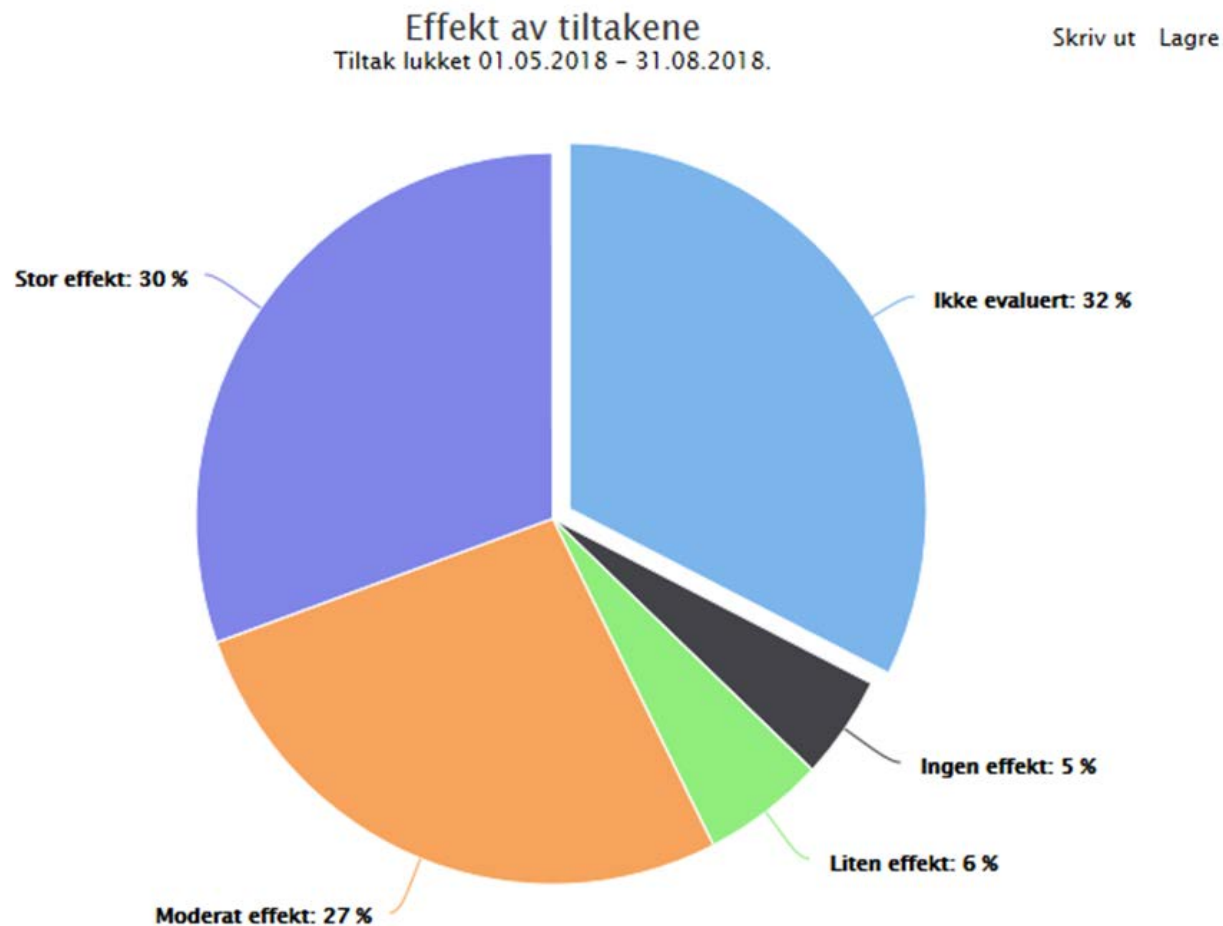
\* Registreringer i Achilles.

## 2.7 Fordeling av pasienthendelser i hovedkategorier

		Totalt	Ingen konsekvens	Mindre alvorlig	Moderat skade	Betydelig skade	Dødsfall	Ikke valgt
Behandling og pleie	25 %	1065	487	389	118	29	10	32
Diagnostikk/utredning	10 %	437	217	157	46	9	3	5
Dokumentasjon / informasjon	10 %	432	279	135	14	0	0	4
Fall og uhell	7 %	284	146	113	21	3	0	1
Infeksjon	0 %	17	6	9	1	1	0	0
Legemidler og blodprodukter	20 %	846	571	245	19	3	0	8
Medisinsk utstyr	5 %	197	116	62	15	1	1	2
Pasientadferd	2 %	81	21	34	14	7	5	0
Pasientadministrasjon	14 %	580	314	223	34	4	2	3
Ikke valgt	6 %	250	91	84	34	4	0	37
<b>Totalt</b>	<b>100 %</b>	<b>4189</b>	<b>2248</b>	<b>1451</b>	<b>316</b>	<b>61</b>	<b>21</b>	<b>92</b>

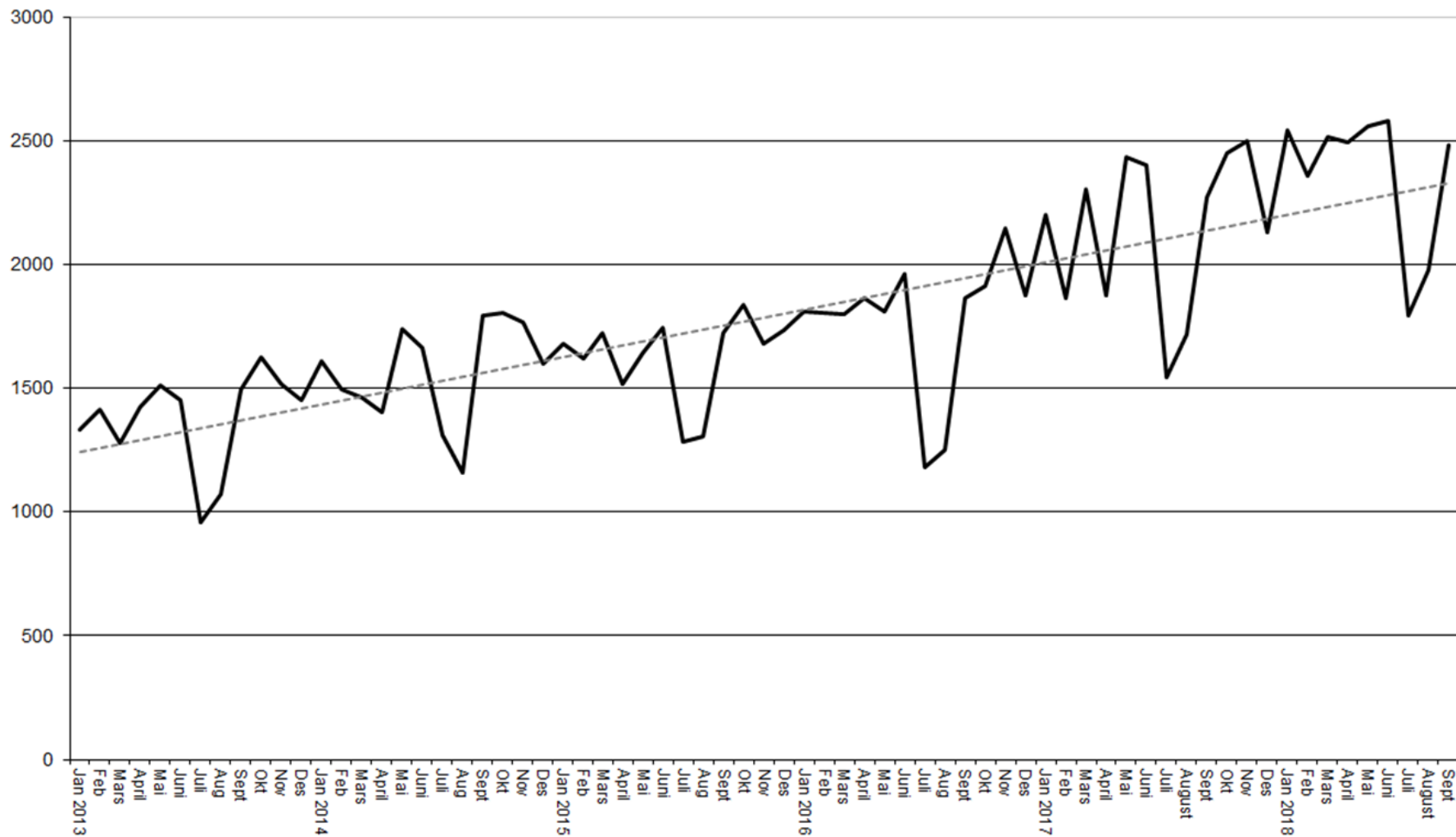
\* Angitt etter Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser i Achilles.

## 2.7 Effektvurdering av tiltak utført i klinikkene i 1. tertial 2018



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

## 2.7 Uønskede hendelser og risikoforhold



Uønskede hendelser og risikoforhold – alle typer - registrert per måned med trendlinje. Kilde: Achilles

## 2.7 Varsler til Statens helsetilsyn etter § 3-3a

	2016			2017			2018
	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1
Avsluttet etter innledende undersøkelser	15	12	12	15	15	12	17
Oppfølging - anmodning om redegjørelse	4	1	1	3	2	0	0
Tilsynsmessig oppfølging av fylkesmannen	13	7	11	18	14	5	9
Skriftlig tilsyn v/Statens helsetilsyn	-	-	1	-	-	1	-
Stedlig tilsyn v/Statens helsetilsyn	2	2	-	-	1	3	1
Ikke ferdigbehandlet	-	1	-	-	1	-	-
<b>SUM</b>	<b>34</b>	<b>23</b>	<b>25</b>	<b>36</b>	<b>33</b>	<b>21</b>	<b>27</b>

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



## 2.7 Meldinger til Helsedirektoratet etter § 3-3

År	Antall saker
2014	1246
2015	1402
2016	1573
2017 T1	597
T2	576
T3	649
2018 T1	638

\* Hendelser der ansatt angir potensial / kunne ført til betydelig skade meldes i hht. Spesialisthelsetjenesteloven §3-3.

## 2.7 Klager til sykehuset

	T1 2016	T2	T3	T1 2017	T2	T3	T1 2018	T2
Fra Fylkesmannen *	54	24	22	24	35	24	30	26
Fra Pasientombud	12	16	24	14	21	27	10	22
Tilsynssak fra Fylkesmannen	14	27	38	36	42	56	31	39

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

## 2.7 Fylkesmannens konklusjon i tilsynssaker

	2. tertial 2017		3. tertial 2017		1. tertial 2018		2. tertial 2018	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Avsluttet uten anmerkning	11	52 %	25	50 %	10	25 %	11	34 %
Avsluttet med anmerking	7	33 %	6	12 %	7	18 %	5	16 %
Brudd på informasjonsplikt	0	0 %	2	4 %	1	3 %	0	0 %
Brudd på pasientrettigheter	0	0 %	0	0 %	0	0 %	1	3 %
Brudd på krav til journalføring	1	5 %	2	4 %	0	0 %	1	3 %
Brudd på forsvarlighet	2	10 %	14	28 %	22	55 %	14	44 %
Brudd på helsepersonelloven	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Brudd på taushetsplikt	0	0 %	1	2 %	0	0 %	0	0 %
SUM	21	100 %	50	100 %	40	100 %	32	100 %

# 2.8 Nasjonale kvalitetsindikatorer 1. tert

## 2018 - Somatikk

### Nasjonale kvalitetsindikatorer - Status 1. Tertial 2018

Status	Utvikling
Ikke i mål	Svært negativ
Nesten i mål	Neutral eller noe bedre
I mål	Positiv

Indikator	Status T1	T1 17 vs. T1 18	Komentar
<b>Somatikk</b>			
Andel pasienter med kronisk nyresvikt som får hjemmedialyse siste dag i tertialet	28,50 %	↑	Nesten i mål (30%)
Somatikk - Andel (%) brudd på vurderingsgarantien for pasienter innen somatikk	1,90 %	↑	
Andel kolecystektomier de siste 2 årene med dype og organ/hulromsinfeksjoner innen 30 dager etter kirurgi	2,10 %	↓	Høyere enn HSØ
Andel kolecystektomier med dype og organ/hulromsinfeksjoner innen 30 dager etter kirurgi i perioden	0,90 %	↑	Lavere enn HSØ
Andel aortakoronare bypasskirurgier de siste 2 årene med dype og organ/hulromsinfeksjoner innen 30 dager etter kirurgi	0,70 %	→	Lavere enn HSØ
Andel aortakoronare bypasskirurgier med dype og organ/hulromsinfeksjoner innen 30 dager etter kirurgi i perioden	0,90 %	→	
Andel pasienter med hoftebrudd som er operert innen 24 timer	58,80 %	→	
Andel pasienter med hoftebrudd som er operert innen 48 timer	98,80 %	↑	Høyere enn HSØ
Andel pasienter plassert på korridor	0,60 %	↑	Lavere enn HSØ
Andel pasienter 18 år og over innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse (akutt)	17,10 %	→	
Utsettelse av planlagte operasjoner   Andel (%) utsettelser	6,60 %	→	

# 2.8 Nasjonale kvalitetsindikatorer 1. tert

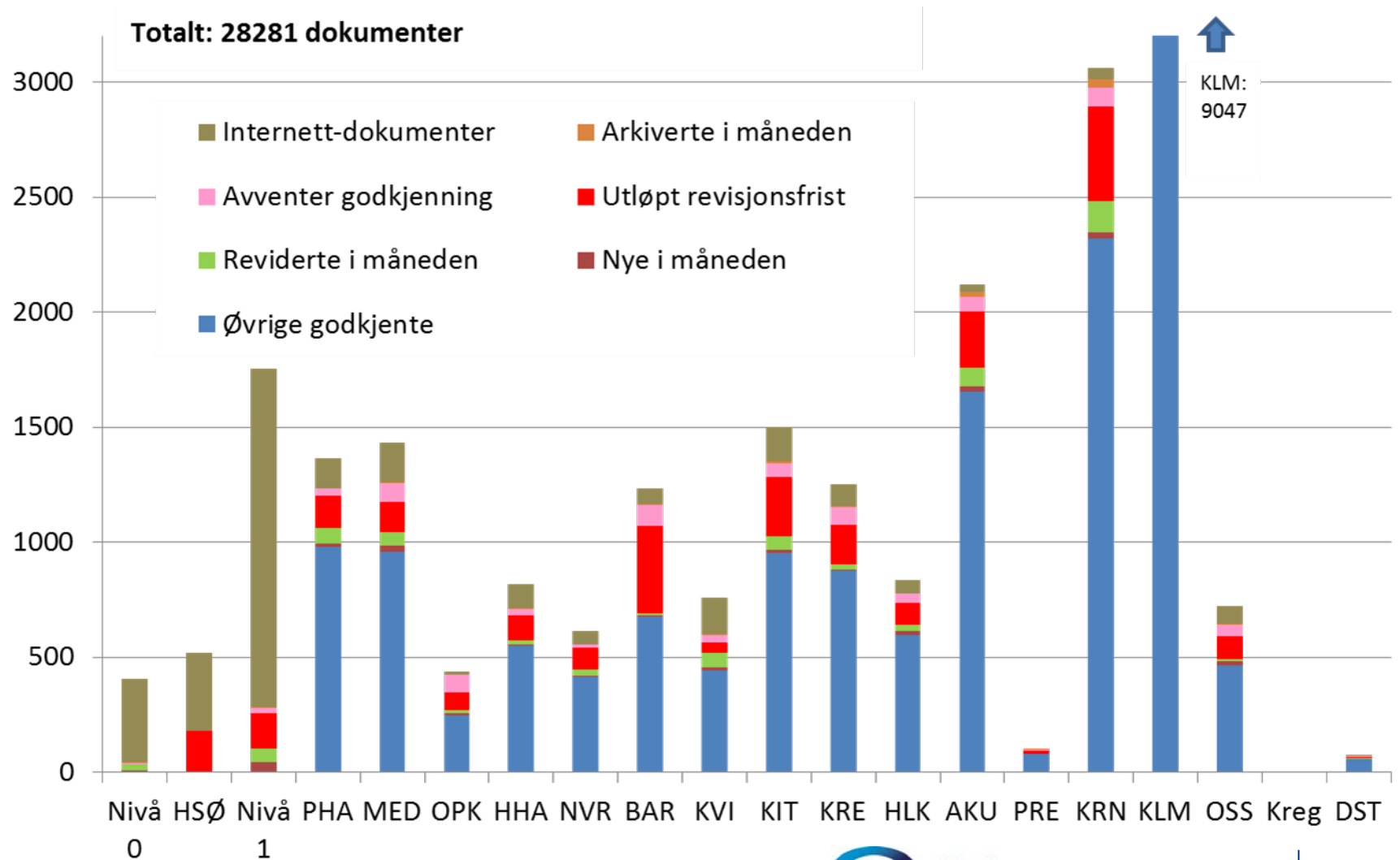
## 2018 – Psykiatri & TSB

### Nasjonale kvalitetsindikatorer - Status 1. Tertial 2018

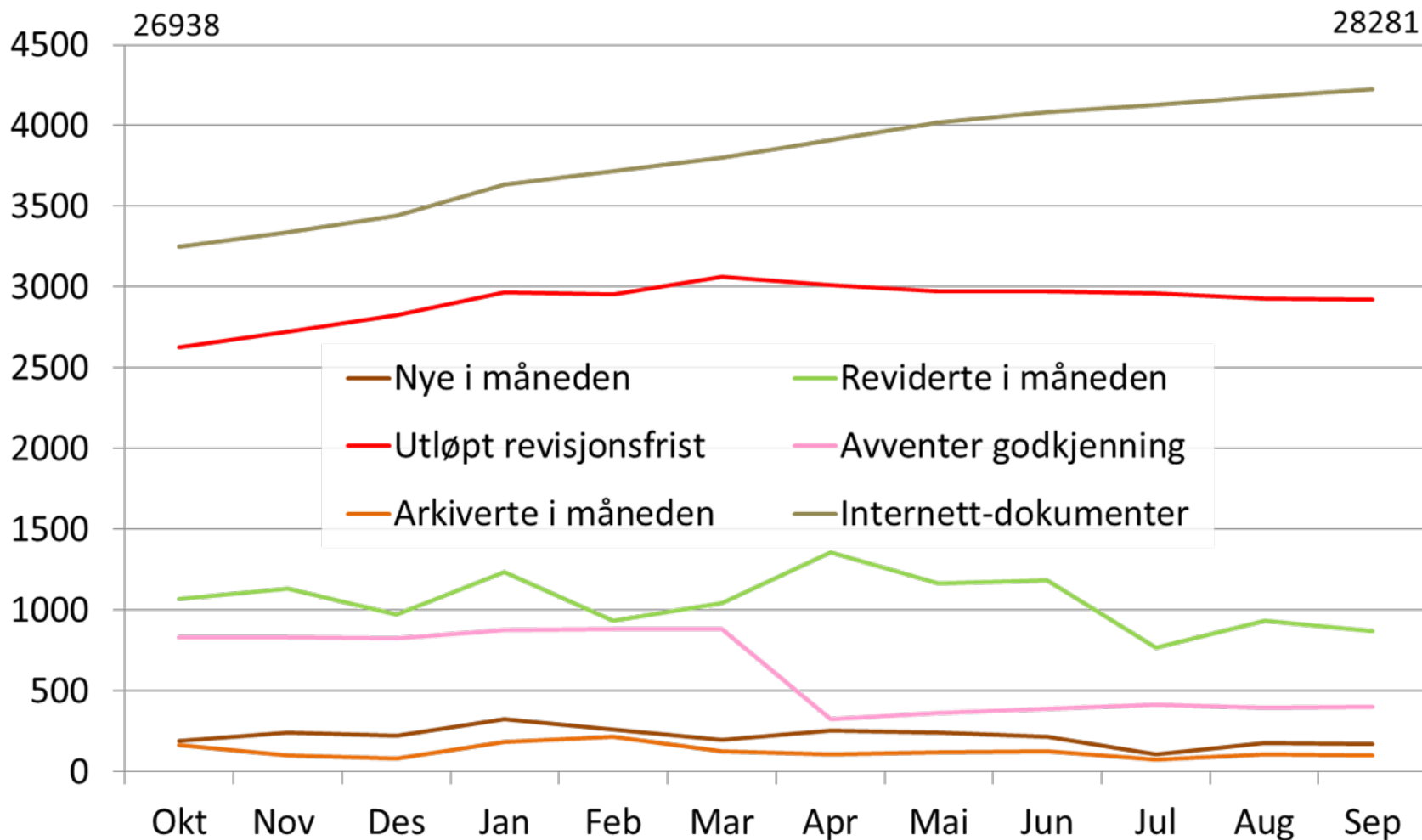
Status	Utvikling
Ikke i mål	Svært negativ
Nesten i mål	Neutral eller noe bedre
I mål	Positiv

Indikator	Status T1	T1 17 vs. T1 18	Kommentar
<b>Psykisk helsevern og TSB</b>			
BUP - Andel (%) til behandling innen 65 dager	99,10 %	➡	
BUP - Andel (%) til vurdering innen 10 dager	98,40 %	➡	
Psykisk helsevern - Andel (%) brudd på vurderingsgarantien for pasienter innen PHV	1,30 %	➡	
TSB - Andel (%) brudd på vurderingsgarantien for pasienter innen TSB	0,80 %	➡	Lavere enn HSØ
Andel voksne med schizofreni som har fått individuell plan i PHV	38,90 %	➡	
Andel tvangsinnleggelse i psykisk helsevern for voksne	23,40 %	➡	Høyere enn HSØ
Andel nye henvisninger med registrert henvisningsformalitet	84,40 %	⬆	

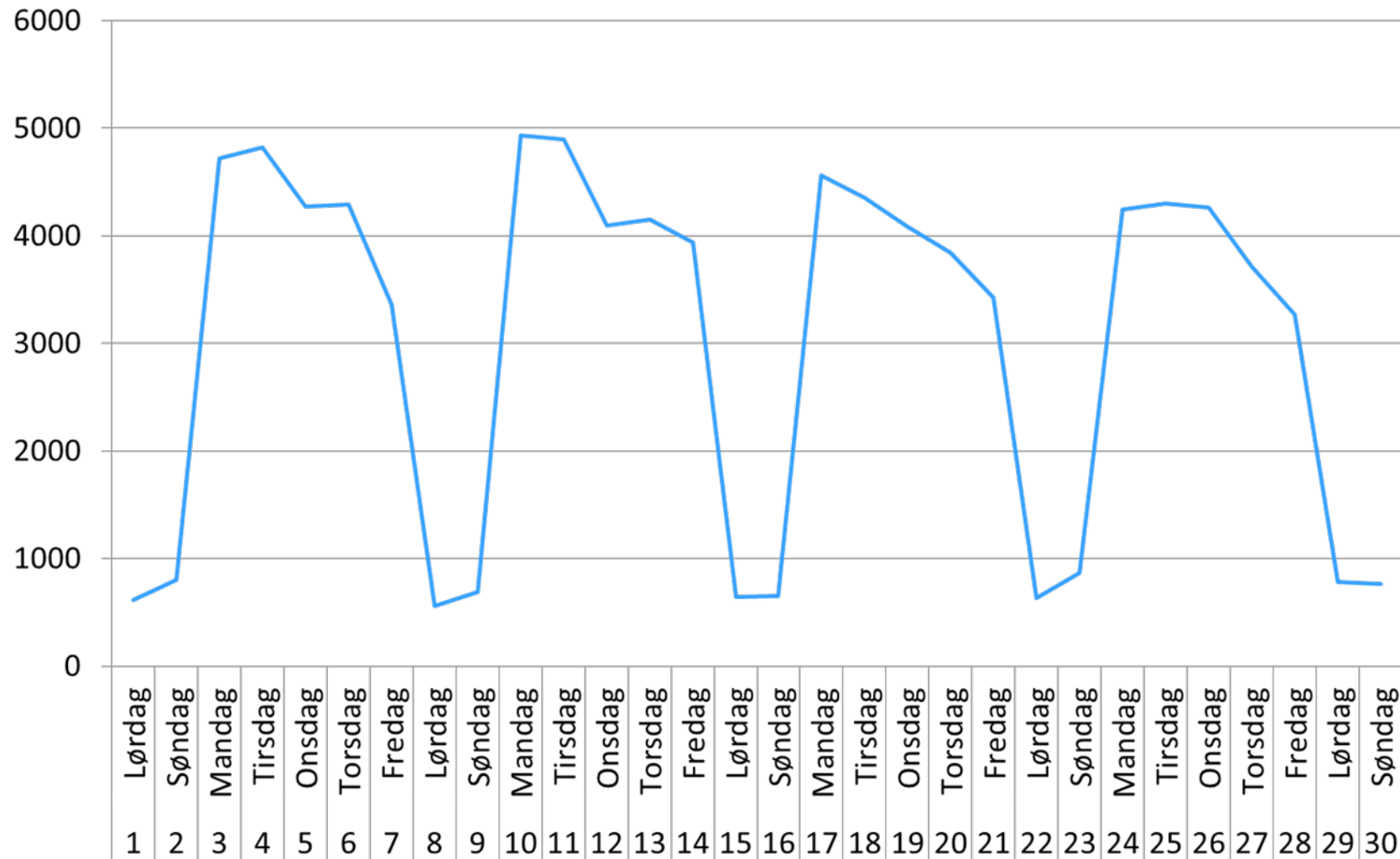
# 2.9 eHåndboken – nivå 1 og 2 – september 2018



# 2.9 Utvikling siste 12 måneder – alle eHåndboksdokumenter



# 2.9 Daglige oppslag i eHåndboken i september 2018



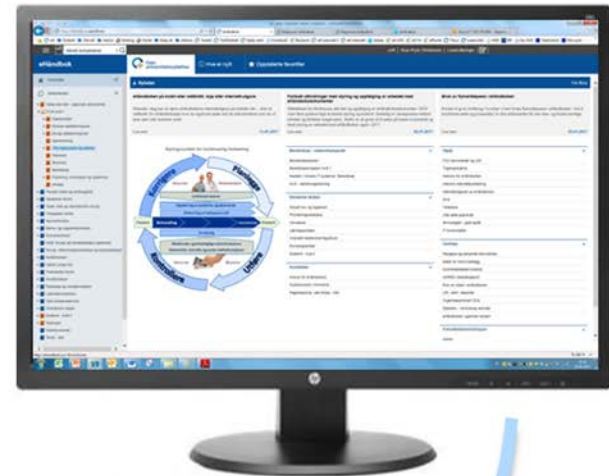


# 2.9 eHåndboken på internett og mobilapp

4226 dokumenter tilgjengelig på internett, dvs. 15 % av interne dokumentene i eHåndboken.



App for lesing med eller uten nettverk



eHåndbokens internettutgave kan leses av alle med internetttilgang - hjemme eller på mobilen

# 3.1 Økonomisk resultat

Tall i hele 1000 kr	Budsjett 2018	September				Hittil i 2018			
		Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %
Basisramme	11 889 309	979 950	991 577	-11 627	-1,2 %	8 701 334	8 803 842	-102 508	-1,2 %
Aktivitetsbaserte inntekter	8 447 259	727 907	756 063	-28 156	-3,7 %	6 235 011	6 286 472	-51 461	-0,8 %
Andre inntekter	2 714 720	238 022	241 365	-3 343	-1,4 %	2 008 128	1 990 594	17 534	0,9 %
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>23 051 288</b>	<b>1 945 879</b>	<b>1 989 005</b>	<b>-43 126</b>	<b>-2,2 %</b>	<b>16 944 473</b>	<b>17 080 907</b>	<b>-136 435</b>	<b>-0,8 %</b>
Lønn -og innleiekostnader	15 828 574	1 391 569	1 378 658	-12 911	-0,9 %	11 707 176	11 698 171	-9 005	-0,1 %
Kjøp av helsejenester	492 303	32 794	41 181	8 388	20,4 %	359 593	368 846	9 252	2,5 %
Varekostnader mv	2 622 546	214 302	228 838	14 536	6,4 %	1 910 587	1 954 590	44 003	2,3 %
Andre driftskostnader	3 965 783	310 339	328 416	18 078	5,5 %	2 911 224	2 954 204	42 980	1,5 %
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>22 909 206</b>	<b>1 949 004</b>	<b>1 977 095</b>	<b>28 091</b>	<b>1,4 %</b>	<b>16 888 581</b>	<b>16 975 811</b>	<b>87 231</b>	<b>0,5 %</b>
Driftsresultat	142 082	-3 125	11 910	-15 035	-0,8 %	55 892	105 096	-49 204	-0,3 %
Netto finans	32 918	3 767	2 674	1 093	40,9 %	25 737	26 154	-417	-1,6 %
<b>Resultat OUS</b>	<b>175 000</b>	<b>643</b>	<b>14 584</b>	<b>-13 941</b>	<b>-0,7 %</b>	<b>81 629</b>	<b>131 250</b>	<b>-49 621</b>	<b>-0,3 %</b>

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>	8 638 683	8 741 191	-102 508	Basisramme er redusert med 103 mnok per september, som følge av reduserte pensjonskostnader.
<b>Kvalitetsbasert finansiering</b>	62 651	62 651	0	Inntektsføres som budsjett.
<b>ISF egne pasienter</b>	2 841 729	2 960 863	-119 134	De totale ISF-inntektene er om lag 69 mnok lavere enn budsjett per september. I dette ligger et positivt avvik på 44 mnok relatert til refusjon for pasientadministrerte legemidler (hovedsakelig knyttet til de nye legemidlene som ble overført i 2017 og 2018). Det negative aviket kan i stor grad relateres til dag-/døgnbehandling innen somatikken. Dette har sammenheng med lavere aktivitet enn forutsatt i flere klinikker hittil i år. I september måned isolert var aktiviteten innen somatikken om lag 6 % lavere enn budsjettet og det er negative avik i de fleste somatiske klinikkene. I akkumulert avvik inngår også avik knyttet til negativ gruppereffekt ut over budsjettet, noe forsinket effekt av tiltak og noe dårligere utnyttelse av operasjonsstuene enkelte steder.
<b>ISF somatisk poliklinisk aktivitet</b>	645 386	644 278	1 108	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 avik på om lag 1 mnok. Innen PHA er det et akkumulert positivt avik på om lag 5 mnok, som fordeler seg på alle fagområder.
<b>ISF-refusjon fritt behandlingsvalg</b>	0	0	0	
<b>ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB</b>	53 040	47 728	5 312	
<b>ISF-refusjon pasientadministrerte legemidler</b>	93 262	49 244	44 018	
<b>Utskrivningsklare pasienter</b>	7 988	2 527	5 462	Antall utskrivningsklare pasienter er høyere enn forventet, derfor også noe høyere inntekt.
<b>Gjestepasienter</b>	532 802	487 726	45 076	Det er et positivt avik på om lag 2 mnok relatert til PHA og TSB og et negativt avik på om lag 9 mnok relatert til kurdøgn. Det øvrige aviket kan i sin helhet relateres til somatikken, både dag-/døgnbehandling og poliklinisk behandling.
<b>Salg av konserninterne helsetjenester</b>	1 532 768	1 585 809	-53 041	Salg av helsetjenester til andre i egen region er om lag 53 mnok lavere enn budsjettet per september. Det negative aviket gjelder stor grad dag- og døgnaktivitet innen somatikken (hvorav deler av dette også kan relateres til gruppereffekt ut over budsjettet). PHA har et positivt avik 6 mnok og kurdøgn (SSE og Geilomo) et positivt avik på om lag 9 mnok.
<b>Polikliniske inntekter</b>	528 036	508 297	19 739	Om lag 16 mnok av det positive aviket gjelder merinntekter ved Kreftklinikken og kreftcytogenetikk. Resten av det positive aviket kan relateres til øvrig laboratorievirksomhet.
<b>Andre øremerkede tilskudd</b>	995 884	1 096 360	-100 476	Inntektene føres i takt med faktisk forbruk (kostnadene).
<b>Andre driftsinntekter</b>	1 012 244	894 233	118 011	Aviket gjelder i hovedsak øremerkede tilskudd fra private som salderes under øremerkede tilskudd. Det er for øvrig mindre, både positive og negative avik på flere flere poster.
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>16 944 473</b>	<b>17 080 907</b>	<b>-136 435</b>	
<b>Kjøp av off helsetjenester</b>	45 436	32 587	-12 850	Kjøp av helsetjenester fra andre regioner er om lag som budsjettet. Aviket kan i sin helehet relateres til tilskudd gitt fra nasjonalt kompetansesenter til andre foretak. Aviket har motpost på inntektsiden under andre øremerkede tilskudd.
<b>Kjøp av private helsetjenester</b>	259 555	279 015	19 460	Det positive aviket gjelder i hovedsak lavere kostnader til kjøp av behandling i utlandet.
<b>Varekostnader</b>	1 910 587	1 955 905	45 318	Det er noe lavere kostnader enn budsjettet på både medikamenter og andre medisinske forbruksvarer. Aviket kan ses i sammenheng med lavere aktivitet enn forutsatt.
<b>Innleid arbeidskraft</b>	164 834	122 050	-42 784	Innleiekostnadene er om lag 43 mnok høyere enn budsjettet og også høyere enn på samme tid i fjor (7 %).
<b>Kjøp av konserninterne helsetjenester</b>	54 602	57 251	2 649	Det positive aviket gjelder i hovedsak høyere inntekter enn budsjettet ved TSB. Somatikk (dag-/døgnbehandling) og PHA (kurdøgn Vop og BUP) har små negative avik.
<b>Lønn til fast ansatte</b>	8 274 621	8 268 321	-6 300	De samlede lønnskostnadene er 32 mnok lavere enn budsjettet. I dette aviket inngår rundt 106 mnok i lavere pensjonskostnader enn forutsatt i budsjettet. Aviket ekskl. pensjonseffekt er således negativt med om lag 74 mnok. En mindre del av aviket kan knyttes til øremerkede midler. Lønnsrefusjonene er høyere enn budsjettet, men må ses i sammenheng med høyere kostnader til overtid og ekstrahjelp. I september isolert er lønnskostnadene høyere enn budsjettet, til tross for lavere aktivitet.
<b>Overtid og ekstrahjelp</b>	954 208	862 248	-91 960	
<b>Pensjon</b>	1 488 311	1 593 882	105 571	
<b>Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft</b>	-556 658	-535 010	21 647	
<b>Annen lønn</b>	1 381 860	1 385 358	3 498	
<b>Avskrivninger</b>	675 650	675 098	-553	
<b>Nedskrivninger</b>	1	19 273	19 272	
<b>Andre driftskostnader</b>	2 235 573	2 259 834	24 261	Andre driftskostnader har totalt et positivt avik på 24 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 avik, både positive og negative, på flere poster.
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>16 888 581</b>	<b>16 975 811</b>	<b>87 231</b>	
<b>Finansinntekter</b>	-57 377	-63 701	-6 324	Det er et negativt avik på finansinntektene som i all hovedsak kommer som følge av negativt bidrag fra datterselskaper. Dette forventes å jevne seg ut i løpet av året. Positivt avik på finanskostnadene har sammenheng med noe lavere renter, samt lavere utnyttelse av driftskreditt enn forutsatt i budsjettet.
<b>Finanskostnader</b>	31 640	37 547	5 907	
<b>Netto finans</b>	<b>-25 737</b>	<b>-26 154</b>	<b>-417</b>	
<b>TOTALT</b>	<b>81 629</b>	<b>131 250</b>	<b>-49 621</b>	

## 3.2 Økonomisk resultat – per klinikk

Rapportering September 2018 tall i hele 1000 kr	September				Hittil i år			
	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %
<b>Klinikk psykisk helse og avhengighet</b>	-2 926	0	-2 926	-1,5 %	-9 511	0	-9 511	-0,6 %
<b>Medisinsk klinikk</b>	-3 185	0	-3 185	-2,7 %	-8 583	0	-8 583	-0,8 %
<b>Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi</b>	-9 779	0	-9 779	-12,1 %	-41 964	0	-41 964	-6,6 %
<b>Nevroklubben</b>	-1 904	0	-1 904	-2,1 %	-31 481	0	-31 481	-4,1 %
<b>Ortopedisk klinikk</b>	-5 461	0	-5 461	-8,7 %	-13 499	0	-13 499	-2,5 %
<b>Barne- og ungdomsklinikken</b>	-9 183	0	-9 183	-8,0 %	1 186	0	1 186	0,1 %
<b>Kvinneklinikken</b>	-350	0	-350	-0,6 %	-12 590	0	-12 590	-2,4 %
<b>Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon</b>	-5 849	0	-5 849	-5,8 %	-37 576	0	-37 576	-4,2 %
<b>Kreftklubben</b>	-6 392	0	-6 392	-4,0 %	20 156	0	20 156	1,5 %
<b>Hjerte-, lunge- og karklinikken</b>	-11 152	0	-11 152	-9,9 %	-46 270	0	-46 270	-5,0 %
<b>Akuttklubben</b>	-1 644	0	-1 644	-0,9 %	-16 749	0	-16 749	-1,1 %
<b>Prehospital klinikk</b>	-1 188	0	-1 188	-1,3 %	-4 391	0	-4 391	-0,6 %
<b>Klinikk for laboratoriemedisin</b>	908	0	908	0,5 %	1 413	0	1 413	0,1 %
<b>Klinikk for radiologi og nukleærmedisin</b>	-1 123	0	-1 123	-1,5 %	-1 950	0	-1 950	-0,3 %
<b>Oslo sykehusservice</b>	-902	0	-902	-0,4 %	-6 234	0	-6 234	-0,3 %
<b>Direktørens stab</b>	8 195	0	8 195	6,8 %	66 738	0	66 738	5,7 %
<b>Fellesposter</b>	49 949	11 385	38 563	127,6 %	201 536	102 010	99 526	19,2 %
<b>Konsem</b>	2 629	3 197	-568		21 398	29 225	-7 827	
<b>Sum OUS</b>	<b>643</b>	<b>14 584</b>	<b>-13 941</b>	<b>-0,7 %</b>	<b>81 629</b>	<b>131 250</b>	<b>-49 621</b>	<b>-0,3 %</b>

# 3.2 Kommentarer til klinikkens resultater

Klinikk	Avvik i mill kr	Overordnet beskrivelse av avvik
Klinikk psykisk helse og avhengighet	-10	Klinikken har høyere driftskostnader enn budsjettert, hovedsakelig knyttet til lønnsområdet hvor det negative avviket utgjør 25,4 mnok. Positivt avvik på varekostnader gjør at de totalt driftsutgiftene er 22,1 mnok høyere enn budsjettert. Klinikken har også høyere aktivitetsbaserte inntekter enn budsjettert.
Medisinsk klinikk	-9	Driftsinntektene er 1,6 mnok høyere enn budsjettert. Totalt har utgiftsiden et negativt avvik på 10 mnok, hovedsakelig knyttet til høyere lønnskostnader enn budsjettert. Innleie har et positivt avvik på 4,6 mnok. Varekostnadene har et positivt avvik på 7,6 mnok.
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	-42	I det samlede avviket utgjør avvik knyttet til aktivitetsbaserte inntekter over 20 mnok. Avviket på driftsutgiftene er i all hovedsak knyttet til høyere lønnskostnader enn budsjettert (-25,4 mnok).
Nevroklinikken	-31	De aktivitetsbaserte inntektene er om lag 10 mnok lavere enn budsjettert. Hoveddelen av dette er relatert til nedgang i antall tracheostomier. Klinikken har et merforbruk på 21 mnok for sum driftsutgifter, hvorav alt er relatert til lønnsområdet.
Ortopedisk klinikk	-13	Høy aktivitet bidrar til høyere inntekter (16 mnok). Kostnadssiden har et negativt avvik på 29 mnok herav lønnsområdet med 13,5 mnok.
Barne- og ungdomsklinikken	1	Klinikken har høyere aktivitet og høyere inntekter enn budsjettert. Lønnsområdet har et negativt avvik på 9,4 mnok. For varekostnader er det et negativt avvik på 26 mnok som i stor grad knyttes til legemidler som viderefaktureres og som dermed gir også gir høyere inntekt.
Kvinneklinikken	-13	Klinikken har lavere aktivitet enn planlagt (føden og repro.) noe som gir et negativt inntektsavvik på 3 mnok. Lønnskostnadene er høyere enn budsjettert (8 mnok). Samlet gir dette et negativt avvik på 12,6 mnok hittil i år.
Klinikk for kirurgi, inflammasjons-medisin og transplantasjon	-38	Klinikken har lavere aktivitet enn planlagt per september (3,1%) noe som gir et negativt inntektsavvik på om lag 22,5 mnok. Kostnadene er høyere enn budsjettert, hvorav 12,6 mnok gjelder lønnsområdet. Det er også noe høyere innleiekostnader enn forutsatt.
Kreftklinikken	20	Klinikkens aktivitet og tilhørende DRG-inntekt er lavere enn budsjettert (3 mnok), mens lab.inntektene har et positivt avvik på om lag 30,2 mnok. Medikamenterkostnadene er lavere enn budsjettert mens lønnskostnadene er høyere. Andre driftskostnader er noe høyere enn budsjettert, hovedsakelig knyttet til kostnader i forbindelse med stamcelletransplantasjoner.
Hjerte-, lunge- og karklinikken	-46	Klinikken har noe lavere aktivitet enn budsjettert og et negativt inntektsavvik på 19,3 mnok. Driftskostnadene er 27 mnok høyere enn budsjettert, hvorav lønn utgjør 13,2 mnok. Deler av dette skyldes endringer i pasientsammenstningen som gir høyere varekostnader.
Akuttklinikken	-17	Akuttklinikken negative resultat skyldes i hovedsak merforbruk knyttet til innleie fra vikarbyrå, samt høyere lønnskostnader enn budsjettert.
Prehospital klinikk	-4	Økt oppdragsmengde gir økte variable lønnskostnader (over 15 mnok), mens kostnadene knyttet til Pasientreiser er noe lavere enn budsjettert, blant annet som følge av lavere priser enn forventet.
Klinikk for laboratoriemedisin	1	Klinikken har et resultat per september 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	-2	Inntektsavviket på om lag 4,4 mnok kan knyttes til lavere aktivitet enn forutsatt (PET og poliklinikk). Varekostnadene har et mindreforbruk på 5 mnok og lønnskostnadene er om lag 4 mnok høyere enn budsjettert.
Oslo sykehusservice	-6	OSS har høyere kostnader enn budsjettert blant annet til energi (-24,2 mnok) og behandlingshjelpemidler (-5,3 mnok).
Stab	67	Direktørens stab har samlet et mindreforbruk i forhold til budsjettert på 66,7 mnok. 38 mnok av dette kan knyttes til IKT-området, mens øvrig stab står for om lag 28,6 mnok.
Fellesposter / konsern mv	92	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	-50	

## 3.2 Gjennomføring av tiltak

KLINIKK (tall i 1000 kr)	Plan tiltak per SEPT	Effekt tiltak per SEPT	Gjennomførings- % tiltak pr SEPT	Plan for tiltak i 2017	Årsprognose tiltak	Gjennomførings- % tiltak årsprognose
PHA	34 992	17 553	50 %	46 656	29 217	63 %
MED	13 712	9 730	71 %	18 116	14 607	81 %
HHA	17 632	8 250	47 %	28 550	17 200	60 %
NVR	10 165	8 278	81 %	13 200	10 885	82 %
OPK	965	938	97 %	6 203	4 089	66 %
BAR	16 524	15 216	92 %	27 510	23 630	86 %
KVI	3 461	3 083	89 %	4 200	3 620	86 %
KIT	9 250	2 280	25 %	12 130	4 070	34 %
KRE	13 043	13 611	104 %	18 457	19 160	104 %
HLK	13 318	9 020	68 %	20 450	18 920	93 %
AKU	18 917	5 946	31 %	25 194	8 229	33 %
PRE	5 538	2 749	50 %	7 750	4 650	60 %
KLM	29 975	15 789	53 %	40 295	29 943	74 %
KRN	10 947	10 195	93 %	11 929	10 927	92 %
OSS	37 737	36 404	96 %	52 539	48 539	92 %
<b>SUM</b>	<b>236 176</b>	<b>159 042</b>	<b>67 %</b>	<b>333 179</b>	<b>247 686</b>	<b>74 %</b>

## 3.3 Investeringer

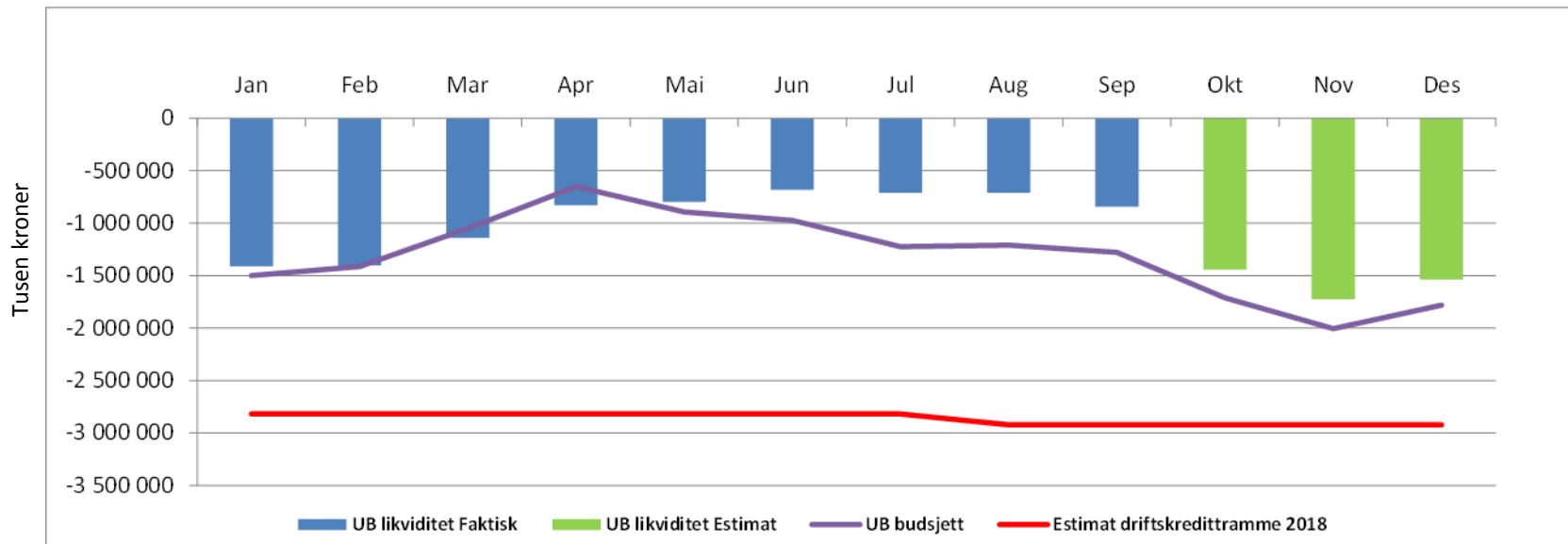
<i>(Beløp i millioner kroner)</i>		Planlagt gjennomføring i 2018 <sup>1)</sup>	Planlagt gjennomføring hiå.	Bokførte investeringer hiå.	Avvik hiå.	Prognose gjennomføring 2018	Endring i ft. planlagt gjennomføring 2018
Investeringer	MTU	493	397	360	-37	554	61
	Bygg	759	527	279	-247	491	-268
	Annet	58	23	22	-1	58	0
	<i>Sum investeringer i bygg og utstyr</i>	<i>1 310</i>	<i>947</i>	<i>661</i>	<i>-285</i>	<i>1 103</i>	<i>-207</i>
	Egenkapital pensjon	55	19	56	37	56	1
	IKT <sup>2)</sup>	71	47	20	-27	41	-30
	<b>SUM</b>	<b>1 435</b>	<b>1 013</b>	<b>737</b>	<b>-275</b>	<b>1 200</b>	<b>-235</b>
Finansiering	Ordinær likviditet	326	229	179	-50	326	0
	Driftsresultat	377	287	179	-107	193	-184
	Fordring på HSØ RHF	7	0	0	0	7	0
	Lån	317	228	137	-91	231	-86
	Øremerkede tilskudd	6	4	23	18	19	13
	Finansiell leie	371	265	219	-45	392	22
	Annen finansiering	31	0	0	0	31	0
	<b>SUM</b>	<b>1 435</b>	<b>1 013</b>	<b>737</b>	<b>-275</b>	<b>1 200</b>	<b>-235</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. Anskaffelsene finansieres ved utbetaling av lån fra Oslo universitetssykehus til Sykehuspartner.

# 3.3 Likviditet

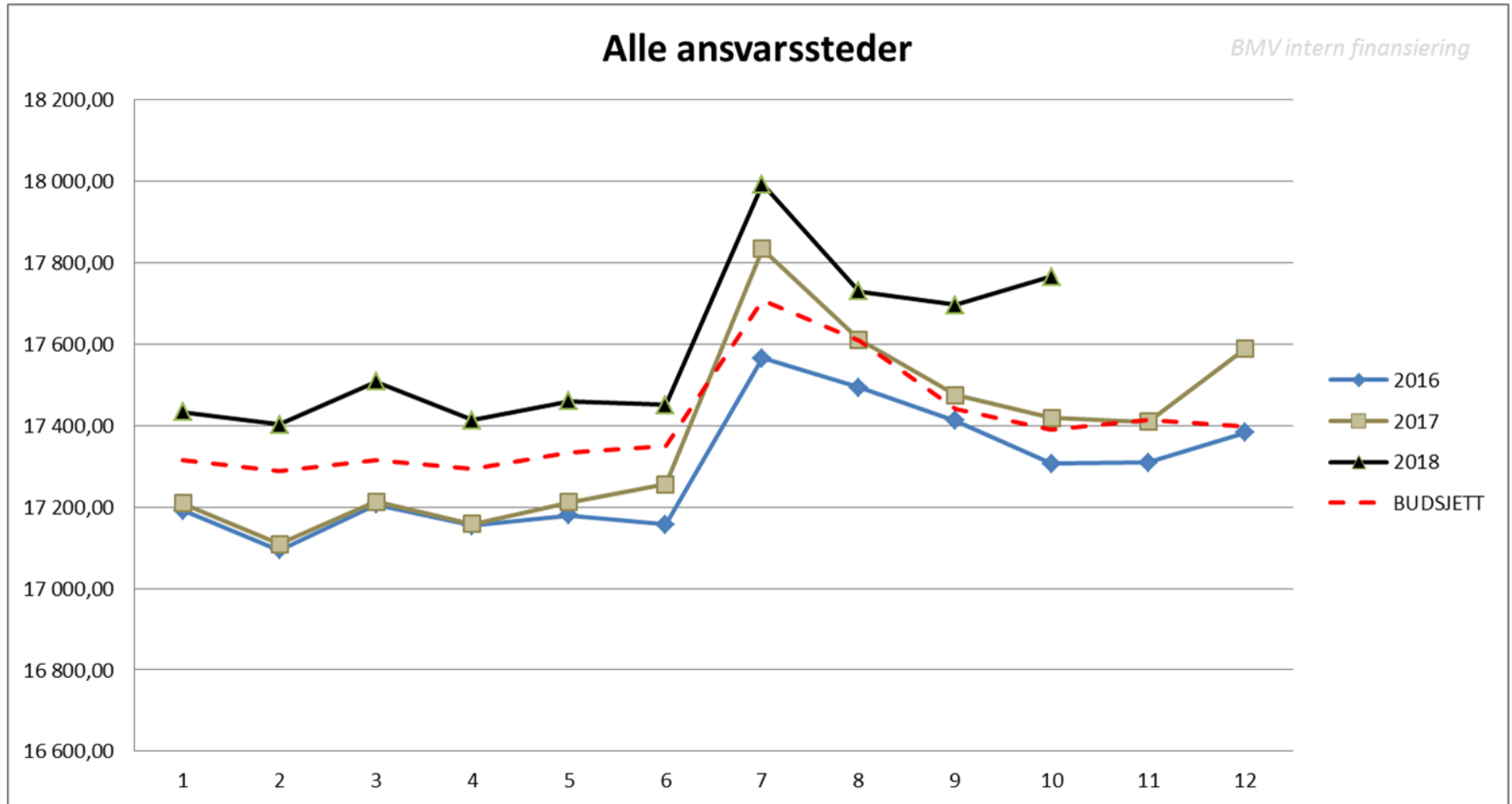
**Utvikling likviditet**  
(utgående saldo ved periodeslutt)



Rapportert og estimert utvikling i likviditet omfatter i hovedsak benyttet 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			
	OKTOBER 2018	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr OKTOBER	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ OKTOBER 2018 mot OKTOBER 2017	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
<b>Brutto månedsverk, herav:</b>	<b>19 273</b>	<b>18 925</b>	<b>347</b>	<b>19 084</b>	<b>18 945</b>	<b>140</b>	<b>0,7 %</b>	<b>314</b>	<b>1,7 %</b>	<b>228</b>	<b>1,2 %</b>
- internt finansierte	17 767	17 390	377	17 586	17 404	181	1,0 %	347	2,0 %	236	1,4 %
- eksternt finansierte	1 506	1 535	-29	1 499	1 540	-42	-2,7 %	-33	-2,1 %	-8	-0,5 %
- månedslønnede	17 953	17 801	152	17 817	17 811	6	0,0 %	246	1,4 %	208	1,2 %
- variabelønnede	1 320	1 125	195	1 268	1 134	134	11,8 %	68	5,4 %	20	1,6 %
- fast ansatte	14 802			14 746				264	1,8 %	336	2,3 %
- midlertidig ansatte	4 469			4 336				49	1,1 %	-109	-2,4 %

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			
	OKTOBER 2018	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr OKTOBER	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ OKTOBER 2018 mot OKTOBER 2017	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Funksjonsområde											
Psykisk helse og rus	2 263	2 280	-17	2 272	2 291	-19	-0,8 %	50	2,2 %	46	2,1 %
Somatiske kliniske klinikker	8 611	8 277	333	8 484	8 293	192	2,3 %	171	2,0 %	125	1,5 %
Medisinske støttefunksjoner	4 801	4 764	37	4 756	4 748	7	0,2 %	107	2,3 %	80	1,7 %
Stab og OSS	2 092	2 069	23	2 088	2 072	-4	-0,2 %	19	0,9 %	-20	-0,9 %
<b>OUS</b>	<b>17 766</b>	<b>17 390</b>	<b>377</b>	<b>17 586</b>	<b>17 404</b>	<b>181</b>	<b>0</b>	<b>347</b>	<b>0</b>	<b>236</b>	<b>0</b>

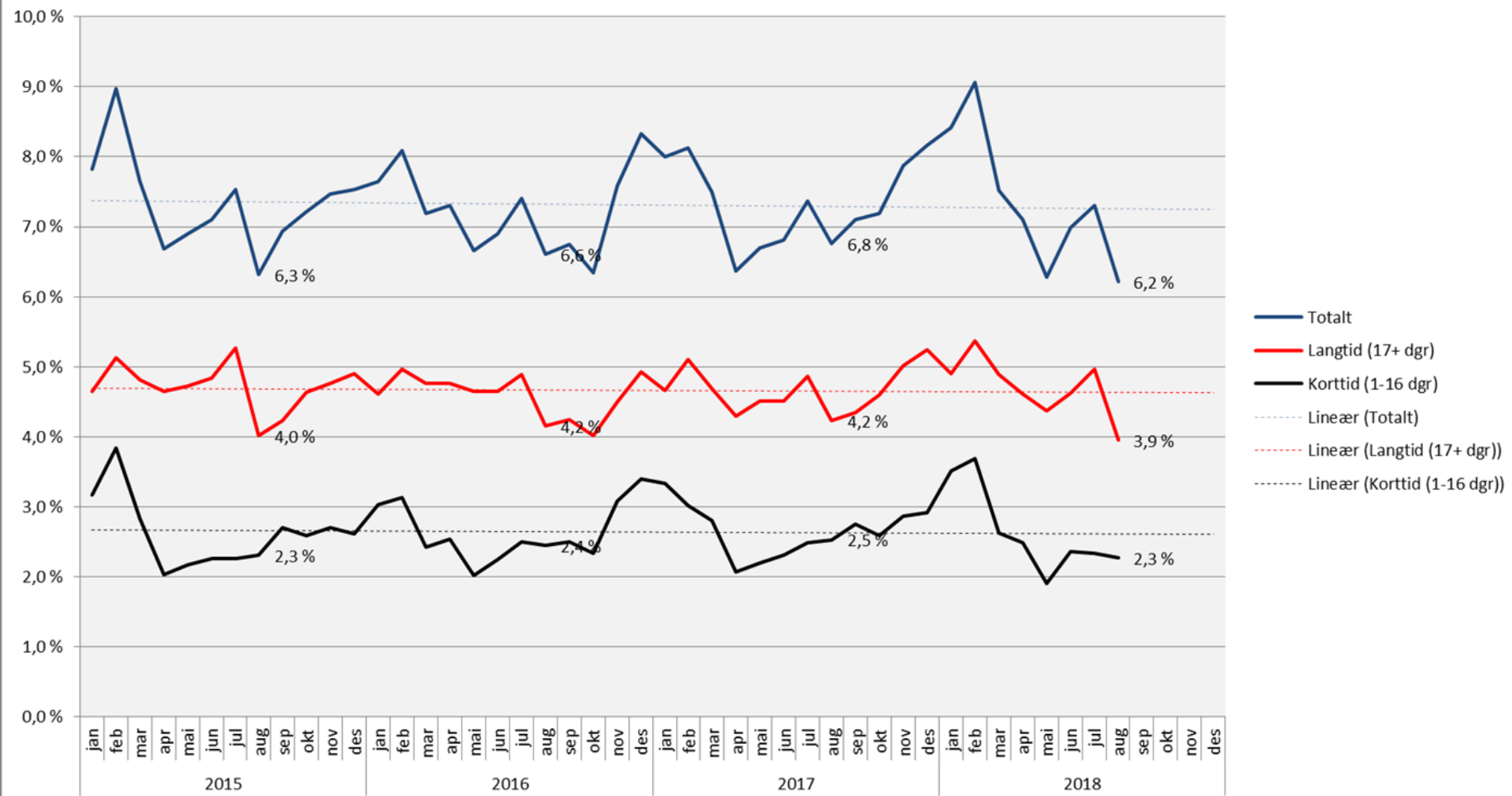
INTERNT FINANSIERTE	Denne måned			Hittil i 2018				2018 mot 2017			
	OKTOBER 2018	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr OKTOBER	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ OKTOBER 2018 mot OKTOBER 2017	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Klinikk											
AKU	1 825	1 813	12	1 817	1 807	9	0,5 %	43	2,4 %	31	1,7 %
PRE	813	807	5	806	800	6	0,7 %	18	2,2 %	26	3,4 %
PHA	2 263	2 280	-17	2 272	2 291	-19	-0,8 %	50	2,2 %	46	2,1 %
MED	1 307	1 256	51	1 296	1 273	23	1,8 %	19	1,5 %	4	0,3 %
HLK	895	852	43	870	846	24	2,8 %	29	3,3 %	23	2,7 %
KIT	1 021	984	37	1 016	984	32	3,2 %	8	0,8 %	19	1,9 %
KLM	1 348	1 348	1	1 338	1 347	-9	-0,7 %	5	0,4 %	1	0,1 %
KRE	1 388	1 377	11	1 373	1 367	7	0,5 %	23	1,7 %	23	1,7 %
KRN	815	796	19	795	794	1	0,2 %	41	5,3 %	22	2,8 %
KM	670	650	20	673	661	12	1,8 %	0	0,1 %	3	0,5 %
NVR	929	861	68	914	858	55	6,4 %	23	2,5 %	24	2,7 %
OPK	618	598	20	607	599	7	1,2 %	3	0,5 %	-3	-0,5 %
HHA	798	762	37	777	758	19	2,5 %	36	4,7 %	25	3,4 %
BAR	985	938	46	960	946	14	1,5 %	28	2,9 %	6	0,7 %
OSS	1 883	1 852	31	1 867	1 855	12	0,6 %	21	1,1 %	-13	-0,7 %
DST	209	217	-8	202	217	-16	-7,2 %	-2	-1,0 %	-6	-3,0 %
<b>OUS</b>	<b>17 767</b>	<b>17 390</b>	<b>377</b>	<b>17 586</b>	<b>17 404</b>	<b>181</b>	<b>1,0 %</b>	<b>347</b>	<b>2,0 %</b>	<b>236</b>	<b>1,4 %</b>

## 4.2 Månedsværk fordelt på stillingskategorier

Alle ansvarsteder												
Brutto månedsværk ekskl eksternt finansiert	Forrige periode	Denne periode	Hittil 2017	Hittil 2018	2018 mot 2017				Stillingskategoriernes gjennomsnittlige andel			
	SEP 2017	OKT 2018	Pr. OKT 2017	Pr. OKT 2018	Δ OKT 2018 mot OKT 2017	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring	Andel 2017	Andel 2018	Relativ endring	
(1) Administrasjon/Ledelse	2 900	2 905	2 861	2 893	37	1,3 %	31	1,1 %	16,5 %	16,4 %	-0,3 %	
(2) Pasientrettede stillinger	1 534	1 482	1 497	1 515	11	0,7 %	18	1,2 %	8,6 %	8,6 %	-0,1 %	
(3) Leger	2 593	2 613	2 472	2 547	112	4,5 %	75	3,0 %	14,2 %	14,5 %	1,6 %	
(3a) Overleger	1 601	1 616	1 523	1 578	73	4,7 %	55	3,6 %	8,8 %	9,0 %	2,2 %	
(3b) LIS-leger	935	942	898	918	42	4,7 %	20	2,2 %	5,2 %	5,2 %	0,8 %	
(3c) Turnusleger	-	-	-	-	-	0,0 %	-	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	
(4) Psykologer	304	309	285	303	23	7,9 %	18	6,4 %	1,6 %	1,7 %	5,0 %	
(5) Sykepleier	6 000	6 083	5 918	6 005	122	2,0 %	87	1,5 %	34,1 %	34,1 %	0,1 %	
(6) Helsefagarbeider/hjelpepleier	497	495	510	500	-8	-1,6 %	-10	-2,0 %	2,9 %	2,8 %	-3,3 %	
(7) Diagnostisk personell	1 511	1 509	1 472	1 488	30	2,1 %	16	1,1 %	8,5 %	8,5 %	-0,2 %	
(8) Apotekstillinger	2	2	2	2	-0	-1,5 %	0	17,4 %	0,0 %	0,0 %	15,8 %	
(9) Drifts/teknisk personell	1 411	1 430	1 452	1 427	2	0,1 %	-25	-1,7 %	8,4 %	8,1 %	-3,0 %	
(10) Ambulansepersonell	573	562	536	560	11	2,1 %	24	4,5 %	3,1 %	3,2 %	3,1 %	
(11) Forskning	372	376	345	347	9	2,4 %	2	0,6 %	2,0 %	2,0 %	-0,7 %	
(99) Ukjente	-	-	1	0	-1	-100,0 %	-1	-92,9 %	0,0 %	0,0 %	-93,0 %	
<b>Alle stillingsgrupper</b>	<b>17 697</b>	<b>17 767</b>	<b>17 350</b>	<b>17 586</b>	<b>347</b>	<b>2,0 %</b>	<b>236</b>	<b>1,4 %</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 august 2018							
Denne periode	Korttid (1-16 dgr)			Langtid (17+ dgr)			Totalt sykefravær i %
	1-3 dager	4-16 dager	Korttid	17-56 dager	> 56 dager	Langtid	
AKU	1,3	1,0	2,3	1,3	2,3	3,6	5,9
PRE	1,1	0,9	2,1	1,8	2,1	3,9	6,0
PHA	1,2	1,3	2,5	1,8	2,4	4,2	6,7
MED	1,3	0,9	2,2	1,4	2,2	3,6	5,9
HLK	0,8	0,7	1,5	1,5	2,1	3,6	5,1
KIT	1,3	1,1	2,4	1,8	1,4	3,2	5,6
KLM	1,3	1,0	2,3	1,4	2,7	4,1	6,4
KRE	1,1	0,8	1,9	1,4	1,7	3,1	5,0
KRN	1,6	1,0	2,6	2,1	2,2	4,2	6,8
KVI	0,6	1,1	1,7	1,9	3,8	5,7	7,4
NVR	1,3	1,0	2,3	1,3	2,3	3,6	5,8
OPK	1,2	1,3	2,5	1,7	1,0	2,7	5,2
HHA	1,2	0,9	2,0	2,4	2,0	4,3	6,4
BAR	1,1	1,0	2,1	1,7	3,1	4,8	6,9
OSS	1,3	1,8	3,1	1,8	3,2	5,0	8,1
DST	0,2	0,3	0,5	0,9	0,2	1,1	1,6
<b>OUS</b>	<b>1,2</b>	<b>1,1</b>	<b>2,3</b>	<b>1,6</b>	<b>2,3</b>	<b>3,9</b>	<b>6,2</b>

## 4.4 Sykefravær per klinikk

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

# 5.1 Avtaler med industripartner

(via Inven2) - pågående studier\* - pr klinikk

<b>Pågående oppdragsstudier på OUS, ekskl. observasjonsstudier</b>	<b>Pr 3T 2016</b>	<b>Pr 3T 2017</b>	<b>Pr 2T 2018</b>
Klinikk psykisk helse og avhengighet			
Medisinsk klinikk	41	44	36
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	1	2	5
Nevroklinikken	12	10	10
Ortopediklinikken	2	3	3
Barne- og ungdomsklinikken	10	16	18
Kvinneklinikken	1	2	2
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	10	10	16
Kreftklinikken	106	112	134
Hjerte-, lunge- og karklinikken	13	9	11
Akuttklinikken	2	1	2
Prehospital klinikk	1		
Klinikk for laboratoriemedisin	3	2	2
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin		1	1
<b>Totalsum</b>	<b>202</b>	<b>212</b>	<b>240</b>

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



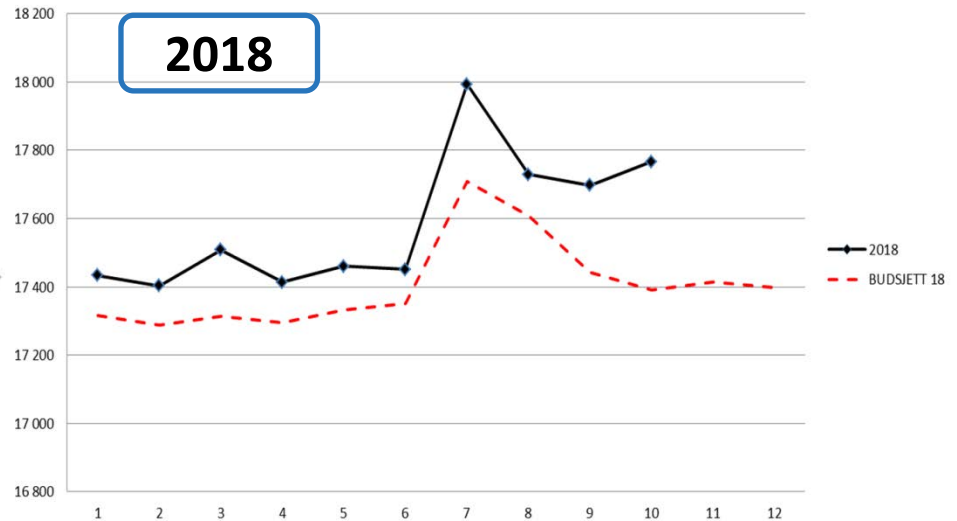
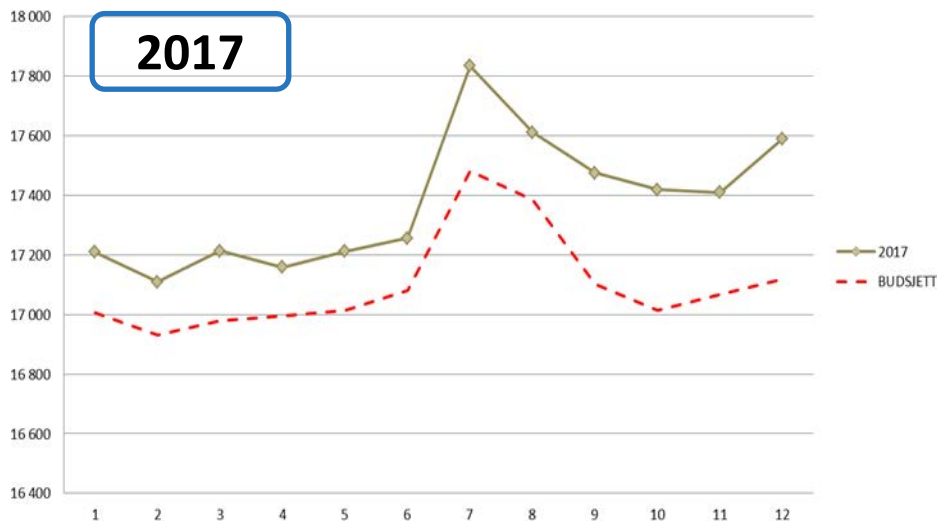
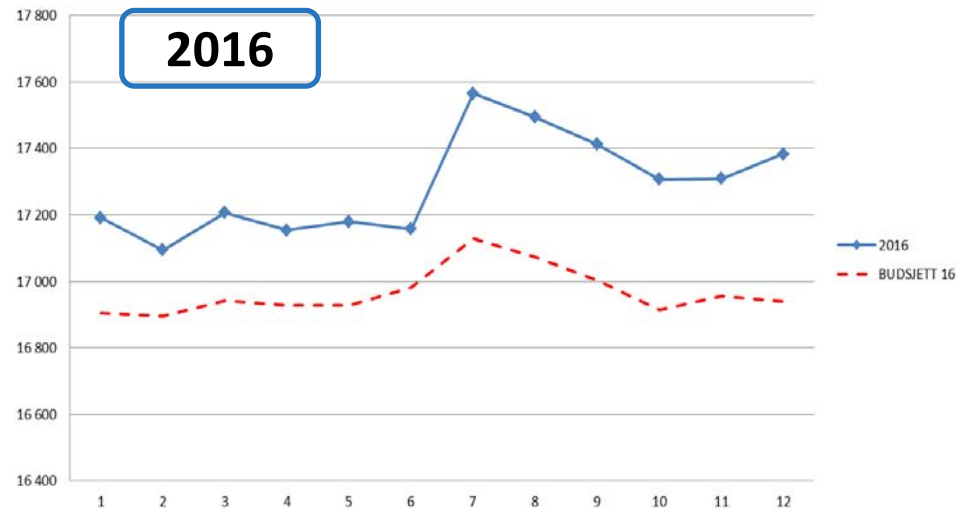
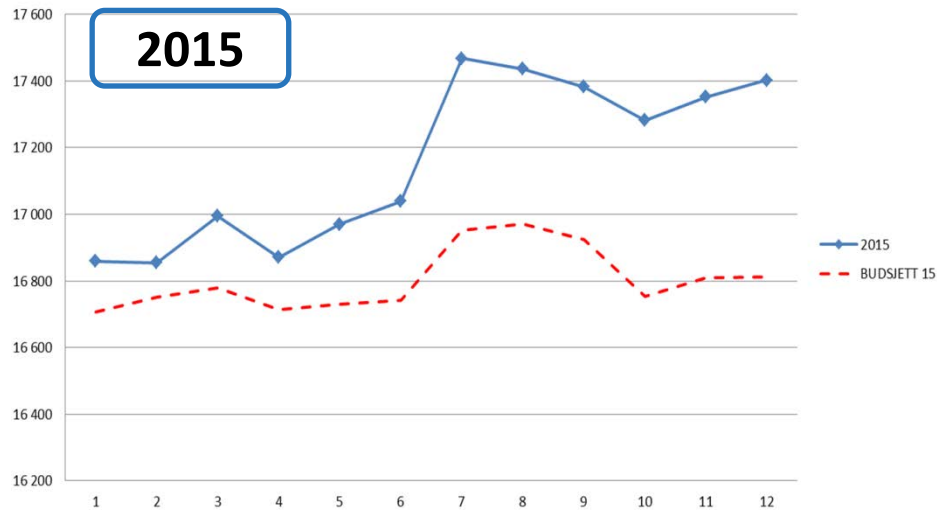
# 6.1 Eksterne tilsyn i perioden

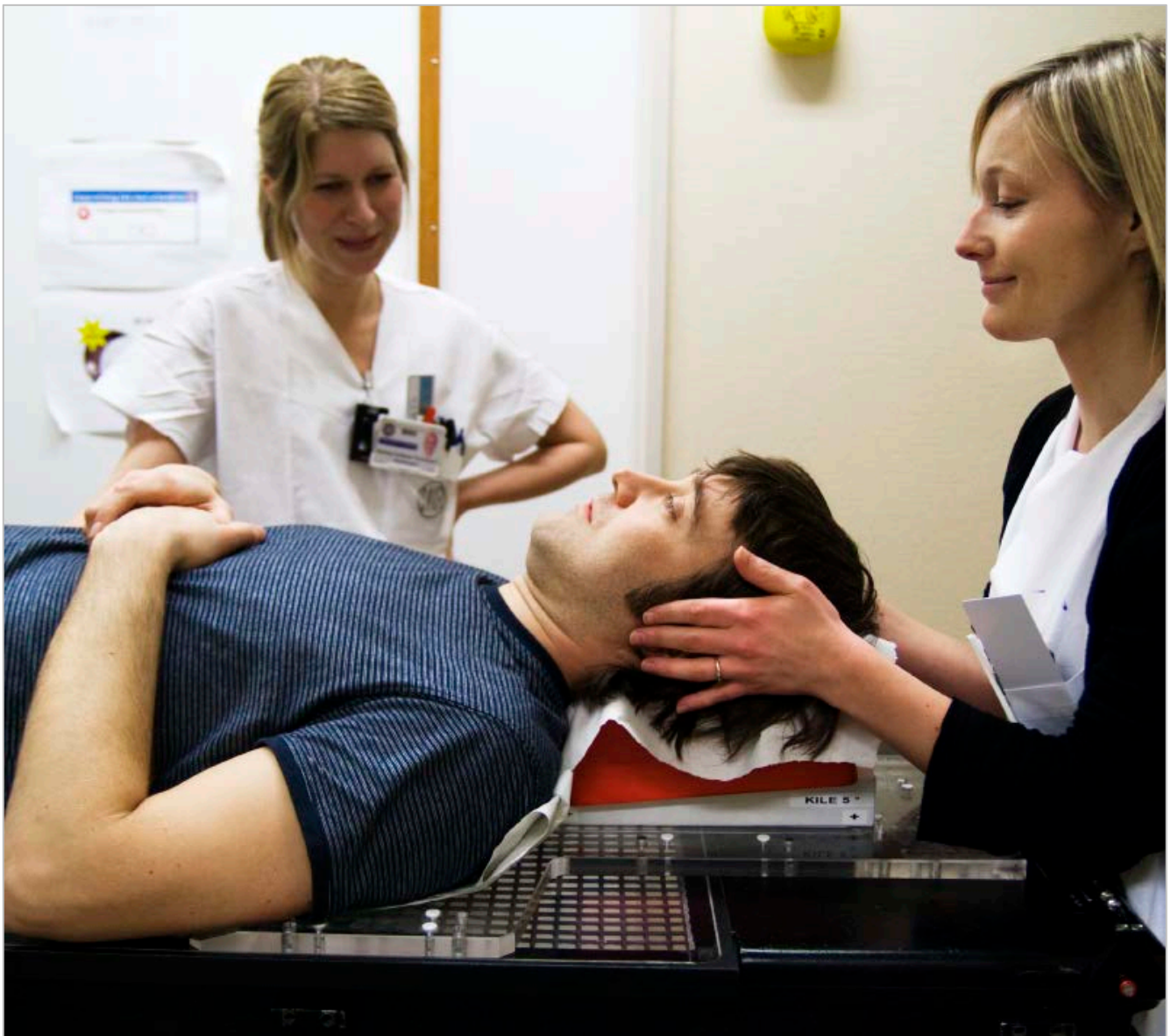
Tilsynsmyndighet	Antall tilsyn i tertialet	Antall avvik i tertial	Antall ikke lukkede avvik		Avvik i tertialet med bakgrunn i internkontrollkrav							Kommentar		
			I dette tertialet	Tidligere tertial/år	Mål, organisering, ansvar, myndighet	Arbeidstakeres kunnskap, ferdigheter, medvirkning	Brukererfaringer, medvirkning	Fare for svikt / lovbrudd, risikovurdering/-styring	Avvik, avdekke, rette opp, forebygge	Nødv. rutiner, dokumenter, dokumentstyring	Intern revisjon, gjennomgang av system		Bygg/anlegg/utstyr	
Statens Helsetilsyn				3									PHA jobber med lukking av sitt avvik. KVI jobber med sine 2 avvik	
Statens legemiddelverk	1	5	5							5			KLM jobber med sine 5 avvik, frist lukking 19/12-18	
Mattilsynet	3	1										1	Vedlikeholdsavvik i kantina på Ullevål. Planlegges utbedret romjul 2018	
Arbeidstilsynet	9												ARB er i PRE, men OUS har ikke mottatt rapporter pt	
Lokalt el-tilsyn	10	13	13										13	Frist lukking er i 3 tertial
Kommunelege/bydelsoverlege	1	2	2	3									2	OSS jobber med Nordre Aker skole sammen med PHA (2 avdelinger)
Kommunalt brannvesen	1	3											3	
Riksrevisjonen				6										Gjenåpnet og sammenslått 2 tilsyn (EPJ og MTU) hver har 3 avvik
Kommunal vann- og avløpsetat				2										Følger langtidsplan til utgangen av 2019.
<b>Antall</b>	<b>25</b>	<b>24</b>	<b>20</b>	<b>14</b>						<b>5</b>			<b>19</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 variabellønnsinnsats (Overtid, ekstrahjelp, tillegg osv) Sum stillingsprosent/100 for de som lønnes på månedslønn og de som har fast utvidet arbeidstid. UTA-tid omregnes til 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 variabellønnsinnsats (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.

# Bemanningsutvikling og budsjett





# Risikovurdering 3. tertial 2018

## **Innholdsfortegnelse**

<b>1. Risikovurdering 3. tertial 2018 - beskrivelse .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv (Pasientbehandling) .....</b>	<b>2</b>
<b>3. Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt.....</b>	<b>8</b>
<b>4. Fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon (Forskning, innovasjon og utdanning).....</b>	<b>11</b>
<b>6. God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør (Økonomi og infrastruktur) .....</b>	<b>14</b>

## **1. Risikovurdering 3. tertial 2018 – beskrivelse**

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

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

Risikovurderingen tar utgangspunkt i strategidokumentets fire tematiske områder.

Risikovurderingen for 3. tertial er en samlet revurdering av risikovurdering og tiltak fra 2. tertial, som inkluderer klinikkenes risikovurderinger. Altså en enklere prosess der klinikker og avdelinger ikke utarbeider egne risikovurderinger. Risikovurderingen er bearbeidet i Direktørens stab med bakgrunn i tidligere innspill og erfaringer og er gjennomgått med hovedverneombud og de tillitsvalgte.

I denne revurderte risikovurderingen er det gjort endringer innen områdene Resultat iht. budsjett 2018, Mangel på utdanningskapasitet for leger i spesialisering og Øhjelpsavvikling gastrokirurgi. Endringene er markert med piler i risikomatrisene. De fleste tiltakene er langsiktige og videreføres fra 2. tertial.

## 2. Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv (Pasientbehandling)

Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv		Sykehusnivå			07.09.18	
Gjelder all medisinsk og helsefaglig virksomhet: Diagnostikk, behandling, pleie og pasientoppfølging samt MTU, samhandling, pasientadm. og annet pasientrelatert arbeid.						
	Svært alvorlig (5)	Alvorlig (4)	Moderat (3)	Liten (2)	Meget liten (1)	
Konskvens	Svært alvorlig (5)	Legionella i vannforsyning	Ambulansestyring AMK	Tilgang til kritiske legemidler	Utsending av epikriser	
	Alvorlig (4)			Operasjonskapasitet	Kvittering av labsvar og andre svar	
	Moderat (3)					
	Lav (2)					
	Ubetydelig (1)					
	4	20	Moderat (3)	Stor (4)	Svært stor (5)	
	15	37	Sannsynlighet			

**Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv - risikoreduserende tiltak**

Risiko	Vurderinger/ tiltak
Kapasitet og standard - medisinsk-teknisk utstyr	<p>Det medisinsk tekniske utstyret ved sykehuset har høy gjennomsnittsalder og har til dels en for dårlig teknisk tilstand. Investeringsmidlene til nytt utstyr er lavere enn behovet.</p> <p>Tiltak: Det arbeides videre med årlige investeringer i tråd med Områdeplan for utskiftning av medisinsk teknisk utstyr.</p>
Bygg og bygningstekniske installasjoner	<p>Store deler av bygningsmassen er foreldet og ikke tilpasset moderne sykehusdrift. Flere komponenter innen elektroområdet (UPS, prioriterte heiser, el. fordelinger) har behov for oppgradering.</p> <p>Tiltak: Egen vedlikeholdstiltaksplan videreføres. Det jobbes aktivt for å holde kritisk utstyr i drift, herunder imøtekomme krav fra tilsynsmyndigheter ift. lov og forskrifter. Elektive investeringer til ordinært vedlikehold blir i mindre grad prioritert innenfor den totale rammen, noe som igjen øker risikoen for sammenbrudd.</p>
Sykehusinfeksjoner - økende resistens-utvikling - isoleringsbehov	<p>Det ligger til enhver tid pasienter med sykehusinfeksjon i OUS, hvorav om lag en tredjedel med postoperativ sårinfeksjon. Mange av disse kan forebygges. Forekomsten av resistente bakterier er sterkt økende, med flere utbrudd der mange hundre pasienter må screenes etter mulig eksponering.</p> <p>Tiltak: OUS følger handlingsplan for smittevern 2014 - 2018. Antibiotikastyringsprogrammet er under implementering, med planer for økt støtte i klinikkene.</p>
Øhjelpsavvikling gastrokirurgi	<p>Flere tilfeller med forsinkelse i avviklingen av øhjelp innen gastrokirurgi.</p> <p>Tiltak: Gjennomgang av operasjons- og PO-kapasitet, styring og organisering av øhjelpsvirksomheten på Ullevål. Det vurderes styrking av mellomvakter på hverdager og i helg for operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere, samt PO hele døgnet hele uken. Når brystkirurgi flytter fra Ullevål til Aker, vil det bli mulighet for to nye økter til øyeblikkelig hjelp kirurgi på dagtid pr uke. Ressursforsterkningene planlegges innført i en tiltakspakke der vi adresserer en rekke supplerende tiltak (effektiv kommunikasjon, samarbeid, standardisering etc.) som øker total effekt.</p>
Tilgjengelighet og kapasitetsutnyttelse; overholdelse av medisinsk faglig frist-tentativ dato	<p>Tentativ dato er styrende for alle pasientforløp og er den frist som settes for videre nødvendig medisinsk faglig oppfølging og kontinuitet. I OUS er det et for stort antall pasienter som ikke fått innfridd den angitte frist (antall pasientkontakter med passert planlagt tid), eller som er i et forløp hvor det ikke er angitt ny frist (åpen henvisningsperiode uten planlagt kontakt). Oversikt over tilgjengelige ressurser på poliklinikkene foreligger ikke langt nok fram i tid.</p> <p>Tiltak: Styrke samarbeidet med Velg behandlingssted. Videre sende henvisninger for utvalgte diagnosegrupper/pasientgrupper til avtalespesialister. Gi avslag til pasienter som ikke har behov for hjelp i spesialisthelsetjenesten. Gi "direkte time" innen 10 dager etter mottatt henvisning og gi "time i hånden" etter endt konsultasjon. Forebygge fristbrudd og etterleve meldeordningen til HELFO. Kvalitetssikre ventelistedata før melding til NPR og rette opp avvik fra NPR-tilbakemeldingen. Arbeidet med passert planlagt tid følges opp i Ledelsens gjennomgang 2. tertial. Indikatoren presenteres ukentlig for ledermøtet i "Min rapport". Ledermøtet er presentert for den planen Ventelisterådet følger for å sikre god målstyring og at det er tilrettelagt for gode arbeidsprosesser i forbindelse med bruk av tilgjengelige verktøy, oppfølging av mål og målinger, gjennomføring av operative tiltak og systemtiltak. Arbeidsprosessen er tilgjengelig i eHåndbok. I resultatmålingen av vårt forbedringsarbeid benyttes D-4829 og <a href="http://www.bit.ly/passertplanlagttid">www.bit.ly/passertplanlagttid</a> som</p>



Risiko	Vurderinger/ tiltak
	<p>verktøy og kilde.</p> <p>Tiltak: Implementere retningslinje <i>Tilgjengelighet og ressursstyring av poliklinisk virksomhet</i> (dok id 112897).</p> <p>Tiltak: Gi veiledning til opplæring til vurderende leger og behandlere slik at man er sikret en riktig forståelse av tentativ dato som begrep og at man oppnår forståelse for konsekvensene ved å passere planlagt tid/ikke planlegge ny tid for videre oppfølging. Etter innspill fra fagmiljøene og ventelisterådgivere er det sendt endringsønske til DIPS om at tentativ dato omdøpes til medisinsk frist eller planlagt tid. Dette fordi tentativ dato er for omtrentlig. Kontinuere tilbud om Internsertifisering- henvisningsperioden.</p>
Legionella i vannforsyning	<p>Det er tidligere funnet Legionella i deler av vannforsyningsanlegget ved Radiumhospitalet og Ullevål.</p> <p>Tiltak: Egen vannsikkerhetsplan for foretaket er etablert, med regelmessige kontrollprøver for å monitorere.</p>
Ambulansestyling AMK	<p>Med et stort, tett befolket geografisk område å dekke og ulike ambulansetjenester å koordinere, har det oppstått behov for et IKT- verktøy (beslutnings- og flåtestyringssystem) for bedre styring av tilgjengelige ressurser og materiell.</p> <p>Tiltak: Det er initiert et arbeid for ny permanent AMK sentral fordi man på sikt vil få betydelige kapasitetsproblemer igjen.</p> <p>Etablere bedre teknologiske løsninger i AMK som elektronisk beslutningsstøtte og flåtestyring - midlertidig i OUS og varig iht nasjonale prosesser. Dette inkluderer også EPJ.</p>
Operasjonskapasitet	<p>For lav operasjonskapasitet ved hovedlokalisasjonene.</p> <p>Tiltak: Gjennomført prosjekt for å bedre rutiner for operasjonsplanlegging, tiltakene følges og inngår i arbeidet til de kirurgiske driftsråd og driftsstyret. Strykninger monitoreres i ledermøtene.</p>
Tilgang til kritiske legemidler	<p>Leveringssvikt inn til sykehusapoteket av viktige legemidler.</p> <p>Tiltak: Legemiddelkomiteen i samarbeid med Sykehusapoteket Oslo holder oversikt over situasjonen og informerer ansatte ved OUS om:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hvilke legemidler hvor man har leveringssvikt</li> <li>- når/om de forventes tilbake</li> <li>- hvilke alternative legemidler som anbefales i den konkrete situasjonen.</li> </ul>
Intern overflytning av kritisk syke pasienter	<p>Tiltak: Omfanget av interne overflyttinger særlig fra Aker er kartlagt og risikogrupper identifisert. Det er utarbeidet en retningslinje for hvordan dette skal håndteres. Ansatte læres opp i National Early Warning Score.</p>
Kapasitet radiologi og svartider patologi	<p>Manglende kapasitet innen radiologi, pga gammelt utstyr med begrensninger og økt etterspørsel. Lange svartider innen patologi pga begrenset tilgang på patologer.</p> <p>Tiltak: Øke fokus på pakkeforløp for kreft der radiologi og patologi ofte representerer flaskehals. Det er etablert et prioritert «pakkeforløp» i Doculive patologi.</p> <p>Tiltak: Leder møtet vil følge svartid på histologisk undersøkelse av operasjonspreparater og gjøre en undersøkelse av passert ønsket dato for radiologiske undersøkelser.</p> <p>Tiltak: Video-MDT-møter for hode-hals-kreft mellom Rikshospitalet og Radiumhospitalet for å unngå dobbeltarbeid for radiologene ved de to lokalisasjonene og for å forbedre forløpstiden i pakkeforløp hode-hals-kreft.</p>

Risiko	Vurderinger/ tiltak
	<p>Tiltak: Prioritere opplæring av nyansatt personale i radiologi med sikte på å øke kapasiteten.</p> <p>Tiltak: Kjøp av bildediagnostikk hos private der dette gir et faglig tilfredsstillende tilbud og bidrar til en samlet kapasitetsøkning i Helse Sør-Øst.</p> <p>Tiltak: Harmonisere protokoller for radiologi i regionen.</p> <p>Tiltak: Omstrukturere og bedre logistikk og arbeidsflyt knyttet til patologiske undersøkelser og svar. Nye lokaler er tatt i bruk og avdelingen jobber med å samle og samordne den faglige virksomheten.</p> <p>Tiltak: Omdisponering og kompetansebygging innen histologi pågår</p>
Intensiv- og intermediærsenger	<p>Begrenset tilgang på po-, intensiv- og intermediærsenger.</p> <p>Tiltak: Sykehuset har ikke lyktes med noen vesentlig økning i antall intensivsykepleiere. Det er utviklet et trainèe-program hvor sykepleiere uten videreutdanning i intensivsykepleie, deltar i en intern opplæring på 6-8 mnd. Tiltaket videreføres og tas i bruk også i HLK.</p> <p>Tiltak: Igangsatt prosjekt for å utvide areal for nyfødteintensiv.</p>
Mangel på spesialsykepleiere og annet personell	<p>Mangel på intensivsykepleierne kan medføre redusert kompetanse til ivaretagelse av akutt- og kritisk syke pasientene. Høy gjennomsnittsalder hos anestesisykepleiere og mangel på operasjonssykepleiere kan medføre redusere bemanning ved operasjonsstuene. Manglende rekruttering av erfarne bioingeniører krever mer intern opplæring. Behov for nye perfusjonister øker.</p> <p>Tiltak: Et analysemiljø for strategisk kompetanseutvikling er etablert i HSØ for å oppnå oversikt over sårbare fagmiljø og tilby prognoser for ledere i OUS. I dette arbeidet inngår både god utnyttelse av IKT-verktøy og optimal bruk av disse.</p> <p>Tiltak: Samarbeidsgruppe med representanter fra HR-stab, stab FPS, stab FIU og OSS skal arbeide for at kompetanseutvikling i OUS samkjøres. Samarbeidsgruppen har utviklet flere tiltak med hensyn til utdanning, rekruttering og for å beholde spesialsykepleiere.</p>
Mottak av henvisninger	<p>Elektroniske henvisninger skal gjennom et komplisert nettverk av servere før det kommer frem. Feil i et av leddene i nettverket kan medføre at henvisningen stopper opp underveis. For å unngå dette brukes overvåkning og ulike former for bekreftelsesmeldinger mellom avsender og mottaker. Henvisninger kan også bli forsøkt sendt til ugyldige adresser (og avvist) eller bli påført en annen adresse enn der de skal.</p> <p>Tiltak: Henvisningsmottaket er nå innkjørt og fungerer i tråd med forventningene. Med elektroniske henvisninger mellom sykehus, vil effektivitet og kvalitet forbedres ytterligere.</p>
Forløpstider og pakkeforløp kreft	<p>Samlet måloppnåelse for forløpstider er hittil i år på 58 %. Måloppnåelsen er også for lav for de store grupper, spesielt for prostatakreft. Målet for 3. tertial er å øke andelen fra dagens nivå i retning av 70 % som er nasjonal målsetting.</p> <p>Tiltak: Det er etablert forløpskoordinatorer, men det fokuseres fortsatt på tilstrekkelig utrednings- og behandlingsskapasitet, ledelse og samhandling i</p>

Risiko	Vurderinger/ tiltak
	<p>pakkeforløpene innad i OUS og mot andre helseforetak. Det er behov for at andre enn forløpskoordinatorene har kompetanse på registreringer og administrative rutiner for å redusere sårbarheten ved sykefravær osv.</p>
<p>Kliniske systemer, opplæring</p>	<p>Det kreves mye opplæring og avlæring når et sykehus går fra et EPJ til et annet. Særlig gjelder dette de pasientadministrative funksjonene, hvor mange helsepersonell er noe ustøe i lover og forskrifter som ligger bak.</p> <p>Tiltak: Opplæring i bruk av DIPS pågår fortsatt og det er innført internsertifisering av leger i vurdering av henvisninger.</p> <p>Tiltak: Kjernejournal og eResept er innført. Videre bredning til kjernejournal til sykepleiegrupper er under vurdering.</p>
<p>Utsending av epikriser</p>	<p>Utsending av elektroniske epikriser og labsvar følger de samme mekanismene som elektroniske henvisninger, og har de samme sårbarhetene.</p> <p>Tiltak: Utsending av epikriser og laboratoriesvar følges opp av overvåknings-verktøyet Message Tracking Monitor (MTM) ved Sykehuspartner. I tillegg arbeides det med å begrense muligheten til å benytte uriktige adresser for brukerne, og formidle korrekt bruk av tjenestebasert adressering. Målet for oppfølgingen er å kutte papir helt.</p> <p>Tiltak: Ferdigstille en avstemmingsløsning for kontroll av patologisvar som sendes internt fra Doculive-Patologi til DIPS.</p>
<p>Kvittering for laboratoriesvar og andre svar</p>	<p>Ikke tilstrekkelig etablerte daglige strukturerte rutiner som sikrer at alle svar kvitteres fortløpende.</p> <p>Tiltak: Følges opp i Ledelsens gjennomgang.</p>
<p>Utskrivning av pasienter/ legemiddel-avstemming</p>	<p>Ofte feil på legemiddellister ved innskrivning av pasienter. Endringer under sykehusoppholdet kommuniseres ikke raskt nok til fastlege og hjemmetjeneste.</p> <p>Tiltak: Opplæring i aktuelle nivå 1-prosedyrer.</p>
<p>Svikt i oppfølging av pasienter i overgang til primærhelse-tjenesten</p>	<p>Det er for lite fokus på pasientforløpsarbeidet i et hjem til hjem perspektiv. Lovpålagt funksjon som pasientkoordinator er ikke på plass i klinikkene. Bruk av sjekklister ved utskrivning er for dårlig implementert.</p> <p>Tiltak: Det er stort fokus på å sikre at epikriser og laboratoriesvar kommer frem til korrekt mottaker. Utsendelsene monitoreres via systemet MTM. Brukerfeilene er redusert i vesentlig grad, dette innebærer at OUS nå skal stoppe utsendelser av papirepikriser parallelt med den elektroniske.</p> <p>Tiltak: Det jobbes fortsatt med etablering av koordinatører i alle klinikker som driver pasient-behandling. I flere klinikker er funksjon tilsvarende koordinator på plass. Koordinatorene skal ivareta pasientforløpene fra hjem til hjem, ha fokus på overgangene i forløpene og arbeide aktivt ut mot primærhelse-tjenesten. Etablering av kontaktlegefunksjon vil ytterligere bidra til å sikre koordinerte tjenester internt i OUS og i overgangene ut mot fastleger og andre henvisere.</p> <p>Tiltak: PLO-meldinger er nå breddet til nesten alle landets kommuner. Elektroniske Dialogmeldinger mellom sykepleiere i OUS og sykepleiere i kommunen sikrer rask avklaring f.eks. i forbindelse med utskrivninger. OUS arbeider aktivt for at også elektroniske dialogmeldinger mellom leger kan realiseres så raskt som mulig.</p>

Risiko	Vurderinger/ tiltak
	<p>Tiltak: Det arbeides med å sikre at OUS ulike samhandlingsparter deltar i pasient-forløpsarbeidet fra "hjem til hjem". De inngåtte samarbeidsavtalene benyttes som strategiske virkemidler i arbeidet. Det samme gjelder for felles handlingsplaner. Nå skal OUS sammen med tre bydeler og sykehjemsetaten i Oslo kommune delta i et tre-årig nasjonalt program som nettopp skal sikre helhetlige og trygge pasientforløp for eldre og sårbare pasienter.</p>
Korridorpasienter/akuttmottak (MED/AKU)	<p>I perioder der influensa er i høysesong er sykehuset spesielt utsatt for overbelegg i sengeposter og akuttmottak.</p> <p>Tiltak: Det er i forkant av årets influensasesong utarbeidet nye nivå 1-retningslinjer for håndtering av situasjoner med overbelegg, både ved tilstrømning av mange pasienter til akuttmottak og overbelegg på sengeposter.</p>
Kap./driftprobl. AMIS spes v/større hendelser PRE	<p>Systemet har ikke kapasitet til større hendelser med mange ressurser knyttet til samme hendelse. I tillegg hyppige problemer med nedetid.</p> <p>Tiltak: Etablere bedre teknologiske løsninger i AMK som elektronisk beslutningsstøtte og flåtestyring - midlertidig i OUS og varig iht nasjonale prosesser. Dette inkluderer også EPJ.</p>
Manglende konsolidering IKT - RIS/PACS-systemer	<p>Treg fremdrift i regionalt RIS/PACS-prosjekt. Ikke anledning til å gjøre lokale konsolideringer.</p> <p>Tiltak: Følges opp i tett dialog med RKL/HSØ samtidig som nødvendige interne oppgraderinger ivaretas.</p>
Pasienttransport	<p>Godtatte bestillinger av pasienttransport blir ikke utført. Flere klager og enkelthendelser med alvorlig konsekvens.</p> <p>Tiltak: Transportselskap følges opp på målbare forbedringer.</p>

### 3. Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt

Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt Inkluderer også HMS-, HR- og personalarbeid (Overfør risikoer og tiltak fra enhetens HMS-handlingsplan)		Sykehusnivå		02.05.18					
		Svært alvorlig (5)	Alvorlig (4)	Moderat (3)	Lav (2)	Ubetydelig (1)			
Konsekvens	5								
	4			Vold mot ansatte		Bemanningstyring Kjemikalssikkerhet Midlerdige lokaler Radiumhospitalet			
	3			Stor arbeidsbelastning flere områder		Mangel på spesialsykepleiere Arb. ulykker og oppløsing			
	2								
	1								
		9	Meget liten (1)	Liten (2)	Moderat (3)	Stor (4)	Svært stor (5)	Sannsynlighet	

**Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt - risikoreducerende tiltak**

Risiko	Vurderinger/ tiltak
<p>Stor arbeidsbelastning innen flere områder</p>	<p>Arbeidsplaner, sen utlysning, overbelegg</p> <p>Tiltak: Gjennomgå arbeidsplaner, benytte bemanningspool, vurdere omfordeling og prioritering av oppgaver. Eget prosjekt om bemanningsstyring er opprettet.</p>
<p>Byggstandard</p>	<p>Vedlikeholdsetterslep gjennom flere tiår har medført at bygningsmassen teknisk sett bærer preg av den høye alderen og manglende vedlikehold og fornying. Det foreligger pålegg fra Arbeidstilsynet og DSB om oppgradering av bygningsmasse og infrastruktur.</p> <p>Tiltak: Vedlikeholdsplan er opprettet og følges opp i samråd med Arbeidstilsynet. Løpende vurdering av eksisterende areal.</p>
<p>Bemanningsstyring</p>	<p>Manglende kunnskap om regelverket og sammenhengen mellom fast og variabel lønn; manglende forståelse for/lojalitet til nødvendigheten av bemanningsstyring; ikke god nok oversikt over arbeidsplaner og tjenesteplaner; ikke tilstrekkelig kontroll ved ansettelser; ikke god nok planlegging av drift og rekruttering; ikke god nok dialog mellom arbeidsgiver og tillitsvalgte.</p> <p>Tiltak: I Prosjekt forbedring av driften 2017-2018 er det etablert 3 HR prosjekt som skal bidra til forbedring av blant annet bemanningsstyring. I tillegg vil det fortsatt være tett oppfølging med kurs i lov og avtaleverk og optimalisering i bruk av GAT som planleggings- og styringsverktøy.</p>
<p>Arbeidstidsbrudd og oppfølging av disse</p>	<p>Krav til forsvarlig drift og kompetanse. Mangel på kompetanse; for lite kjennskap til regelverket; for lite lojalitet i etterlevelse av regelverket; ikke tilstrekkelig tilgang til kvalifiserte vikarer; ikke god nok ressursplanlegging; - utnyttelse og ferieavvikling, samt uforutsette hendelser.</p> <p>Tiltak: Fortsette den tette oppfølgingen av brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Dialog med den enkelte klinikk om tiltak for å redusere arbeidstidsbrudd herunder faste tertialvise møter med alle avdelingsledere vedr status og videre tiltak. Gjennomgang av arbeidstidsbrudd i LGG.</p>
<p>Vold mot ansatte</p>	<p>Aggressive og voldelige pasienter og pårørende. Manglende (regelmessig) trening i håndtering (i somatikken).</p> <p>Tiltak: PHA har et opplegg for risikovurderinger og opplæring av ansatte innen temaet vold og trusler. Det vil bli sett på dette opplegget og hva som kan overføres til andre klinikker. Det vil i Ledelsens gjennomgang for 2. tertial bli spurt om hvordan de ivaretar de økte kravene om risikovurdering når det gjelder vold og trusler. Svar vil bli benyttet til å utarbeide en plan for OUS.</p>
<p>Kjemikaliesikkerhet</p>	<p>Manglende risikovurdering og substitusjonsvurdering. Manglende nødprosedyrer. Mangelfull etterlevelse av prosedyrer</p> <p>Tiltak: Arbeidet med risiko- og substitusjonsvurderinger er godt i gang i mange klinikker, men det tar tid å komme til ønsket nivå. De fleste klinikkene har tilsynelatende temaet høyt på agendaen.</p>
<p>Stikkskader</p>	<p>Manglende etterlevelse av prosedyrer, manglende kjennskap til prosedyrer, høyt arbeidspress, tidspress</p> <p>Tiltak: Undersøkelser har vist at 16 % av bestilte venekanyler til sykehuset hittil i 2018 har sikkerhetsmekanisme. Arbeidsmiljøavdelingen har stilt spørsmål til klinikkene i LGG 2. tertial om hvorfor det er slik, og hvordan de skal få lagt om til sikkerhetskanyler som standard.</p>

<p>Åpenhetskultur</p>	<p>Ulike kulturutfordringer i OUS. Fremdeles elementer av de gamle sykehuskulturene, påstander om fryktkultur, kulturforskjeller mellom ulike yrkesgrupper</p> <p>Tiltak: Det er stilt spørsmål i Ledelsens gjennomgang for 2. tertial om arbeid i linjen for å oppnå nulltoleranse for trakassering. Temaet er stort og krever oppmerksomhet i mange fora over lang tid.</p>
<p>Mangel på spesial-sykepleiere</p>	<p>Problemer med å rekruttere og beholde tilstrekkelig antall spesialsykepleiere på visse områder.</p> <p>Tiltak: Det er redegjort for flere rekrutteringstiltak j.fr strategisk kompetanseplanlegging og - styring, videreføring av prosjekt om frigjøring av tid for operasjonssykepleiere for økt operasjonskapasitet etc. En egen handlingsplan for rekruttering og profilering er utarbeidet for 2017-2018. Inkludert tiltak for å styrke OUS omdømme som en attraktiv arbeidsplass, styrke rekrutteringskompetansen blant ledere og utvikle et samarbeid med OsloMet om frafall fra utdanning. Utdanningsstillinger videreføres. Det er etablert et program for nyansatte og en tverrfaglig arbeidsgruppe som skal arbeide med en helhetlig plan for å håndtere mangel på spesialsykepleiere.</p>
<p>Trusler ovenfor ansatte</p>	<p>Truende pasienter og pårørende. Manglende (regelmessig) trening i håndtering (i somatiken).</p> <p>Tiltak: Læring etter modell/best practice fra PHA med formål å spre relevante tiltak til andre deler av sykehuset (er allerede i gang i enkelte klinikker). Helse Sør-Øst har ekstra oppmerksomhet på vold i somatiske avdelinger, så tiltak vil også koordineres i samarbeid med de andre sykehusene i HSØ</p>
<p>Midlertidige lokaler Radiumhospitalet</p>	<p>Byggingen vil føre til rokader på RAD. Mange mennesker vil bli flyttet til midlertidige lokaler som kan medføre til brudd på krav til arbeidsplasser.</p> <p>Tiltak: Følge opp etablering av arealutvalg. Påse at informasjon og planer forankres og iverksettes.</p>

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

Fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon						Sykehusnivå	07.09.18
Inkluderer også forskning, innovasjon, fagutvikling, kompetanseutvikling og utdanning							
Svært alvorlig (5)							
Alvorlig (4)							
Moderat (3)							
Lav (2)							
Ubetydelig (1)							
1	6	Meget liten (1)	Liten (2)	Moderat (3)	Stor (4)	Svært stor (5)	
							Sannsynlighet
				Veiledning og supervisjon av leger i spesialisering			Funksjonalitet og sikkerhet i Forskernet og registerverktøy
				Kliniske studier - kapasitet	Mangel på praksisplasser for sykepleierstudenter innen kirurgi Mangel på utdanningskapasitet for leger i		
				Biobankinfrastruktur Avvikssaker forskning			



**Fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon - risikoreduserende tiltak**

Risiko	Vurderinger/ tiltak
Funksjonalitet og sikkerhet i Forskernett samt registerverktøy	<p>Utilfredsstillende informasjonssikkerhet mht. Forskernett og databaseverktøy.</p> <p>Tiltak: Pågående prosess for overflytting av forskere til UiO-nett. Bidra inn i arbeidet med alternative løsninger i OUS/HSØ.</p> <p>Registerverktøy: konverteringsplan, jf. ledermøtesak 154_2018, følges opp høsten 2018.</p>
Mangel på utdanningskapasitet for leger i spesialisering	<p>Ifm. med faste LIS-stillinger har OUS inngått avtaler med andre HF om å kunne levere gjennomstrømsstillinger (gruppe gr.1-tjeneste) på 1,5 års varighet. Flere HF i regionen har økt antall LIS stillinger uten at OUS har kunnet øke tilsvarende gjennomstrømsstillinger. Innføring av 3 årsregelen for faste stillinger medfører en vesentlig reduksjon for gjennomstrømsstillinger og for utdanning av LIS generelt. Denne problemstillingen reduserer utdanningskapasiteten i regionen betraktelig. I løpet av de neste 4 år er prognosen for OUS ca. 400 nye faste LIS, av totalt ca. 900 LIS-stillinger. Vi har allerede ca. 300 faste LIS. OUS har definert at 349 LIS stillinger skal være gjennomstrømsstillinger. Dette lar seg vanskelig gjennomføre.</p> <p>Tiltak: Klinikkvise gjennomgang med kritisk blick på bruk av vikarstillinger. Prosjektet «Bruk av legerressurser» skal se på LIS-løp og dimensjonering.</p>
Mangel på praksisplasser for sykepleiestudenter innen kirurgi.	<p>Økt opptak av sykepleiestudenter på høyskolene - flere studenter skal ha praksis ved sykehusene. Klinikkene har ikke kapasitet til å veilede flere studenter.</p> <p>Tiltak: Det pågår en diskusjon med Helse Sør-Øst, OsloMet og aktuelle høyskoler om at kapasiteten på praksisplasser må kartlegges i forkant av nye opptak på utdanningsinstitusjonene.</p>
Biobankinfrastruktur med utilfredsstillende lagringsforhold:	<p>Lagringsfasiliteter lokalt (dårlig kapasitet og mangelfull overvåking), ufullstendig institusjonell oversikt over eksisterende forskningsbiobanker, ikke god nok utnyttelse av forskningsbiobanker.</p> <p>Tiltak: Ferdigstille og presentere rapport om biobankfasiliteteter i ledermøte sept. 2018, samt følge opp søknad om midler til forprosjekt om lagringsfasiliteter for forskningsbiobanker. Søke ytterligere finansiering fra Forskningsrådet gjennom programmet Nasjonal forskningsinfrastruktur (felles søknad men andre HF, regioner og universiteter i konsortiet Biobank Norge III).</p>
Kliniske studier - kapasitet	<p>Manglende ressurser (tid) i klinikkene til i vesentlig grad å oppfylle krav fra eier om flere pasienter i kliniske studier. Press på støttefunksjoner som er nødvendige for kliniske studier, herunder billeddiagnostikk.</p> <p>Tiltak: Klinikkene er bedt om å planlegge for gjennomføring av studier, som angitt i oppdragsdokument til klinikken og budsjettskriv. Videre arbeid i OUS og nasjonalt for å skaffe bedre datagrunnlag over pågående og nye kliniske studier: oppdragsstudier, egeninitierte kliniske studier og antall pasienter inkludert pr år pr studie (nasjonal prøverapportering, som må forbedres og gjentas i 2018/2019).</p>

Avvikssaker forskning	<p>Opplæring i, forståelse og etterlevelse av omfattende regelverk som regulerer forskningsvirksomhet, herunder etikk, personvern og informasjonssikkerhet.</p> <p>Tiltak: Styrke arbeidet med god forskningskultur. Alle forskningsaktive skal årlig gjennomføre OUS' og UiOs felles nettbaserte kurs om personvern- og informasjonssikkerhet i forskning. Mer informasjon til ansatte om nyetablert Redelighetsutvalg for forskning, herunder prosedyre for nettbasert innmelding av saker (prosedyre og nettskjema under etablering i samarbeid med UiO – forventes etablert høsten 2018). Redelighetsutvalgets leder innleder til diskusjon i Forskningslederforum september 2018 (felles møte for forskningslederne i OUS og UiO, Institutt for klinisk medisin)</p>
Veiledning og supervisjon av leger i spesialisering	<p>Mangelfull veiledning og mangelfull supervisjon, spesielt på dagtid.</p> <p>Tiltak: OUS gjennomfører flere nyetablerte veilederkurs. Klinikkerne følges opp vedrørende påmelding til disse kursene. Klinikkerne må tilrettelegge for tid til veiledning/supervisjon.</p>

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

God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør Inkluderer samhandling, generell administrasjon, økonomi, innkjøp, IKT, bygginger, lokaler, transport, kjøkken, tekniske og andre interne tjenester samt ytre miljø		Sykehusnivå		07.09.18 Oslo universitetssykehus	
Konskvens		Sannsynlighet			
Svært alvorlig (5)	Alvorlig (4)	Moderat (3)	Lav (2)	Ubetydelig (1)	Meget liten (1)
6	3	Meget liten (1)	Liten (2)	Moderat (3)	Stor (4)
					Svært stor (5)
		Resultat iht budsjett 2018			
		Økonomisk bærekraft Ineffektiv bygn. Stort vedlikeholdsesløp Sikker og stabil IKT drift Manglende kapasitet til å gjennomføre prioriterte prosjekter og bestillinger IKT støtte til forskning Forsinkelser og mangler i regionale prosjekter Gammelt medisinsk teknisk utstyr			
		Kontrollmiljø (økonomi, juridisk)			

**God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør - risikoreduserende tiltak**

Risiko	Vurderinger/ tiltak
Økonomisk bærekraft	<p>Manglende evne til å utvikle og effektivisere driften av sykehuset slik at ressurser kan omdisponeres fra drift og til nødvendige investeringer i bygg, MTU og IKT. Risiko for negativ effekt på endret inntektsmodell i HSØ, nytt lab.system og endret beregningsmetodikk for ISF.</p> <p>Tiltak: Det er etablert programkontor for "forbedring av drift 2017-2021". Beregnet behov for resultatforbedring er kommunisert til sykehusets klinikker og fremgår av årlige budsjetter. Klinikkene lager lokale tiltak og tiltak basert på prosjekter fra "forbedring av driften".</p> <p>Ved igangsettelse av konseptfaser og forprosjekter for nye bygg innarbeides tydelige krav til resultatforbedring i driften når nye bygg tas i bruk.</p>
Ineffektiv bygningsmasse, stort vedlikeholdsetterslep	<p>Historisk disponert lite midler til utvikling av bygningsmassen. Avklare fremtidig sykehusstruktur i konseptfaser.</p> <p>Tiltak: Lån for oppgradering og lukking av avvik ble innvilget for årene 2016-2019 og OUS HF prioriterer de viktigste prosjektene innenfor denne lånerammen inn mot hvert års investeringsbudsjett. I 2018 planlegges det med oppstartkonseptfase for Aker/Gaustad, nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet er i forprosjekt. Dette vil bli utvidet med bygging av protosenter. Det forventes midler til gjennomføring av forprosjekt for ny regional sikkerhetsavdeling.</p>
Manglende kapasitet til gjennomføring av prioriterte lokale prosjekter og bestillinger	<p>Manglende kapasitet og kompetanse hos Sykehuspartner HF gjør at gjennomføring av prioriterte prosjekter og bestillinger blir sterkt forsinket. Dette går ut over sykehusets evne til å produsere effektive og forsvarlige tjenester til våre brukere.</p> <p>Tiltak: Vurdere å implementere alternative leveransemodeller. Tydeliggjøre konsekvens av regionale beslutninger for OUS områdeplan IKT.</p>
Forsinkelser og mangler i gjennomføring av regionale IKT-prosjekter	<p>Forsinkelser og høye kostnader i regionale løsninger. Regionale prosjekter dekker ikke de behov OUS har innen klinisk virksomhet,</p> <p>Tiltak: Bidra til å sikre realistiske planer og definere tydelige leveranser som kan forankres hos HSØ RHF og foretaksgruppen for øvrig. Gjennomføre realistiske konsekvensanalyser av hva prosjektgjennomføring/ ibruktakelse vil innebære for resten av foretaket. Vurdere og hensynta samtlige konsekvenser ifm beslutning om gjennomføring.</p>
IKT støtte til forskning	<p>IKT støtte til forskning er ikke på et tilfredsstillende nivå. Pågående initiativer for å utbedre dette blir forsinket av manglende leveranser og kapasitet i SP.</p> <p>Tiltak: Tett involvering av SP i leveranser og planlegging (foranalyser mv). Høyt fokus på etablering av rutiner ifm ny ekstern leverandør. Iverksette egne lokale prosjekter og samarbeid med UiO for å avhjelpe en uholdbar situasjon for forskerne i OUS.</p>
Sikker og stabil IKT drift	<p>Manglende kapasitet og kompetanse hos Sykehuspartner HF medfører at IKT tjenester ikke blir vedlikeholdt og kjennskap til OUS IKT tjenester er redusert. Det manglende vedlikeholdet av IKT infrastruktur og tjenester gir også økt sårbarhet for sykehusets tjenester. Dette kombinert med et høyere trusselnivå innen cyberdomenet gir vesentlig økt risikonivå innen sykehusets IKT tjenester.</p>

	<p>Tiltak: Tett oppfølging av SP leveranser. Forsterke intern kompetanse. Sikre leveranser ved utvidet samarbeid med andre aktører.</p>
Resultat iht. budsjett 2018	<p>Budsjettet representerer en stor økonomisk utfordring. Krav om betydelig effektivisering i alle klinikkene for å gjennomføre driften som budsjettert.</p> <p>Tiltak: Det er etablert tiltak som en del av budsjett 2018. Per august er vurderingen 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.</p>
Gammelt medisinsk teknisk utstyr	<p>Fortsatt høy gjennomsnittlig levealder for MTU.</p> <p>Tiltak: Det er budsjettert med over 350 millioner kroner til investeringer i MTU i 2018. Det forventes ingen vesentlig endring av risikobildet for MTU som følge av investeringsplanene for 2018.</p>
Kontrollmiljø (økonomi, juridisk)	<p>En kompleks organisasjon med risiko for utilstrekkelige kontroller og etterlevelse av rutiner. Fortsette arbeidet med gjennomføring av helhetlig internkontroll innenfor økonomiområdet i hele virksomheten. Arbeidet som er gjennomført i 2017 er gjennomgått og det skal nå lages en ny plan for 2018.</p> <p>Tiltak: Det er etablert en ressursgruppe for implementering av det regionale antikorrupsjonsprogrammet.</p>

Målgruppe: Styret  
Faglig ansvarlig: Ass. direktør Sølvi Andersen  
Stab fag, pasientsikkerhet og samhandling  
Dato: 10.10.18

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 25. oktober 2018

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg: Ingen

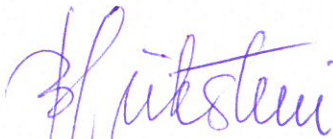
---

### SAK 68/2018 BUDSJETT 2019

#### Forslag til vedtak:

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo den 18. oktober 2018



Bjørn Erikstein

### **1. Innledning**

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. 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. Som en del av sak om rapportering per august 2018 fikk styret 27. september en kort orientering om arbeidet med budsjett 2019.

### **2. Administrerende direktørs vurdering**

Administrerende direktør ser at det er krevende for helseforetaket å tilpasse driften i 2019 til de økonomiske rammebetingelsene. Kostnadene vil vokse på flere områder, blant annet innenfor IKT-området. Medikamentkostnadene forventes også å øke betydelig, og på flere andre områder vil også kostnadene øke som følge av beslutninger av overordnede myndigheter. Dette gjelder blant annet innføring av ny spesialistutdanning for leger. Innføring av GDPR øker kravene til sikker håndtering av data med de konsekvenser det har for ressursbruk.

I Oslo sykehusområde vil etablering av ny slagorganisering «En dør inn» kreve økte ressurser, mens overføring av hjerteaktivitet fra Feiring innebærer en utvidelse av foretakets regionsykehusansvar. På begge disse områdene er det dialog med Helse Sør-Øst RHF om finansiering, men så langt foreligger det ikke endelig avklaring.

Utvikling av persontilpasset medisin er ressurskrevende særlig for laboratorieområdet hvor det stadig etterspørres nye og ressurskrevende analyser. Innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling krever innføring av pakkeforløp økte ressurser.

Klinikkene arbeider med å identifisere og planlegge kostnadsreducerende tiltak. Parallelt planlegges faglige endringer, blant annet som følge av endringer i pasientsammensetningen med videre. Arbeidet med planlegging av kostnadsreducerende tiltak skjer primært i klinikkene. Selv om det gjenstår mye arbeid før foretakets helhetlige budsjett for 2019 er på plass, er det administrerende direktørs vurdering at klinikkene arbeider godt med budsjettet. Gjennom de klinikkvise forbedringsprogrammene er det bedre struktur og systematikk på forbedringsarbeidet og denne organiseringen medfører også at tillitsvalgte og vernetjeneste involveres i arbeidet på en mer systematisk måte enn for tidligere år. Dette forventes å øke klinikkens gjennomføringsevne fremover.

### **3. Intern budsjettprosess**

I skriv nr 1 om budsjett 2019 som ble sendt ut 20. juni fikk klinikkene beskrevet krav til innhold og prosess i forhold til budsjett 2019. De økonomiske forutsetningene i budsjett 2019 bygger på forutsetningene fra ØLP 2019-2022, hvor første året i langtidsplanperioden er neste års årsbudsjett.

Hovedutfordringer i neste års budsjett er oppsummert i punktene under:



1. Klinikkene må gjøre egne vurderinger knyttet til vekst i pasientbehandlingen fra 2018 til 2019  
Dette innebærer at klinikkene må gjøre sine egne vurderinger av befolkningens behov for helsetjenester neste år.
2. Produktivitetsforbedring på 2,5 % fra budsjett 2018 til budsjett 2019 for alle klinikkene  
Dette innebærer at alle klinikkene må gjennomføre betydelige produktivitetsforbedringer i 2019. Deler av dette må løses ved kostnadsreduksjoner, mens noe kan løses ved økt aktivitet og økte aktivitetsbaserte inntekter. I arbeidet med tildeling av klinikkvise rammer for 2019 vil det tilstrebes å gi klinikkene et balansert utfordringsbilde. Over tid vurderes det å være et viktig incentiv at det skal lønne seg å levere et resultat som budsjettert. De klinikkene som har underskudd i 2018 vil derfor få et noe større krav til produktivitetsforbedring i 2019 enn de klinikkene som klarer å levere et resultat som budsjettert i 2019.
3. Samlet bemanning skal ikke øke fra 2018 til 2019.  
For å sikre økonomisk bærekraft fremover kan ikke bemanningen fortsette å øke. Det er imidlertid slik at på noen områder vil det være nødvendig å øke kapasiteten og tilhørende bemanning. For å kunne prioritere disse områdene er det helt nødvendig at sykehuset finner områder hvor bemanningen kan reduseres. For å sikre at det er de rette områdene det besluttes økt kapasitet (økt bemanning) på skal denne type saker legges frem for ledermøtet og besluttes av administrerende direktør.
4. Det etableres klinikkvise forbedringsprogrammer  
De klinikkvise forbedringsprogrammene skal ha et flerårig perspektiv hvor hovedoppgaven høsten 2018 er å finne nødvendige tiltak for å nå kravet om økonomisk balanse i 2019 i klinikkene.

Klinikkene leverte 28. september foreløpige aktivitetsbudsjetter, vurderinger av utfordringsbilde, foreløpige tiltaksoversikter og områder hvor klinikkene mener det er behov for økte ressurser utover det som klinikken selv kan dekke innenfor neste års budsjett.

Foreløpig aktivitetsbudsjett viser en forventet vekst innenfor somatikken på vel en prosent fra budsjett 2018 og noe over to prosent fra klinikkens estimer for 2018.

Innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det lagt til grunn en videreføring av aktivitetsnivået i 2018 innenfor døgn- og dagvirksomheten, mens det er forventet en vekst i antall polikliniske konsultasjoner på to prosent.

Klinikkene har levert foreløpige vurderinger av utfordringsbildet for 2019. På nåværende tidspunkt er det ikke grunnlag for å endre vurderingen fra budsjettsskriv nummer 1 om at klinikkene må ha produktivitetsforbedrende tiltak på i gjennomsnitt 2,5 prosent. Selv om det gjenstår mye arbeid, har mange av klinikkene kommet godt i gang med planlegging av tiltak for 2019. Det er likevel store variasjoner slik at det ikke kan legges frem en samlet tiltaksoversikt nå. En stor del av tiltaksarbeidet skjer innenfor de klinikkvise forbedringsprogrammene. Under gis derfor en status for disse.

#### **4. Klinikkvise forbedringsprogrammer**

For å best mulig håndtere foretakets økonomiske utfordringsbilde er det i løpet av høsten 2018 innført klinikkvise forbedringsprogrammer. Programmet skal hjelpe med å systematisere tiltak- og forbedringsarbeidet internt i klinikken.

Tiltaksarbeidet skal foregå langs to linjer:

1. Klinikken skal gjennomføre tiltak fra prosjekter i det sykehusovergripende programmet «Forbedring av driften i OUS»
2. Klinikkene skal initiere og gjennomføre egne klinikkspesifikke forbedringsprosjekter.

I forbindelse med administrerende direktør sine oppfølgingsmøter i september og oktober har klinikkene i to omganger redegjort for status av etableringen av de klinikkvise forbedringsprogrammene. Alle klinikkene har nå utformet et mandat og en oversikt over hvilke prosjekter som skal gjennomføres. Tilbakemeldingene fra klinikkene er så langt positive. Klinikkene har fått eierskap til de nye programmene gjennom lokal tilpasning og en god intern etableringsprosess. Mandatene som er utarbeidet i klinikkene er forankret med linjeledelsen, de tillitsvalgte og vernetjenesten.

Klinikkene følges videre opp gjennom et enkelt standardisert rapporteringsskjema som følger prosjektetableringer, fremgang (gjennom oppnåelse av milepælene i hvert enkelt prosjekt) og risiko for hver klinikk. Overordnet rapportering foregår på administrerende direktør sine månedlige oppfølgingsmøter.

#### **5. Forslag til statsbudsjett 2019 (St.prop. 1S 2018-2019)**

Regjeringens forslag til statsbudsjett for 2019 ble lagt frem 8. oktober 2018. Under gis en kort omtale av enkelte av de sentrale punktene i forslag til statsbudsjett.

##### Økt aktivitet, inkl laboratorie og radiologi

Budsjettforslaget legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen på 1,7 prosent i 2019. Veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering. Regelen om at rusbehandling og psykisk helsevern hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikk videreføres.

For pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering (ISF) legges det til rette for en vekst på om lag 1,6 prosent fra 2018 til 2019, mens det innenfor laboratorie- og radiologiske undersøkelser i helseforetakene legges til rette for en vekst på 2,9 prosent neste år

##### Lønns- og prisforutsetninger

Det er forventet en pris- og lønnsvekst på om lag 2,9 prosent fra 2018 til 2019. I henhold til Helse Sør-Øst RHF fordeler veksten seg med 3,3 prosent på lønnsvekst (vektet 70 prosent) og 2,0 prosent på prisvekst (vektet 30 prosent).

##### Finansieringssystem for laboratorieanalyser

Finansieringssystemet for laboratorieanalyser ble lagt om fra 2018. Det var en forutsetning at systemomleggingen skulle være budsjettneutryl. Beregninger med

grunnlag i regnskapsdata for årets to første måneder viser at forutsetningen er oppfylt, men beregningene skal gjennomføres på ny, med et større datasett. Dersom forutsetningen om budsjettøytralitet ikke blir oppfylt, vil det være aktuelt å justere refusjonene. En slik eventuell justering vil kunne skje løpende gjennom året. Systemomleggingen i 2018 omfattet ikke fagområdet patologi. Det tas sikte på å inkludere patologi i det nye refusjonssystemet fra 2020. For ytterligere å stimulere til økt effektivisering, underreguleres de aktivitetsbaserte refusjonene for laboratorie- og radiologiområdet med om lag 26 millioner kroner utover ABE-reformen (avbyråkratisering- og effektiviseringsreformen). Refusjonssatsene for radiologi og laboratorievirksomhet øker i gjennomsnitt med 1,4 prosent neste år.

#### Overføring av finansieringsansvar for legemidler fra folketrygden til de regionale helseforetakene

Det foreslås at de regionale helseforetakene får overført finansieringsansvaret fra folketrygden for enkelte legemiddelgrupper. I denne sammenheng overføres det 1 283 millioner kroner, svarende til forventede utgifter for helseforetakene i 2019. Legemiddelgruppene som foreslås overført, er legemidler til behandling av sjeldne sykdommer og veksthormonforstyrrelser. Bevilgningen er videre satt ned med 145 millioner kroner som følge av reversering av overføring av et legemiddel til behandling av astma, jf. Prop. 85 S (2017–2018) og Innst. 400 S (2017–2018).

#### Behandlingsreiser til utlandet

Behandlingsreiser til utlandet er et supplement til behandlingstilbud i Norge. Formålet med tilbudet er å gi bedret funksjon og livskvalitet for pasientgruppene som omfattes av ordningen, samt redusere symptomer forårsaket av sykdommen. Ordningen innebærer diagnosespesifikke behandlingstilbud i varmt og solrikt klima. Tilbudet skal oppfylle faglige krav og gi dokumentert nytte. Helse Sør-Øst ved Oslo universitetssykehus har det faglige og administrative ansvaret for ordningen. Egenandelen for pasienter er omfattet av egenandelstak 2. I 2017 fikk 2 150 pasienter plass på behandlingsreiser til utlandet, samt 190 ledsagere. Det foreslås bevilget 128 millioner kroner i 2019.

#### Kreftregisteret

Kreftregisteret inkludert kvalitetssikring av Mammografiprogrammet foreslås tildelt et tilskudd til drift på 115,9 millioner kroner i 2019.

#### Innsatsstyrt finansiering (ISF)

Det foreslås at ISF-andelen videreføres med 50 prosent. En ISF-andel på 50 prosent ligger til grunn for bevilgningsforslaget. Dette på tross av Stortingsvedtak nr. 473 (2017-2018), 31. januar 2018: «*Stortinget ber regjeringen i forslag til statsbudsjett for 2019 redusere andelen innsatsstyrt finansiering i somatikken til å utgjøre maksimalt 40 prosent.*»

#### DRG-pris

Enhetsprisen for somatiske fagområder foreslås satt til 44 654 kroner for 2019 (økning på 2,82 prosent i forhold til enhetspris 2018 på 43 428 kroner). Enhetspris 2018 er justert opp med 0,8 prosent på grunn av for lav pris i 2018, prisomregnet med 2,9 prosent for 2019, redusert med 0,5 prosent knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen, underregulert med 0,3 prosent på grunn av endret registreringspraksis og redusert med 0,1 prosent knyttet til medisinske

kvalitetsregistre. Dersom omfanget av endret registreringspraksis i ettertid avviker fra det som er lagt til grunn i enhetsprisen, vil dette på vanlig måte bli håndtert i forbindelse med den endelige avregningen for 2019.

Enhetsprisen for poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er foreslått satt til 2 743 kroner

#### Pensjon

Til grunn for basisbevilgningen ligger et anslått nivå for helseforetakenes samlede pensjonskostnader på 11 800 millioner kroner. Dette er 1 100 millioner kroner lavere enn bevilgningsnivået for 2018. Helse Sør-Øst RHF's andel av reduksjonen er 592,1 millioner kroner

#### Nasjonale kompetansetjenester

Det foreslås 492,4 millioner kroner til nasjonale kompetansetjenester. Dette inkluderer 216,4 millioner kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser i Helse Sør-Øst og 54,5 millioner kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde i Helse Nord. For å understøtte etablering av Nasjonal kompetansetjeneste for kirurgi ved fot- og ankeldeformiteter og Nasjonal kompetansetjeneste for psykiatri og utviklingshemning foreslås det å øke tilskuddet til nasjonale kompetansetjenester med 4,4 millioner kroner til Helse Sør-Øst RHF.

#### Samhandling med kommunene – utskrivningsklare pasienter

Kommunene tar imot utskrivningsklare pasienter raskere, noe som frigjør kapasitet i sykehusene. I 2018 var betalingssatsen 4 747 kroner. Satsen for 2019 prisjusteres til 4 885 kroner (2,9 prosent). Betaling for utskrivningsklare pasienter i somatikk ble innført i 2012. Regjeringen varslet i Prop. 88 S (2017-2018) at kommunenes betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter skal utvides til også å omfatte pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling fra 2019. Betalingsplikten skal følge oppholdskommune, også for somatiske pasienter, fra 2019.

#### Protonsenter

Protonsenteret ved Radiumhospitalet har en samlet låne- og tilskuddsramme på 1 891 millioner 2018-kroner og får en økt låne- og tilskuddsbevilgning på til sammen 209,7 millioner kroner i 2019, sammenliknet med saldert budsjett for 2018.

#### Regional sikkerhetsavdeling

Det tas det sikte på å fremme forslag om låneramme til etablering av regional sikkerhetsavdeling på Ila ved Oslo universitetssykehus i statsbudsjettet for 2020, dersom tomtespørsmålet er avklart.

#### Investeringslån

Lån og tilskudd til protonbehandling ved Radiumhospitalet i Oslo og Haukeland universitetssykehus i Bergen ble vedtatt gjennom Stortingets behandling av Prop. 85 S (2017–2018). Protonsenteret ved Radiumhospitalet har en samlet låne- og tilskuddsramme på 1 891 millioner 2018-kroner og får en økt låne- og tilskuddsbevilgning på til sammen 209,7 millioner kroner i 2019, sammenliknet med saldert budsjett for 2018. Det foreslås å utvide lånerammen til nytt sykehus i Stavanger med 53 millioner 2019-kroner knyttet til universitetsarealer, hvor lånet til universitetsarealer utbetales fra 2020.

## **6. Dialog med Helse Sør-Øst RHF om rammer til drift og investering 2019**

Det er dialog med Helse Sør-Øst RHF om flere forhold knyttet til budsjett 2019, både inntektsramme og likviditetsbehov for gjennomføring av investeringer. Dette gjelder blant annet:

- Bruke av leasing til finansiering av investeringer
- Likviditet til investeringer og driftsmidler i forbindelse med overtakelse av aktivitet fra Feiring innenfor hjerteområdet, etablering av «en dør inn» for slag, høysmitte og nyfødtscreening
- Lab.finansiering
- Tjenester innenfor psykisk helsevern, bla etablering av Nasjonal behandlingstjeneste for hørsel og psykisk helse, økning av plasser PUA, OCD-team, bipolar poliklinikk og prosjekt i Eidsvoll fengsel
- Behandlingslinje for ervervet hjerneskade hos barn og unge
- Traumatisk hodeskade – tidlig rehabilitering
- Etablering av barnepalliativt team
- Pre-eksposisjonsprofylakse (PrEP)
- Behandlingstilbud for pasienter med kjønnsdysfori
- Regionalt utdanningscenter

Endelige inntektsforutsetninger for budsjett 2019 vil fremkomme av administrerende direktørs forslag til budsjett for 2019 som legges frem for styret til behandling 14. desember.

## **7. Videre arbeid med budsjett 2019**

Sykehusledelsen gjennomførte tirsdag 16. oktober en budsjettsamling med klinikkledere og foretakstillitsvalgte. Her presenterte klinikkene status for budsjettarbeidet i egen klinikk etter følgende mal:

- Status for eget utfordringsbilde
- Plan for å tilpasse driften i 2019 til budsjett
- Hva gjør klinikken for å holde samlet antall årsverk nede?
- Hvordan klinikken har involvert vernetjeneste og tillitsvalgte i budsjettarbeidet

Klinikkene vil bli tildelt budsjettammer for 2019 primo november, og skal levere detaljerte budsjetter til sentral stab 20. november. Dette vil være grunnlaget for det budsjettforslaget som legges frem for styret i møte 14. desember.

Styret vil i møte 14. desember få fremlag forslag til vedtak om investerings-, aktivitets- og driftsbudsjett.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 25. oktober 2018

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Avtale om overdragelse av prehospitaltjenester for opptaksområdet til Kongsvinger sykehus fra Sykehuset Innlandet HF til Oslo universitetssykehus HF

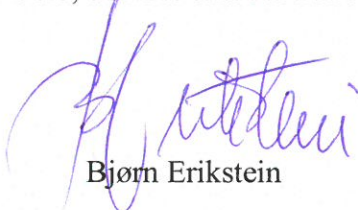
---

**SAK 69/2018    OVERDRAGELSE AV PREHOSPITALE TJENESTER FOR OPPTAKS-  
OMRÅDET TIL KONGSVINGER SYKEHUS FRA SYKEHUSET  
INNLANDET HF TIL OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF.**

### Forslag til vedtak:

1. Styret slutter seg til avtale om virksomhetsoverdragelse av prehospitaltjenester for opptaksområdet til Kongsvinger sykehus fra Sykehuset Innlandet HF til Oslo universitetssykehus HF.
2. Styret ber administrerende direktør oversende saken til Helse Sør-Øst RHF for vedtak i foretaksmøte.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å undertegne avtalen om virksomhetsoverdragelse etter vedtak i foretaksmøte.

Oslo, den 18. oktober 2018

  
Bjørn Erikstein

**Bakgrunn**

Foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF vedtok 29. juni 2017 å overføre Kongsvinger Sykehus med opptaksområde fra Sykehuset Innlandet HF til Akershus universitetssykehus HF. Overføringen skjer med virkning fra 1. februar 2019.

Prehospitale tjenester for Akershus opptaksområde utføres i dag av Oslo universitetssykehus HF. Samtidig med overføringen av Kongsvinger sykehus til Akershus universitetssykehus overføres derfor de prehospitale tjenestene for opptaksområdet til Kongsvinger sykehus til Oslo universitetssykehus.

**Administrerende direktørs vurdering**

Overdragelsen av prehospitale tjenester for opptaksområdet til Kongsvinger sykehus følger av vedtak gjort i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF. Overdragelsen er forberedt i et bredt sammensatt prosjektarbeid med medlemmer fra det prehospitale fagmiljøet både ved Sykehuset innlandet og Oslo universitetssykehus.

Det legges til grunn at Prehospital klinikk i Oslo universitetssykehus kan motta og overta ansvaret for tjenesteytingen uten vesentlige endringer i egen organisasjon og at det også etter overdragelsen vil bli gitt tilfredsstillende tjenestekvalitet til befolkningen i hele ansvarsområdet for prehospitale tjenester Oslo og Akershus, inkludert befolkningen i Glåmdalen.

Ansatte som følger med i virksomhetsoverdragelsen vil fortsette sitt arbeid der de er i dag. Ansatte er holdt orientert underveis og tillitsvalgte og verneombud har vært involvert.

Oslo universitetssykehus overtar virksomhetens andel av Sykehuset Innlandets basisramme for finansiering av prehospitale tjenester slik at den inngår i Oslo universitetssykehus' inntektsramme fra Helse Sør-Øst RHF fra overføringsdato. Det er ikke lagt opp til større investerings- og etableringskostnader for Oslo universitetssykehus som følge av overtakelsen.

Administrerende direktør anbefaler styret å gi sin tilslutning til avtalen om virksomhetsoverdragelse, og at styret gir administrerende direktør fullmakt til å signere avtalen på vegne av helseforetaket etter vedtak i foretaksmøte.

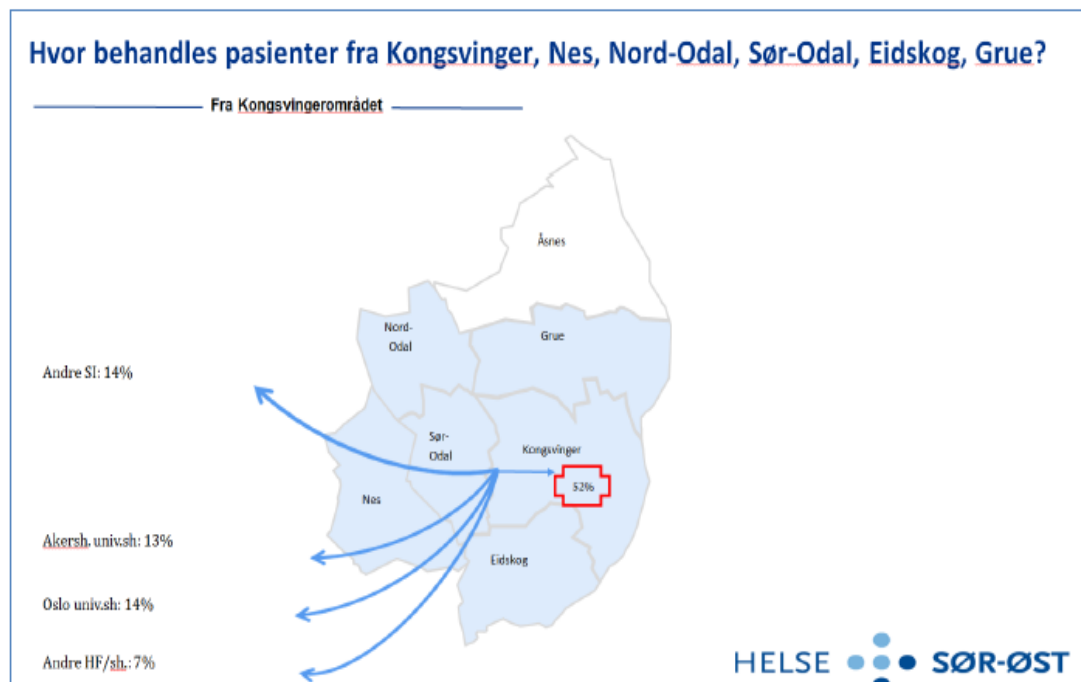
**Saksfremstilling**Prosess

Forberedelsen av overføringen har pågått i et år som del av et program med flere prosjektgrupper i regi av Helse Sør-Øst RHF. I tillegg til prosjektarbeidet er det gjennomført flere møter mellom prehospitale tjenester ved Sykehuset Innlandet, Oslo universitetssykehus og ambulanspersonellet som er berørt av overdragelsen. Tillitsvalgte og verneombud har vært involvert i prosessen, både ved Sykehuset Innlandet og i Oslo universitetssykehus.

Beskrivelse av virksomheten

Opptaksområdet for Kongsvinger sykehus består av kommunene Kongsvinger, Grue, Nord-Odal, Sør-Odal og Eidskog. Området utgjør det meste av Glåmdalen.

Se illustrasjon under hentet fra rapport "Vurdering av foretakstilhørighet for Kongsvinger sykehus" side 24.



Kilde: Norsk Pasientregister 2015

Prehospitaltjenester for Kongsvinger opptaksområde er før overføringen organisert som del av Divisjon Prehospitaltjenester i Sykehuset Innlandet. Etter overføringen vil den overførte virksomheten bli organisert i Prehospital klinikk i Oslo universitetssykehus.

Virksomheten prehospitaltjenester består av ambulansetjeneste, akuttmedisinsk kommunikasjonsentral, pasientreiser og luftambulanse.

Ambulansetjenesten i opptaksområdet for Kongsvinger sykehus utgjør et eget ambulansområde i Sykehuset Innlandet og består av tre ambulansestasjoner lokalisert i Eidskog, Kongsvinger og Odal. Ambulansetjenesten overdras vederlagsfritt som en helhetlig og pågående virksomhet, inneholdende ansatte, eiendeler, avtaler, tillatelser og sertifiseringer med mer.

Funksjonen som akuttmedisinsk kommunikasjonsentral for Kongsvinger opptaksområde overføres fra Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral Innlandet til Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral Oslo. Det virksomhetsoverdras ikke ansatte fra Sykehuset Innlandet ved overføringen av ansvaret for å yte og drifte funksjonen.

Funksjonen pasientreiser for Kongsvinger opptaksområde overføres fra Pasientreiser Innlandet til Pasientreiser Oslo Akershus. Det virksomhetsoverdras ikke ansatte fra Sykehuset Innlandet ved overføringen av ansvaret for å yte og drifte funksjonen.

Luftambulanse er ikke del av overføringen.



Fortsatt god tjenestekvalitet under og etter overdragelse

Det er ikke planlagt noen endring av organiseringen av ambulansetjenesten i området Kongsvinger, Grue, Nord-Odal, Sør-Odal og Eidskog i forbindelse med overføringen. Ytelsen av tjenestene utføres av same personell i samme lokaler som tidligere, men med ny overordnet ledelse og nye prosedyrer. Det er utarbeidet et opplæringsprogram med sertifiseringer for alle ambulansemedarbeidere som overføres.

Prehospitaltjenester i Oslo universitetssykehus har i dag et beredskapsansvar for ambulanse for omlag 1,3 millioner innbyggere. De fem kommunene i Glåmdalen som Oslo universitetssykehus skal ta over ansvaret for, har omlag 42 000 innbyggere. Overdragelsen innebærer derfor ikke en vesentlig volumøkning for Prehospital klinikk i Oslo universitetssykehus. I 2017 var det 6 386 oppdrag for de tre stasjonene, Eidskog, Kongsvinger og Odal, fordelt på fem biler. Til sammenligning var det 158 511 oppdrag i Oslo og Akershus i 2017. Det er gjennomsnittlig 3 000 til 5 000 oppdrag per bil per år.

Med sammenslåingen blir det geografiske opptaksområdet for prehospital i Oslo-Akershus vesentlig større enn dagens. Det vil imidlertid ikke innebære spesielle nye utfordringer. Det vil også bli noe endret kjøremønster som følge av at pasientene blir lagt under Akershus universitetssykehus' opptaksområde. Endringene er vurdert og avstanden for pasienttransporten er ikke vesentlig endret.

I 2017 hadde Oslo akuttmedisinsk kommunikasjonsentral 177 669 innkomne telefoner. Med overtakelsen av ansvaret for opptaksområdet for Kongsvinger sykehus forventes det en økning på om lag 13 500 telefonhenvendelser i året. Oslo akuttmedisinsk kommunikasjonsentral skal ha tilstrekkelig kapasitet og systemstøtte for å ivareta sine oppgaver, herunder økningen i oppgaveomfanget som følger med overdragelsen.

En egen innsatsgruppe arbeider for å ferdigstille en forsterket versjon av Oslo akuttmedisinske kommunikasjonsentralens system AMIS til oktober/november. Leveransen skal bidra til å stabilisere systemet og understøtte arbeidsflyten til operatørene ved akuttmedisinsk kommunikasjonsentral. Systemforbedringen vil være testet i Oslo universitetssykehus testmiljø så langt det lar seg gjøre medio november. I forbindelse med overtakelsen av ansvaret for Østfold i 2017 ble det investert i utstyr, sikring av lokaler og nødkraft til sentralen i Oslo.

Det legges til grunn at det også etter overdragelsen vil bli gitt tilfredsstillende tjenestekvalitet til befolkningen i hele ansvarsområdet for prehospitaltjenester Oslo og Akershus.

Overdragelse av ansatte

Overføring av ansatte fra Sykehuset Innlandet vil skje etter arbeidsmiljølovens regler om virksomhetsoverdragelse. Det vil si at ansatte tar med seg sine rettigheter og plikter over til Oslo universitetssykehus, slik dette følger av loven.

Ambulansetjenesten har i dag om lag 45 ansatte som utgjør om lag 37 årsverk. Alle har sitt hovedarbeidsforhold i virksomheten. De ansatte er ambulansemedarbeidere. I tillegg er det tilknyttet fire læringer. Lærlingenes

midlertidige arbeidsavtaler overføres til Oslo universitetssykehus. Lærlingekontrakten med fylkeskommunen videreføres.

I tillegg har tjenesten omlag 20 tilkallingsvikarer, tilknyttet ambulansestasjonene som skal overføres Oslo universitetssykehus. Tilkallingsvikarene er ikke en del av virksomhetsoverdragelsen. De vil imidlertid få tilbud om nye rammeavtaler med Oslo universitetssykehus i henhold til den overenskomsten som skal gjelde for de overførte arbeidstakerne.

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

#### Overdragelse av biler, utstyr, virksomhetsdata med mer

Oslo universitetssykehus overtar ikke fast eiendom ved overdragelsen, men trer inn i leieforholdet til de tre stasjonene.

Oslo universitetssykehus overtar utstyr til ambulansetjenesten som skal overdras. Utstyr som ikke er kompatibelt med Oslo universitetssykehus' drift og som fortsatt kan anvendes i Sykehuset Innlandet følger ikke virksomhetsoverdragelsen.

Oslo universitetssykehus overtar ikke utstyr i forbindelse med overtakelsen av ansvaret for virksomheten i akuttmedisinsk kommunikasjonsentral og pasientreiser i opptaksområdet for Kongsvinger sykehus.

Det følger ikke forskningsprosjekter i forbindelse med overdragelsen.

Virksomhetsdata som Oslo universitetssykehus trenger for å videreføre driften eller oppgaven eller yte tjenestene overføres i henhold til lov og regelverk.

#### Økonomiske konsekvenser

Oslo universitetssykehus overtar virksomhetens andel av Sykehuset Innlandets basisramme for finansiering av prehospitaltjenester slik at den inngår i Oslo universitetssykehus' inntektsramme fra Helse Sør-Øst RHF fra overføringsdato.

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

Investerings- og etableringskostnader knyttet til IKT eller medisinskteknisk utstyr dekkes ved at Sykehuspartner HF har oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF om å legge til rette for overføringen og kostnader som er en følge av beslutning om virksomhetsoverføringen, får Sykehuspartner HF dekket av Helse Sør-Øst RHF.

Oslo universitetssykehus dekker egen innsats i forbindelse med overføringen og eventuelle andre investerings- og etableringskostnader som følge av overtakelsen. I den forbindelse nevnes at Oslo universitetssykehus overtar det økonomiske ansvaret for pensjoner knyttet til den overførte ambulanses virksomheten, både for ansatte, pensjonister og tidligere ansatte med oppsatte rettigheter. Dersom faktisk pensjonsforpliktelse er underfinansiert blir Oslo universitetssykehus ikke kompensert for dette. Det er varslet en endring i adgangen til ikke å regnskapsføre

pensjonsforpliktelser fullt ut, slik at en faktisk underfinansiering innebærer en potensiell framtidig reduksjon av egenkapitalen for Oslo universitetssykehus. Andre potensielt vesentlige kostnader for Oslo universitetssykehus i forbindelse med overtagelsen er ikke kjent.

Oslo universitetssykehus skal ikke gjøre investeringer som følge av overtakelse av ansvaret for akuttmedisinsk kommunikasjonsentral eller pasientreiser. Forbedring av systemet til akuttmedisinsk kommunikasjonsentral og kostnader i den forbindelse ville funnet sted uavhengig av overdragelsen av ansvaret for opptaksområdet til Kongsvinger sykehus.

#### Drøfting med foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud

Saken ble med henvisning til hovedavtalen § 30 og § 32, jf. arbeidsmiljøloven kapittel 8 og kapittel 16 drøftet med foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud onsdag 10. oktober 2018. Arbeidstakersiden er positiv til virksomhetsoverdragelsen, men hadde noen bekymringer og spørsmål som ble besvart og vil bli fulgt opp av arbeidsgiver.

#### Videre prosess

Etter behandling i styret i Oslo universitetssykehus den 25. oktober 2018 og påfølgende behandling i styret i Sykehuset Innlandet i møte 23. november vil overføringene bli lagt fram for endelig vedtak i helseforetakenes foretaksmøter.

Omforent avtale per 26. september 2018 etter innspill fra SIHF, OUSHF og HSØRHF.

# Avtale

om overdragelse av

**Prehospitale tjenester for opptaksområdet til Kongsvinger sykehus**

fra

**Sykehuset Innlandet HF**

til

**Oslo universitetssykehus HF**

**Dato:** .....

**Dato:** .....

.....  
**Alice Beate Andersgaard**  
administrerende direktør  
Sykehuset Innlandet HF

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

## Innholdsfortegnelse

1. Bakgrunn, parter.....	2
2. Virksomheten .....	3
3. Overføringsdato.....	3
4. Overføring av tjenesteansvaret og skjæringstidspunkt for ansvar.....	3
5. Kontinuerlig drift ved overdragelsen .....	4
6. Personalforhold .....	4
6.1. Overføring av ansatte .....	4
6.2. Gjennomføring av overdragelsen .....	4
6.3. Opplæring.....	4
6.4. Økonomisk ansvar for forpliktelser.....	4
6.5. Pensjoner .....	5
7. Eiendom (leiekontrakter).....	5
8. Utstyr.....	5
9. Forsikringer .....	5
10. IKT .....	5
11. Overføring av virksomhetsinformasjon .....	6
12. Immaterielle rettigheter .....	6
13. Innkjøpsavtaler .....	7
14. Sertifisering .....	7
15. Økonomi.....	7
15.1 Overføring av ressursgrunnlaget .....	7
15.2 Regnskapsmessig virkning .....	7
15.3 Regnskapsmessig kontinuitet .....	7
15.4 Balanseposter .....	7
15.5 Investerings- og etableringskostnader i Oslo universitetssykehus .....	7
15.6 Egne kostnader i forbindelse med overdragelsen.....	8
15.7 Oppgjørsordning.....	8
15.8 Pro et contra oppgjør .....	8
16. Eventuelle endringer i ressursgrunnlaget .....	8

### 1. Bakgrunn, parter

Foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF vedtok 29. juni 2017 å overføre Kongsvinger Sykehus fra Sykehuset Innlandet HF til Akershus universitetssykehus HF fra 1. januar 2019. Tidspunktet ble senere flyttet til 1. februar 2019 jf. Helsedepartementets brev av 13. juni 2018. Samtidig blir opptaksområdet for Kongsvinger Sykehus bestående av kommunene Kongsvinger, Grue, Nord-Odal, Sør-Odal og Eidskog overført til Akershus sykehusområde.

Prehospitaltjenester for Akershus opptaksområde utføres av Oslo universitetssykehus HF. Prehospitaltjenester for opptaksområdet til Kongsvinger sykehus overføres derfor til Oslo universitetssykehus HF. Overføringen skjer i samsvar med helseforetaksloven § 50.

Denne Avtalen regulerer de nærmere vilkår for overdragelse av prehospitaltjenester for Kongsvinger sykehus' opptaksområde fra Sykehuset Innlandet HF til Oslo universitetssykehus HF.

Partene i avtalen er Sykehuset Innlandet HF, org nummer 983 971 701, og Oslo Universitetssykehus, org nummer 993 467 049, og avtalen er inngått mellom disse partene.

## **2. Virksomheten**

Virksomheten som overføres fra Sykehuset Innlandet er prehospitaltjenester for kommunene Kongsvinger, Grue, Nord-Odal, Sør-Odal og Eidskog som utgjør opptaksområdet for Kongsvinger sykehus. Prehospitaltjenester for Kongsvinger opptaksområde er før overføringen organisert som del av Divisjon Prehospitaltjenester i Sykehuset Innlandet.

Virksomheten prehospitaltjenester består av ambulansetjeneste, akuttmedisinsk kommunikasjonsentral, pasientreiser og luftambulanse:

- Ambulansetjenesten utgjør et eget ambulansområde i Sykehuset Innlandet og består av tre ambulansestasjoner lokalisert i Eidskog, Kongsvinger og Odal. Ambulansetjenesten virksomhetsoverdras vederlagsfritt som en helhetlig og pågående virksomhet, inneholdende ansatte, eiendeler, avtaler, tillatelser og sertifiseringer med mer.
- Funksjonen som akuttmedisinsk kommunikasjonsentral for Kongsvinger opptaksområde overføres fra Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral Innlandet til Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral Oslo. Det virksomhetsoverdras ikke ansatte fra Sykehuset Innlandet ved overføringen av ansvaret for å yte og drifte funksjonen.

Funksjonen Pasientreiser for Kongsvinger opptaksområde overføres fra Pasientreiser Innlandet til Pasientreiser Oslo Akershus. Det virksomhetsoverdras ikke ansatte fra Sykehuset Innlandet ved overføringen av ansvaret for å yte og drifte funksjonen

- Luftambulanse er ikke del av overføringen.

## **3. Overføringsdato**

Overføringen skal finne sted fra og med 1. februar 2019 som er overføringsdato.

## **4. Overføring av tjenesteansvaret og skjæringstidspunkt for ansvar**

Med mindre annet er særskilt angitt skal skjæringstidspunktet for fordeling av partenes rettigheter, plikter og ansvar være overføringsdato.

Fra overføringsdato overtar Oslo universitetssykehus ansvaret for å yte ambulansetjenester, akuttmedisinske kommunikasjons tjenester og pasientreiser for opptaksområdet til Kongsvinger sykehus.

Med overtakelsen av tjenesteansvaret påtar Oslo universitetssykehus seg å videreføre en forsvarlig ivaretagelse av tjenestene i henhold til krav og oppgaver i lov og regelverk.

Eventuelle ansvar knyttet til pasienter eller annet (f.eks. pasientskader, andre erstatningssaker) påført før overføringstidspunktet forblir Sykehuset Innlandets sitt ansvar.

Forpliktelser utover normal drift, med konsekvenser for Oslo universitetssykehus, som prehospital tjenester for opptaksområdet til Kongsvinger sykehus pådrar seg fra signeringsdato for denne avtalen og frem til overføringsdato, skal avtales skriftlig mellom partene.

## **5. Kontinuerlig drift ved overdragelsen**

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

Sykehuset Innlandet vil lage en oversikt over samarbeidsavtaler helseforetaket har med primærhelsetjenesten i forbindelse med akuttmedisinsk kommunikasjonsentral og ta initiativ og bidra til at de kan videreføres etter overføring.

Sykehuset Innlandet har kontrakter med transportører knyttet til pasientreiser frem til overføringsdato. Det er avtalt med transportører at Oslo universitetssykehus fra overføringsdato vil tre inn i dagens kontrakt som videreføres på samme vilkår frem til ny anbudskonkurranse for transportører i de berørte kommunene vil bli lyst ut fra Oslo Universitetssykehus.

## **6. Personalforhold**

### **6.1. Overføring av ansatte**

Ansatte i ambulansområdet som betjenes av ambulansstasjonene lokalisert i Eidskog, Kongsvinger og Odal overføres fra Sykehuset Innlandet til Oslo universitetssykehus fra og med overføringsdato, etter arbeidsmiljølovens regler om virksomhetsoverdragelse. Det vil si at arbeidstakerne som overføres tar med seg sine rettigheter og plikter slik disse følger av lovens kapittel 16. En oversikt over ansatte som overføres per overføringsdato skal utarbeides som vedlegg 1 til denne avtalen.

### **6.2. Gjennomføring av overdragelsen**

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

### **6.3. Opplæring**

Sykehuset Innlandet forplikter seg til å tilrettelegge for at personell kan få nødvendig opplæring i Oslo universitetssykehus sine rutiner mv. før overføringsdato. Oslo universitetssykehus forplikter seg til å gi nødvendig opplæring. Det er utarbeidet en felles plan for opplæring.

### **6.4. Økonomisk ansvar for forpliktelser**

Forpliktelser opparbeidet før overføringsdato overfor ansatte som virksomhetsoverdras, står Sykehuset Innlandet økonomisk ansvarlig for. Ansvaret omfatter:

- Eventuell utestående lønn som følge av forsinkelser i lokale lønnsforhandlinger for 2018
- Overtid/kompensasjonssaldo (ikke avspaseringstimer) opptjent av de ansatte før overføringsdato
- Variabel lønn opptjent av de ansatte før overføringsdato
- Lønn for ikke avviklede feriedager, opptjent før overføringsdato
- Reiseregninger for reiser gjennomført før overføringsdato
- Påløpte, ikke utbetalte feriepenger per 31. januar 2019 overføres fra Sykehuset Innlandet og utbetales fra Oslo universitetssykehus.

Det økonomiske mellomværende gjøres opp i henhold til avtalt oppgjørsordning i punkt 15.7.

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

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

### **6.5. Pensjoner**

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

Oslo universitetssykehus overtar ansvaret for de økonomiske forpliktelsene fra overføringsdato. Det omfatter ansvar for ansatte, pensjonister og tidligere ansatte med oppsatte rettigheter.

### **7. Eiendom (leiekontrakter)**

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

Sykehuset Innlandet vil ta initiativ og bidra til at Oslo universitetssykehus kan inngå/tre inn i leieavtale for lokalene til ambulansestasjonene lokalisert i Eidskog (Skotterud), Kongsvinger og Odal (Sand) med virkning fra overføringsdato.

### **8. Utstyr**

Oslo universitetssykehus overtar utstyr i tilknytning til ambulansetjenesten som skal overdras. Herunder ambulanserbiler med utstyr som skal brukes videre ved drift og innredning og utstyr i virksomhetens lokaler.

Håndholdte terminaler overføres ikke da Oslo universitetssykehus ikke benytter den typen Sykehuset Innlandet benytter. Utstyr som ikke er kompatibelt med Oslo universitetssykehus sin drift og som fortsatt kan anvendes i Sykehuset Innlandet følger ikke virksomhetsoverdragelsen.

Oslo universitetssykehus overtar ikke utstyr i forbindelse med overtakelsen av ansvaret for virksomheten i akuttmedisinsk kommunikasjonsentral og pasientreiser i opptaksområdet for Kongsvinger sykehus.

### **9. Forsikringer**

Sykehuset Innlandet sørger for at forsikringspoliser som er omfattet av endringen blir innberettet til forsikringsmegler for beregning av nye premier for Sykehuset Innlandet og Oslo universitetssykehus. Dette omfatter personell, ambulanser og bygg/inventar på virksomheten som omfattes av overføringen.

### **10. IKT**

Det er Sykehuspartner HF ved prehospital gruppe som er driftsleverandør for de akuttmedisinske kommunikasjonsentralene i Sykehuset Innlandet og i Oslo universitetssykehus. I foretaksmøte 14. februar 2018 fikk Sykehuspartner HF i oppdrag å



prioritere nødvendige aktiviteter for å legge til rette for overføringen av Kongsvinger sykehus med tilhørende opptaksområde. Sykehuspartner har iverksatt et arbeid som skal etablere de nødvendige tiltak knyttet til IKT og medisinskteknisk utstyr for at Oslo universitetssykehus skal kunne overta ansvaret for og utføre prehospitaltjenester for Kongsvinger sykehus' opptaksområde fra overføringsdato.

I forbindelse med overføringen skal Sykehuset Innlandet ta initiativ og bidra til at Oslo universitetssykehus får overført nødnettets radioer i ambulansene, og nødvendige virksomhetsdata.

Oslo universitetssykehus skal i nødvendig tid før overføringsdato avklare om det ønskes å overta leieforholdet og tilhørende avtaler til eventuell maskinvare leid eller leaset av Sykehuset Innlandet fra eksterne.

Pasientreiser HF i Skien er systemeier for pasientreiser sin teknologiske plattform. Sykehuset Innlandet og Oslo universitetssykehus vil samarbeide om en bestilling for å få gjort endringer i systemet som ivaretar ansvarsendringen for pasientreiser i opptaksområdet for Kongsvinger sykehus fra overføringsdato.

Fra overføringsdato er det Oslo universitetssykehus sitt ansvar å sørge for nødvendige IKT-systemer for den overførte virksomheten og for og driften av den.

### **11. Overføring av virksomhetsinformasjon**

Dokumenter etablert før overføringsdato og som er arkivert i Sykehuset innlandets elektroniske arkivsystem eller personalmapper, forblir i Sykehuset innlandet. Sykehuset innlandet vil gi Oslo universitetssykehus informasjon og dokumentasjonen på forespørsel, slik at Oslo universitetssykehus er i stand til å videreføre forpliktelser og rettigheter knyttet til drift av alle deler av virksomheten som overføres.

Fysiske personalmapper lånes ut i 5 år og merkes tydelig med utlån. Oslo universitetssykehus får kopi av innholdet i elektroniske personalmapper. Oslo universitetssykehus utsteder tjenestebevis til ansatte som er en del av virksomhetsoverdragelsen også for perioden de var ansatt i Sykehuset Innlandet.

Sykehuset Innlandet skal lagre (elektronisk) historiske driftsdata og informasjon som er lagret i lønns- og personalsystemet i henhold til gjeldende lovkrav dog minimum i en periode på tre år etter virksomhetsoverdragelsen, og vil gi Oslo universitetssykehus informasjon om denne dokumentasjonen på forespørsel.

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

### **12. Immaterielle rettigheter**

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

### **13. Innkjøpsavtaler**

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

### **14. Sertifisering**

Sykehuset Innlandet vil bistå for å sikre at sertifiseringer, tillatelser og akkreditering i tilknytning til virksomheten overføres til Oslo universitetssykehus i forbindelse med overdragelsen.

### **15. Økonomi**

#### ***15.1 Overføring av ressursgrunnlaget***

Partene har avtalt at tjenesten skal finansieres med de midler som følger av inntektsmodellen for prehospitaltjenester i Helse Sør-Øst RHF. Den overførte virksomhetens andel av Sykehuset Innlandets basisramme for finansiering av prehospitaltjenester inngår i Oslo universitetssykehus sin inntektsramme fra Helse Sør-Øst RHF fra overføringsdato.

#### ***15.2 Regnskapsmessig virkning***

Virksomhetsoverdragelsen har regnskapsmessig virkning fra overføringsdato.

#### ***15.3 Regnskapsmessig kontinuitet***

Virksomheten overføres med regnskapsmessig kontinuitet, jf. helseforetaksloven § 50. Partene er i henhold til helseforetaksloven § 43 regnskapspliktig etter regnskapsloven slik at den overtatte virksomheten regnskapsføres i Oslo universitetssykehus etter reglene i regnskapsloven.

#### ***15.4 Balanseposter***

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

Kortsiktig gjeld og forskuddsbetalte kostnader ved vare- og tjenestekjøp foretatt før overføringsdato som skal benyttes i virksomheten etter overføringsdato, overføres til Oslo universitetssykehus. I slike tilfeller tilfaller også selve varen eller tjenesteytelsen Oslo universitetssykehus. For oppgjør se punkt 15.7.

For kortsiktige fordringer og gjeld som gjelder transaksjoner før overføringsdato innkrever Sykehuset Innlandet utestående fordringer og utbetaler skyldig gjeld.

Partene utarbeider en balanseoppstilling per overføringsdato som viser verdiene av eiendeler og forpliktelser på det som skal overføres til Oslo universitetssykehus. Oppstillingen utarbeides så tidlig som mulig og ferdigstilles innen 1. juni 2019. Foreløpig balanseoppstilling ferdigstilles innen 15. mars 2019.

#### ***15.5 Investerings- og etableringskostnader i Oslo universitetssykehus***

Investerings- og etableringskostnader knyttet til IKT eller medisinskteknisk utstyr dekkes slik:

Sykehuspartner har oppdrag fra Helse Sør-Øst og kostnader som er en følge av beslutning om virksomhetsoverføringen, får Sykehuspartner HF dekket av Helse Sør-Øst RHF.

Kostnader knyttet til timeforbruk for ressurser fra Sykehuset Innlandet og Oslo universitetssykehus dekker helseforetakene selv.

Eventuelle andre investerings- og etableringskostnader som følge av overtakelsen i forbindelse med driften av den overtatte virksomheten, tilfaller det Oslo universitetssykehus å betale.

#### ***15.6 Egne kostnader i forbindelse med overdragelsen***

Hvert foretak stiller i en prosjektperiode ressurser til rådighet for å sikre overlevering av tjenesten fra Sykehuset Innlandet til Oslo universitetssykehus.

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

#### ***15.7 Oppgjørsordning***

Forpliktelser som gjelder forhold før overføringsdato, og som eventuelt må utbetales fra Oslo universitetssykehus frem til overføringsdato, skal det etableres en oppgjørsordning for.

Leverandørgjeld som Sykehuset Innlandet eventuelt utbetaler før overføringsdato for vare- og tjenestekjøp som blir overført til Oslo universitetssykehus per 1. februar 2019 faktureres Oslo universitetssykehus samlet før 30. juni 2019.

Eventuelle feilutbetalinger vil håndteres fortløpende.

#### ***15.8 Pro et contra oppgjør***

Det skal gjennomføres et pro et contra-oppgjør mellom partene, der inntekter og kostnader knyttet til virksomheten avregnes per overtakelsesdato i samsvar med prinsippene i denne Avtalen.

Partene skal i fellesskap innen 1. juni 2019 sette opp en pro et contra-oppstilling per overtakelsesdato. Dette kommer som et tillegg til oppgjørsordningen beskrevet i punkt 15.7 og skal samle opp utestående elementer som ikke har blitt håndtert i den løpende oppgjørsordningen. Oppgjøret faktureres innen 30. juni 2019.

Dette gjelder forhold som i forbindelse med overføringen enten er håndtert feil, ufullstendig eller har fått utilsiktede konsekvenser, herunder fordi fullstendig informasjon ikke har vært tilgjengelig på overføringstidspunktet.

### **16. Eventuelle endringer i ressursgrunnlaget**

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

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 25. oktober 2018

Saksbehandler: Direktør fag, pasientsikkerhet og samhandling

Vedlegg: Ingen

---

### SAK 70/2018 MØTE MED BRUKERUTVALGET

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

#### Forslag til vedtak:

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo, den 18. oktober 2018



Bjørn Erikstein

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 25. oktober 2018

Saksbehandler: Leder internrevisjonen

Vedlegg: Brev fra konsernrevisjonen i HSØ fra 15. juni 2018

---

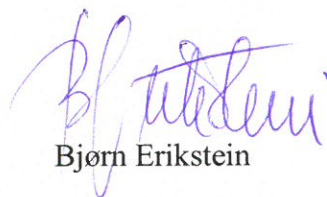
**SAK 71/2018      INNSPILL TIL KONSERNREVISJONEN I HELSE  
SØR-ØST RHF**

### Forslag til vedtak:

*Styret har diskutert mulige tema til revisjonsplan 2019 for Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst.*

(Vedtaket slutføres i styremøtet)

Oslo, den 18. oktober 2018



Bjørn Erikstein

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst er organisert under styret i Helse Sør-Øst RHF og rapporterer funksjonelt til styret ved revisjonsutvalget. Revisjonsutvalget har som formål å bidra til å ivareta styrets tilsyns- og kontrolloppgaver. Instruks for styrets revisjonsutvalg ble revidert den 26. april 2018, blant annet ved at det hvert år skal sendes et brev til helseforetakene og anmode om styrebehandlete innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan for neste år.

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst har i brev av 15. juni 2018 bedt om innspill fra Oslo universitetssykehus til konsernrevisjonens revisjonsplan for 2019. Frist for innspill er 1. november 2018.

Oslo universitetssykehus har hatt en prosess med mulighet til innspill av tema. Det er lagt vekt på at mulige revisjonstema bør være relevante i hele foretaksgruppen. Følgende to tema er foreslått som innspill til mulige tema til konsernrevisjonens revisjonsplan for 2019:

#### **Foretakenes risikostyringsprosesser**

Alle foretak har krav til å ha oversikt over områder med risiko for svikt, planlegge hvordan risiko kan minimaliseres og iverksette tiltak som skal minimere risiko i fremtiden. Dette er ytterligere presisert i forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring (28.1016 ). De ulike helseforetakene har ulike tilnærminger og utførelse av arbeidet. Hva er god og hensiktsmessig praksis?

#### **Kultur**

Helse Sør-Østs konsernrevisjon skal ifølge instruks: «gjennom revisjonsarbeidet bidra til å forebygge og eventuelt avdekke misligheter, herunder vurdere om de tiltak som ledelsen i det regionale helseforetaket og helseforetakene har satt i verk for å forhindre og oppdage eventuelle misligheter er tilstrekkelige». Kultur kan være et sentralt tema i denne sammenhengen. Det blir hevdet at «kultur avgjør valgene våre». Hvordan er kulturen i det enkelte foretak og i den totale foretaksgruppe? Er det etablert et system for holdningsskapende arbeid som sikrer at kultur og holdninger er i samsvar med etiske retningslinjer og lovgivning? Er arbeidet med kultur og holdninger integrert i virksomhetsstyringen?

Oslo universitetssykehus vil melde aktuelle mulige tema tilbake til Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst etter behandlingen i styremøtet 25. oktober 2018.

Helseforetakene i Helse Sør-Øst  
v/administrerende direktør

Vår referanse:  
18/00511-1

Deres referanse:

Dato:  
15.06.2018

Saksbehandler:  
Espen Anderssen

## **Innspill til revisjonsplan 2019 for konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst**

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst er en uavhengig og objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon. Formålet er å bistå styret og ledelsen ved det regionale helseforetaket og ved helseforetakene med å utøve god virksomhetsstyring. Dette utføres ved å vurdere foretakenes virksomhetsstyring, risikostyring og interne styring og kontroll. Konsernrevisjonen er organisert under styret for Helse Sør-Øst RHF og rapporterer funksjonelt til styret ved revisjonsutvalget. Revisjonsutvalget har som formål å bidra til å ivareta styrets tilsyns- og kontrolloppgaver.

I forbindelse med endringer i styret i Helse Sør-Øst RHF ble «Instruks for styrets revisjonsutvalg» revidert per 26. april 2018. I kapittel 4.3 ble det gjort følgende tilføyelse:

*«Leder for revisjonsutvalget skal hvert år sende et brev til helseforetakene og anmode om styrebehandlede innspill til konsernrevisjonenes revisjonsplan for neste år.»*

Konsernrevisjonen gjennomfører i samarbeid med revisjonsutvalget årlig en prosess med å utarbeide et utkast til revisjonsplan for kommende år. Revisjonsutvalget framlegger utkast til plan for godkjenning i styret i Helse Sør-Øst RHF. Planen består av revisjoner som skal gjennomføres i foretaksgruppen.

Arbeidet med å etablere en godkjent revisjonsplan for 2019 har startet opp og innbefatter ulike aktiviteter for å få innspill til aktuelle temaer fra ulike interessenter i foretaksgruppen. Det planlegges med at utkast til revisjonsplan skal godkjennes i revisjonsutvalget 14. november, og deretter behandles i styret i Helse Sør-Øst RHF 13. desember 2018.

Revisjonsutvalget anmoder administrasjonen i helseforetakene om å gjennomføre prosessen med å utforme styrebehandlede innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan for 2019. Frist for innspill er 1. november 2018.

Revisjonsutvalget er kjent med at dette er en ny prosess i år, og at dette ikke er lagt inn i styrenes årsplaner for 2018. Utvalget ber om å få innspill så langt dette lar seg gjøre til revisjonsplanen for 2019. Frist for styrebehandlede innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan for 2020 og etterfølgende år vil være 1. oktober.

Innspill til revisjonsplanen kan sendes konsernrevisor Espen Anderssen (revisjonsutvalgets sekretær) på epost [Espen.Anderssen@helse-sorost.no](mailto:Espen.Anderssen@helse-sorost.no). Videre dialog og avklaringer gjøres med Espen Anderssen på epost eller telefon 945 076 18.

Med vennlig hilsen



Geir Nilsen

Leder av revisjonsutvalget i Helse Sør-Øst RHF





# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 25. oktober 2018

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

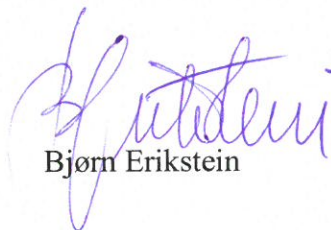
---

**SAK 72/2018 PLAN FOR STYRET I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS**

### Forslag til vedtak

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo, den 18. oktober 2018



Bjørn Erikstein

**Plan for styret i Oslo universitetssykehus HF**

<b>Møte</b>	<b>Vedtaksaker</b>	<b>Orienteringssaker</b>
29. november 2019 kl 10-16	<i>Reservetid</i>	
6. desember 2018 kl 16-18		Konseptfaserapport Gaustad og Aker
14. desember 2018 kl 8-14	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	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 kl 10-16	Budsjett 2020 Oppnevne valgstyre	Rapportering per november Plan for styret ADs orienteringer

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 25. oktober 2018

Saksbehandler: Leder Direktørens kontor

Vedlegg:

---

### SAK 73/2018 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER

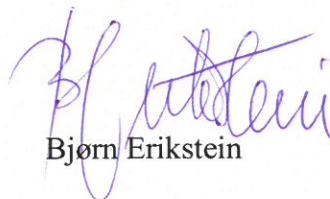
Følgende legges frem til orientering:

1. Utviklingsplaner
2. Beredskap
3. Pasientsikkerhet
4. OUS i mediene september 2018
5. Referat og øvrige vedlegg

### Forslag til vedtak

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo, 18. oktober 2018



Bjørn Erikstein

## 1. UTVIKLINGSPLANER

### • Høringsuttalelse regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst

Oslo universitetssykehus mottok utkast til regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst 2. juli 2018. Utkastet har vært gjennom en intern høring i perioden august til oktober 2018. Utkastet som har vært til høring er tilgjengelig på følgende adresse på internett: <https://www.helse-sorost.no/nyheter/regional-utviklingsplan-sendes-pa-bred-horing>

Planutkastet ble gjennomgått i sykehusets og klinikkenes ledergrupper samt sykehusets sentrale stabsenheter. I høringsperioden ble det gitt 10 gode og detaljerte tilbakemeldinger på foreliggende planutkast. Innspillene ble sammenfattet i den vedlagte samlede høringsuttalelsen.

De viktigste innspillene er:

- Medisinsk faglig utvikling er ikke beskrevet i den regionale planen
- Vår rolle som Norges største og mest komplette sykehus med tilhørende sentrale føringer og forventninger er ikke tilstrekkelig beskrevet.
- Vi støtter Helse Sør-Øst sin anbefaling på oppgavefordeling mellom sykehusene i Oslo-sykehusområdet og er tydelig på at vi ikke ser det som hensiktsmessig å avgi bydeler til de andre sykehusene i Oslo. LDS/DS bør øke sin egendekning ved å komplettere sitt behandlingstilbud for befolkningen de i dag har ansvar for.
- Utvikling av framtidens behandling – Persontilpasset medisin er gitt for lite plass i planutkastet. Samtidig mener Oslo universitetssykehus at vi skal være regionens motor i dette arbeidet. Her savnes det også sentrale føringer og forventninger fra Helse Sør-Øst.

Videre i dokumentet gir vi detaljerte tilbakemeldinger til de ulike delkapitlene i planutkastet. Vår uttalelse er oversendt Helse Sør-Øst innen fristen 15. oktober.

## 2. BEREDSKAP

### • OPSAM – Operasjonssenter for samvirke og beredskap

Oslo universitetssykehus deltar i et forbedringsprogram for helhetlig kriseledelse-håndtering og beredskapsmessig samarbeid mellom nødmeldesentralene og kommunene i Oslo politidistrikt (OPSAM – operasjonssenter for samvirke og beredskap). Administrerende direktør sitter i styringsgruppa, sammen med politimesteren, byrådsleder i Oslo og ordførerne i Asker og Bærum. Programmet skal koordinere forbedringsarbeidet på tvers av etatene og etablere en tverretattlig samhandlingsarena som bidrar til å skape felles situasjonsforståelse ved hendelser og gi en helhetlig tilnærming i krisehåndteringen.

Egne og felles forbedringsområder er identifisert internt i hver av de samarbeidende organisasjonene. En arbeidsgruppe har gjennom 2017 og 2018 jobbet med å finne gode forbedringstiltak som er praktisk gjennomførbare på både kort og lang sikt.

Nødmeldesentralene for politi, brann og redning skal samlokaliseres, ut fra nasjonale føringer. I Oslo er dette ikke mulig på kort sikt på grunn av manglende lokaler og kostnadene ved å flytte flere ganger. Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral er ikke planlagt samlokalisert med disse.

Programmet har utviklet et konsept der 110-sentralen, AMK og kommunene har liaisons plassert i politiets operasjonssentral for å ha et tettere samarbeid og sikre god informasjonsflyt. Dersom videre utredning ikke finner juridiske eller andre hindre for en slik ordning er målet å foreta en utprøving av konseptet, med start i 2019. AMKs liaison vil være tilstede i operasjonssentralen kun deler av døgnet. I første omgang vil man ha et fokus på samarbeid om større, planlagte arrangementer.

Evaluerings etter større og mindre hendelser i vårt prehospitale dekningsområde har flere ganger pekt på behovet for tettere kontakt mellom nødetatene og kommunenes etater og beredskapsressurser. Programmet jobber konkret med å sikre gode løsninger for dette, og det er et svært positivt samarbeidsklima både i arbeidsgruppene og på ledelsesnivå.

### **3. PASIENTSIKKERHET**

#### **• Pasientsikkerhetsuke uke 45**

Sykehuset vil også i år arrangere en egen pasientsikkerhetsuke 5-9. november der pasientsikkerhet blir tema gjennom en rekke små og store arrangement.

Noen av disse er:

- Mandag 5/11 vil det bli avholdt et heldags seminar på Ullevål: Hvordan sikre gode, trygge og likeverdige helsetjenester til pasienter med flerkulturell bakgrunn. Samme dag blir det et mini-seminar på Rikshospitalet: «Du, av alle» – Intervjuer med ti sykepleiere som har stjålet og brukt medikamenter.
- Tirsdag 6/11 vil det bli avholdt et møte og kurs for sykehusets og klinikkenes kvalitetsråd om hvordan alvorlige uønskede hendelser bør utredes og følges opp.
- Onsdag 7/11 blir det avholdt en fagdag på Aker sykehus: Pasient og pårørendeopplæring – viktig for pasientsikkerheten
- Torsdag 8/11 avholdes et fagseminar om pasientsikkerhet, i samarbeid med Helse Sørøst RHF, på Radiumhospitalet med deltagere fra alle sykehus i regionen.
- Fredag 9/11 avsluttes uka med et stort pasientsikkerhetsseminar i Store auditorium på Rikshospitalet (se vedlegg).

Alle styremedlemmer er velkommen til å delta – mer informasjon og påmelding via styrets sekretær.

### **4. OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS I MEDIENE SEPTEMBER 2018**

I september ble det registrert 1590 mediasaker om sykehuset, mot 1041 i august.

Periode	Antall saker	Vekting/etterlatt inntrykk	Vekting prosent	Kommentar
September 2018	1590		Positiv: 24 Nøytral: 39 Negativ: 18 Ikke vektet: 19*	Den økte negative andelen skyldes mange negativt ladede saker om fremtidens sykehusplaner.

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

#### Sentrale saker i perioden:

##### *Framtidens OUS*

Månedens har hatt mange saker om Framtidens OUS, i all hovedsak på debattplass, men også en del redaksjonelle saker. Temaene har i denne omgang vært om det bygges stort nok, hvilke tomter som bør brukes, i tillegg til kritikk av prosessen generelt. Sykehuset har også deltatt i debatten med innlegg.

##### *Organdonasjon*

I forbindelse med organdonasjonsdagen og oppstart av en kampanje for å fremme organdonasjon har det kommet en rekke saker med dette som tema, de aller fleste av dem positive for sykehuset.

##### *HPV-vaksinen*

Nye tall fra Kreftregisteret viser at færre kvinner med innvandrerbakgrunn tar HPV-vaksinen. En av sykehusets leger markerer seg positivt med kommentar i forbindelse med tallene.

##### *Ekspertuttalelser*

I september markerte sykehusets fagpersoner seg positivt i media med sin ekspertise. Denne gangen var det diabetes, legemiddelmangel og barn som blir syke av stress som fikk mest oppmerksomhet. I tillegg har flere kjente personer gitt skryt til behandlingen de har fått på sykehuset, noe som gir mye positiv omtale.

#### Sykehuset i sosiale medier:

Mest leste saker på sykehusets Facebook-side i perioden:

- Nasjonalt ambulanssemesterskap arrangeres for andre gang (egen film)
- Logg deg inn på helsenorge.no og opprett ditt digitale donorkort i dag (eget bilde)
- Nå er det viktig at alle får med seg at det nærmer seg siste frist for å starte gratis HPV-vaksinering (ekstern artikkel)
- Vi oppfordrer alle våre ansatte til å ta årets influensavaksine (egen film)
- Vi fulgte et lag gjennom ambulanssemesterskapet (egen film)

#### Formidling av fag og forskning i «Ekspertsykehuset»

«Ekspertsykehuset» hadde i september prehospitale tjenester som tema og løftet gjennom blogger, filmsnutter og annet redaksjonelt innhold fram en viktig del av sykehusets virksomhet. Det ble laget totalt syv blogger, to redaksjonelle saker og fire videoer. Bloggene ble til sammen lest 28 100 ganger.

#### 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 september er:

- Foreløpige skisser for Aker og Gaustad (Framtidens OUS)
- Flere oppslag om årets influensavaksinering
- Større åpenhet om uønskede hendelser (om innsyn i uønskede pasienthendelser)

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**

- Høringsuttalelse til Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst
- Program for pasientsikkerhetsseminar fredag 9. november
- Protokoll fra Brukerutvalgets møte 24. september 2018 (vedlegg).

Helse Sør-Øst RHF  
v/Andreas Moen

Stab fag, pasientsikkerhet og samhandling

Sendes elektronisk

Vår ref.:	Deres ref.:	Saksbeh.:	Dato:
18/14239-1	18/00538-1	Matthias Baaske	15.10.2018

Oppgis ved all henvendelse

## Høringsuttalelse til «Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst»

Det vises til mottatt høringsutkast «Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst» datert 2. juli 2018 med tilhørende invitasjon til å avgi sitt høringsinnspill til planen innen 15. oktober 2018.

### Bakgrunn og prosess

Oslo universitetssykehus HF har gjennomført en intern høringsprosess i perioden august til oktober 2018 inkludert klinikker, staber, foretakstillitsvalgte, hovedverneombud, brukerutvalget og ungdomsrådet.

Planen skal ligge til grunn for utviklingen i Helse Sør-Øst frem mot 2035 og har som mål å fremme:

- Kvalitet i pasientbehandlingen  
Bedret helse i befolkningen, med sammenhengende innsats fra forebygging til spesialiserte helsetjenester
- Godt arbeidsmiljø for ansatte og mer tid til pasientbehandling
- Helsetjenester som er bærekraftige for samfunnet

Videre peker planen på fire prioriterte satsningsområder:

- Bedre bruk av teknologi og nye arbeidsformer – mer brukerstyring
- Samarbeid om de som trenger det mest – integrerte helsetjenester
- Redusere uønsket variasjon – samvalg knyttes til uønsket variasjon
- Ta tiden tilbake – mer tid til pasientrettet arbeid

Ambisjonen er at spesialisthelsetjenesten i større grad skal bidra til at pasienter kan få oppfølging og behandling utenfor sykehus, at det utvikles fleksible og nye måter å løse oppgavene på og at nye samarbeidsformer utvikles.

I vår høringsuttalelse gir vi generelt innspill til de ulike hovedkapitlene, spesifikt innspill til delkapitlene og innspill til korrigeret tekst.





## 1. Oppsummering av de mest sentrale innspillene

### Medisinsk faglig utvikling

Vi savner en oppsummering av viktige elementer i sykdomsframskrivning og forventet medisinsk faglig utvikling. Disse faktorer vil i stor grad påvirke spesialisthelsetjenestens virksomhet, både omfang og innhold. Insidens og prevalens vil endres og utredning og behandling vil gjennomgå store endringer. OUS har i sin utviklingsplan beskrevet framtidige trender i sykdomsutvikling og medisinsk faglig utvikling innen en rekke sykdomsområder. HSØ bør i sin utviklingsplan vise til beskrevet utvikling og oppsummere sentrale elementer.

### Oslo universitetssykehus sin rolle som regionsykehus og Norges største sykehus

Oslo universitetssykehus er landets største og mest komplette sykehus med bredt sammensatte fagmiljøer. Det er landets største medisinske utdannings- og forskningsinstitusjon. Det er regionsykehus for mer enn 60 % av landets befolkning i Helse- Sør-Øst og lokal- og områdesykehus for landets tettest befolkede område.

Regionens utviklingsplan er derfor helt sentral for utviklingen av sykehuset. Strategi og fremtidig planarbeid for sykehuset må nøyaktig tilpasses regionens utviklingsplan og nasjonale og regionale strategier for arbeidsoppgaver.

### Oslo sykehusområde og oppgavefordeling mellom sykehusene

Vi støtter de vurderinger som er gjort i Utviklingsplanen. OUS har i sitt videre planleggingsarbeid lagt til grunn den fordeling av bydeler som er beskrevet, med tilbakeføring av indremedisinske funksjoner for pasienter i Sagene bydel fra LDS til OUS og overføring av Alna, Grorud og Stovner bydeler fra Ahus til OUS.

Følgende tekst vil tydeliggjøre kommende viktige prosesser i hovedstadsområdet:

Det er lagt til grunn overføring av enkelte funksjoner fra Oslo universitetssykehus til LDS og DS de neste årene. Ved disse prosesser kan man oppnå bedre pasientforløp enn i dag, med mindre flytting av pasienter mellom sykehusene. Samtidig vil dette avlaste OUS i betydelig grad.

LDS og DS har muligheter til og til dels planer for videre utbygging av sykehusene med etablering av nye funksjoner. De vil derved øke sin egendekning for befolkningen i sine bydeler.

Av hensyn til gode pasientforløp og det prinsipp at pasienter skal forholde seg til færrest mulig sykehus ved ulike sykdommer og behandlinger bør LDS og DS bygge opp flere funksjoner for pasienter fra sine bydeler. Egendekningen ved disse sykehus er svært lav, slik at pasienter i stor grad også får sitt lokalsykehusstilbud ved OUS. Dette betyr at pasienter fra deres bydeler i stor grad behandles både ved LDS/DS og ved OUS. Etablering av flere funksjoner ved de to sykehus vil gi bedre pasientforløp og hindre oppsplitting av lokalsykehusstilbudet til disse pasientene. Det er fra LDS og DS sin side foreslått at de skal ivareta lokalsykehusfunksjoner for flere bydeler (som Sagene og Nordre Aker), men dette vil føre til delte lokalsykehusfunksjoner for enda flere Oslopatienter.

Når Sagene bydel i sin helhet tilbakeføres til OUS, vil bydelens pasienter få alle sine lokalsykehus tjenester ved OUS, innen indremedisin, kirurgi og psykisk helse.

OUS har et svært godt samarbeid med sine bydeler. Dette samarbeidet vil fortsette og videreutvikles fremover.

## Utvikling av framtidens behandling – Persontilpasset medisin

Dette tema bør vies langt større oppmerksomhet i utviklingsplanen, i et eget kapittel.

Oslo universitetssykehus har som landets største og mest forskningstunge sykehus et særlig ansvar for å utvikle morgendagens pasientbehandling. OUS sin visjon er: «Sammen med pasientene utvikler vi morgendagens behandling». Sykehusets forskning skal ha dette som målsetning, enten det dreier seg om laboratorieforskning, translasjonsforskning eller klinisk og epidemiologisk forskning. OUS vil satse videre på utvikling av fremragende forskningsmiljøer på et høyt internasjonalt nivå og i et tett samarbeid med nasjonale og internasjonale samarbeidspartnere. For å lykkes med dette er det helt sentralt med et fortsatt tett samarbeid med Universitetet i Oslo og andre forskningsinstitusjoner. Spesielt nevnes samarbeidet med UiO innen livsvitenskapssatsningen i framtiden. Det er også helt sentralt med et godt forskningsmessig samarbeid med andre helseforetak/sykehus, primært i Helse Sør-Øst, for å kunne inkludere større pasientgrupper i klinisk rettet forskning.

OUS har en rekke nasjonale og regionale kompetansetjenester, der målsetningen er å bygge opp og spre kompetanse til sykehusets samarbeidspartnere, samt drive forskning for å bygge ny kunnskap av nytte for pasientene. OUS er et nav for helseforskning i hele regionen, der et tett samarbeid mellom sykehusene bør ytterligere utvikles.

Persontilpasset behandling basert på gensekvensering, presisjonsmedisin, krever bruk av kostbart laboratorieutstyr med ulike metodeplattformer, samt kompetanse innen molekylær genetik og bioinformatikk. Utvikling av presisjonsmedisin krever også et omfattende internasjonalt samarbeid for å teste ut ny målrettet behandling rettet mot spesifikke genprofiler. OUS vil i årene fremover legge til rette for genterapi som nå er i rask utvikling på flere fagområder, ikke minst innen sjeldne sykdommer og kreft. Fasiliteter for celleterapi og regenerativ medisin skal videreutvikles.

## 2. Generelt innspill til «Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst»

Det ble lagt ned mye godt arbeid i utarbeidelse av «Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst». Planen fremstår som et godt, lettlest og interessant dokument som beskriver grundig og godt mange av de sentrale utfordringer og utviklingsmuligheter som helsetjenesten i Norge og Helse Sør-Øst med lokale helseforetak vil stå overfor i tiden som kommer.

Det ble gjennomført viktige analyser og vurderinger i forhold til fremtidig behov for helsetjenester og hvordan disse skal leveres, inkl. nytte av nye digitale løsninger. Spes. Kap 4, 5 og 6.

Kap 2 tar inn hovedpunkter fra HF-enes utviklingsplaner, men her savner vi omtale av medisinskfaglig utvikling, sykdomsforekomst og regionsykehusets funksjon i relasjon til andre HF.

Når det gjelder medisinskfaglig utvikling og sykdomsforekomst henviser vi til vår utviklingsplan (Kap 4) og foreslår at man viser til denne og gjengir hovedelementer i beskrevet medisinskfaglig utvikling og sykdomsforekomst for de viktigste spesialiteter og sykdommer tas inn i Helse Sør-Øst sin utviklingsplan.

Vi synes at utviklingsplanarbeidet i Helse Sør-Øst i stor grad ble gjennomført i henhold til «Veileder for arbeidet med utviklingsplaner» som var førende for arbeidet i de lokale helseforetakene.

Det savnes en mer detaljert beskrivelse av «Åpenhetsprinsippet» som er lagt til grunn og beskrevet i selve veilederen, herunder mandat, prosjektsammensetning, delutredninger, tidslinje og milepæler. Samtidig kan vi ikke se i rapportutkastet at det ble gjennomført en interessentanalyse.

Vi stiller oss bak målene som skal fremmes med regional utviklingsplan og er også enige i de prioriterte satsingsområder som er satt opp.

Samtidig savnes det konkrete tiltak for å oppnå disse målene. Dette gjelder bl.a. «Ta tiden tilbake – mer tid til pasientrettet arbeid» som bør understøttes med konkrete tiltak. Hvordan disse målene skal oppnås kan tolkes ulikt i de ulike HF og fagmiljøer vil kreve samarbeid som kanskje ikke er tilstede i dag. Her er det ønskelig at utviklingsplanen gir tydeligere føringer, med nødvendige presiseringer.

### **3. Kommentar til planforutsetninger og prioriterte satsingsområder**

#### Modell for framskrivninger

Når det gjelder framskrivninger er vi enige i de utfordringer og trender som beskrives. Vi er også enige i at det må iverksettes tiltak for å redusere belastningen for fremtidens HF og sykehus. Imidlertid bør det beskrives bedre hvordan ulike tiltak (samarbeid om de som trenger der mest (s. 74), brukerstyrte poliklinikker (s. 78) og teknologi (s. 80)) kan ha effekt som beskrevet i plandokumentet. Vi er usikre på om disse tre tiltak kan «demme opp for» de utfordringer som aldring, komorbiditet og brukerkrav vil gi.

#### Beleggsprosent

Planen foreslår at utnyttelsesgraden av normalsenger reduseres fra 90 % til 85 %. Det oppfattes å være et skritt i riktig retning, da gjennomsnittlig beleggsprosent i OECD-land er 81 % (SSB).

I mange land har helsemyndighetene satt belegg på 85 % som øvre grense for hva som er forsvarlig. For TSB viser erfaringen at 80 % utnyttelsesgrad er for høyt.

#### Åpningstider poliklinikk

Reduksjon av åpningstider fra 10 timer/240 dager til 8 timer/230 dager vurderes til å være et steg i riktig retning.

#### Private vs offentlige behandlingstilbud

Det hadde vært ønskelig at Oslo universitetssykehus som representant for offentlig behandling av rus- og avhengighetslidelser kunne gi et helhetlig tilbud til alle former av rus- og avhengighetsbehandling.

Knappe ressurser fordeles i dag fra det offentlige til private avtalepartnere. Det ønskes en debatt om hvor hovedtyngden av behandlingstilbudet bør ligge med klare føringer fra Helse Sør-Øst. En egendekning på 25 % innen TSB slik det er i dag, oppfattes som alt for lavt.

### **4. Spesifikke innspill til delkapitlene**

#### Hovedpunkter fra helseforetakenes utviklingsplaner og regionale prioriteringer (Kap 2)

Vi anser det som hensiktsmessig at sammenfatningen av helseforetakenes utviklingsplaner presenteres som vedlegg til regionens utviklingsplan. Struktur i dette kapitlet bør endres slik at én kan følge prioriteringene som er skissert og hvordan disse er tenkt å gjennomføres. Det er beskrevet mange gode forslag, men uten henvisning eller tydeliggjøring av hvordan dette henger sammen med mål og prioriteringer.

### Pasientens helsetjeneste (Kap 2.1)

Vi foreslår at beskrivelsen suppleres med følgende tilleggsinformasjon:

«Der er flere sårbare grupper som vil ha utfordringer med å kunne medvirke og være en likeverdig part i beslutninger. For eksempel kan mangelfull norsk- eller datakunnskaper eller lav helseinformasjonsforståelse fører til at mestring av egen sykdom og behandling er krevende. Det vil derfor være nødvendig med individuell tilpasning og bruk av f.eks. tolk ved behov. Dette kan føre til færre liggedøgn og reinnleggelser som til å øke pasientsikkerheten.»

### Oppgavedeling og samhandling (Kap 2.2)

Vi mener at det er viktig at Regional utviklingsplan konkretiserer oppgavefordeling mellom kommunehelsetjenesten og helseforetakene i regionen, samt at det utarbeides en strategi for bruk av private aktører. Beskrivelsen i planutkastet kan være mer tydelig når det gjelder føringer fra Helse Sør-Øst på dette tema.

### Psykisk helsevern og TSB (Kap 2.3, 2.4)

Fagområdene «Psykisk helse for barn og under, og rus- og avhengighetslidelser» er, etter vår mening, ikke tilstrekkelig beskrevet i foreliggende planutkast.

WHO beskriver psykisk lidelse hos barn og ungdom som en av de tre største trusler mot folkehelsen. Vi vet også nok om den langsiktige effekten på uhelse blant voksne. Rus- og avhengighetslidelser bidrar betydelig til dødelighet og svekket helse på globalt nivå.

Dette tema og fagfeltet er ikke tilstrekkelig beskrevet i den regionale planen og bør i det minste tas opp som tema i samtlige somatiske spesialiteter. Vi kan ikke se at kartlegging, behandling og forebygging av rusrelaterte tilstander er beskrevet i planen, noe som er underlig når nasjonale og internasjonale opplysninger tilsier at 15-30 % av innleggelsene i somatikken er relatert til rus.

Vi ser at det er et stort potensiale med å fange opp pasienter med avhengighetslidelse på et tidlig stadium. Mange pasienter legges inn utallige ganger for rusrelaterte hendelser uten at tema drøftes.

Det henvises til beskrivelse av fagets utvikling og sykdomsutvikling med foreslåtte tiltak i vår utviklingsplan (Kap 4.7 side 68).

I tillegg synes vi at de regionale og nasjonale funksjonene innen psykisk helsevern ikke er tilstrekkelig beskrevet i planutkastet.

Fagets utvikling og trender er etter vår mening stort sett korrekt beskrevet i planen, men vi ser noen mangler. Det mangler etter vårt syn omtale av nødvendig faglig utvikling med den «bio-psyko-sosiale modellen» som utgangspunkt – noe som er helt sentralt i arbeidet med psykisk helse blant barn og unge. Videre er det viktig at psykisk helsevern involveres i arbeidet med å utvikle helhetlige pasientforløp for utviklingshemmede med atferdsvansker. Dette er en utvikling som ikke kommer tydelig nok frem i høringsutkastet.

Vi savner videre en bekrivelse av BUP'ets særskilte behov for komplekse samarbeidsstrukturer rundt pasientene. Det innebærer en fleksibel behandlingsmodell som er forankret i lokalsamfunnet med utgangspunkt i pasientens hjem.

Forebygging av rus- og avhengighetsrelaterte tilstander er ikke nevnt i planutkastet og vi ber om at dette tema med tilhørende tiltak tas inn i endelig versjon.

På side 9 under tabell 3 Egendekning innen psykisk helsevern og TSB etter sykehusområder står det i planen;

*«Utover dette er det forholdsvis små pasientstrømmer på tvers av sykehusområdene, med unntak av noe regional aktivitet (sikkerhetspsykiatri) ved Oslo universitetssykehus HF og historiske pasientstrømmer og avtaler for befolkningen i Akershus»*

Her mangler Regional seksjon spiseforstyrrelser (RASP), Regional seksjon psykiatri-, utviklingshemming/autisme (PUA) sin aktivitet og Nasjonal behandlingstjeneste for hørsel og psykisk helse (NBHP). NBHP har også en regional funksjon i Helse Sør-Øst.

### Habilitering (Kap 2.6)

Vi ønsker at beskrivelsen suppleres med følgende:

Side 17:

- Første kulepunkt: Habiliteringen arbeider i tverrfaglige team med utredning av barn, unge og voksne med funksjonsnedsettelse hovedsakelig i poliklinisk og ambulant virksomhet.
- Andre kulepunkt: *«Habiliteringstilbudet er forskjellig i helseforetakene...»* - Habilitering ved de enkelte helseforetak har derfor gått sammen og etablert Regionsenter for habiliteringstjenesten for barn og unge (RHABU) som skal bidra til utjevning av forskjellene gjennom felles retningslinjer og kompetanseheving til habiliteringsansatte i hele regionen. I samarbeid med Seksjon for nevrohab-barn, OUS har det også blitt utviklet et nasjonalt utdanningskurs i barnehabilitering for LIS-leger og spesialister i barnesykdommer og nevrologi for å fremme kompetanseheving og rekruttering for legegruppen.

### Utviklingspotensial sammen med kommunene

*«... Generelt er det stor forskjell mellom helseforetakene i hvor omfattende habilitering er i disse avtalene»* - og i hvilken omfang de enkelte kommunene og bydelene i Oslo vil bidra til gode habiliteringsløp.

### Regional behandlinglinje for barn med ervervet hjerneskade

*«... Det er igangsatt et nasjonalt og regionalt arbeid for å avklare rollen til Sunnaas sykehus HF i behandlinglinjen»* - særlig for barn i alder 7-18 i fase 3 i behandlinglinjen (habilitering etter akuttsykehusfase). Seksjon for nevrohabilitering-barn, OUS forvalter habiliteringsplass for barn 0-6 år i fase 3 av behandlinglinjen i samarbeid med Stiftelse Nordre Aasen.

### Tjenestetilbudet for barn og unge med autismespekterforstyrrelser

*«... Pasientene trenger høy og tverrfaglig kompetanse og mange av barna trenger langvarig oppfølging av spesialisthelsetjenesten.»* - Det finnes i dag en retningslinje for utredning av ASF men den inkluderer ikke behandling og oppfølging. «...»

### Pasientforløp for utredning og behandling av atferdsvansker

«Helseforetakene har i ulik grad innført pasientforløp for utredning og behandling av atferdsvansker ved utviklingshemming hos voksne.» - Slike pasientforløp er også nødvendig for barn og unge, siden denne pasientgruppen har økt med flere kompliserte tilfelle av utagering hos barn og unge også. «...»

Vi savner en tydelig omtalelse og beskrivelse av «Ernæringsfelte» i utviklingsplan og foreslår at følgende inkluderes i endelig utviklingsplan.

Henviser til aktuelle rapporter fra Helsedirektoratet samt tidligere oppdrag fra HSØ til helseforetakene. Klinisk ernæring bør være naturlig innen mange sentrale punkter i utviklingsplanen:

- Forebygging: underernæring (1,2, 3), livsstilssykdommer (3)
- Helhetlige pasientforløp og tverrprofesjonelt arbeid
- Kompetanseoverføring og kompetanseoppbygging (3)
- Økonomi: finansieringsløsninger for kliniske ernæringsfysiologer (4)
- Oppgavedeling og samhandling: behov for styrking av kliniske ernæringsfysiologer i kommunen (3, 4)
- Riktig bruk av kompetanse (4): høy andel leger og sykepleiere i Norge, men lav andel kliniske ernæringsfysiologer sammenlignet med f.eks. Sverige. Nok bemanning og riktig bruk av ernæringskompetanse styrker kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten.

#### Referanser:

- 1) Pasientsikkerhetsprogrammet
- 2) Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring. 2.opplag/09/2010 sist endret (pdf) april 2013. Rapport IS-1580. Helsedirektoratet.
- 3) Ernæringskompetanse i helse og omsorgstjenesten. Oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet 2009–2012 2013. Rapport IS-2032. Helsedirektoratet.
- 4) Kompetansebehov innen ernæring hos nøkkelgrupper, Oppdrag 3c. Rapport IS-2592. Helsedirektoratet 2017.

Betydning av leder og ledelse omtales tydelig, mens viktigheten av medarbeiderskap og samarbeid om løsningene betones mindre.

#### Boks 6 Helse Sør-Øst RHF vil (side 18):

- «...» - særlig også ved implementering av lett tilgjengelig kommunikasjonsteknologi
  - Utvikle detaljerte strategiplaner for implementering av ny kommunikasjonsteknologi for alle habiliteringer i regionen og samarbeid med personvern og IKT
  - Videreutvikle regionscenterets tilbud for ansatte i barnehabiliteringsfeltet og vurdere mulighet for etablering av et felles regionscenter for ansatte i barn- og voksenhabilitering
  - Bidra til utvikling av flere retningslinjer i habiliteringsfeltet, inkl. en retningslinje for behandling og oppfølging av ASF og en retningslinje for barn med multifunksjonshemming av alvorlig grad.

#### Antibiotikaresistens (Kap 2.10)

HSØ viser også til to nye områder i høringsutkastet, deriblant antibiotikaresistens. Vi mener at man i tillegg til å redusere antibiotikabruk må igangsette flere forebyggende tiltak i samsvar med økt

resistensutvikling hos bakterier som kan bli en trussel mot moderne medisinsk behandling. Sammen med opptreden av nye smittestoffer som resultat av økt reisevirksomhet, globalisering og klimaendringer, vil dette føre til økt behov for mikrobiologiske tjenester i form av hurtigdiagnostikk og pandemiberedskap.

De mikrobiologiske avdelingene har behov for forbedrede IKT-verktøy og IT-ressurser for å rapportere antibiotikaresistensdata ned på ulike organisasjonsnivåer i sykehusene.

Vi understøtter arbeidet med å implementere kunnskapsbaserte smitteverntiltak, men etterlyser hvordan man skal håndtere høyrisikopasienter i fremtidens sykehus.

Vi foreslår å utvide med følgende punkter:

- Videreutvikle rask og nøyaktig mikrobiologisk diagnostikk
- Arbeide for å implementere kunnskapsbaserte smitteverntiltak

#### Forebygging (Kap 2.11)

Det savnes en overordnet beskrivelse av hvordan HSØ vil håndtere oppgaver knyttet til de ulike nasjonale screeningprogrammene.

Utviklingen av disse programmene legger beslag på store ressurser innen bl.a. laboratoriediagnostikk, og regionen er avhengig av å kunne håndtere dette økte ressursbehovet uten at det går ut over kapasiteten til å utrede sykdom hos pasienter.

Problemstillingen er særlig aktuell for kreftfeltet (screening for livmorhalskreft og tarmkreft).

#### Bemanning, utdanning og kompetanse (Kap 2.12)

Det er tegnet et godt bilde av kompetanseutfordringene fremover og skissert viktige tiltak for å imøtekomme disse. Det er særlig positivt at planen fremhever betydningen av å få et tettere samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og arbeidslivet, der Helse Sør-Øst tar en mer aktiv rolle, slik at utdanningene som tilbys er i tråd med tjenestenes nåværende og fremtidige kompetansebehov og at dimensjonering av studieplasser er tilpasset behov og kapasitet.

Et område som i tillegg bør nevnes er behovet for å definere rollene til ansatte i ulike utdanningsinstitusjoner med tanke på hva som er deres ansvar når studenter gjennomfører praksis i helseforetakene. En tydeligere rolleavklaring vil bidra til å styrke kvaliteten på praksisstudier.

Vi foreslår at dette tas inn i boks 12, som supplement til eksisterende kulepunkt:

- «Understøtte arbeid med å finne gode løsninger og samarbeide med utdanningsinstitusjonene for å etablere og utvikle gode praksisplasser, (tilføyes:) *herunder avklare ansattes roller i forbindelse med praksisstudier*»

En generell tilbakemelding er å se på det som står beskrevet under «Utdanning i sykehusene» og «Samarbeid med utdanningsinstitusjonene» under ett; og at det ryddes i mellomoverskrifter, avsnitt og språk.

Innledningen til 2.12, kulepunkt 2, er ikke oppdatert etter ny universitetsstruktur («Helse Sør-Øst samarbeider med *syv* høyskoler og *tre* universiteter, samt..»). Forslag: «samarbeider med flere universiteter og høyskoler om utdanning». Det er samarbeid med langt flere universiteter og høyskoler innen forskning.

Til s. 25 og 26:

Nyfødtsykepleie bør inn blant områdene med store utfordringer med antall spesial-sykepleiere.

Til s. 26, Utdanning i sykehusene:

Avsnitt 1:

- Første setning: her bør fagskolene innlemmes i omtalen av samarbeidspartnere
- Andre setning: «Samarbeidet er dels organisert på regionalt - , dels på foretaksnivå og ved noen helseforetak». Denne setningen er uforståelig og grammatisk feil.
- Tredje setning om hva oppgavene omfatter: bør suppleres med (etter traineeprogrammer): «.. interne *opplæringsprogrammer, samt etterutdanningsaktiviteter*».
- Tilføyelse til avsnittet: Det bør i tillegg fremgå at helseforetakene har totalansvaret for leger i spesialisering og lærlinger.

Avsnittet 2 vedrørende kirurgiske praksisplasser for sykepleiestudenter:

Når det gjelder underdekning på kirurgiske praksisplasser for bachelorstudenter i sykepleie synes planen å legge stor vekt på nødvendigheten av at *teknologi* i større grad understøtter praksis, uten at dette underbygges eller eksemplifiseres.

Sykepleierutdanningen er regulert av et EU-direktiv som definerer at studiet inneholder 2300 timer praksis (50 % av studiet) og at praksis skal være «bedside». Nye læringsformer vil neppe kunne erstatte praksis i stort nok omfang til at dette vil avhjelpe kapasitetsproblemen. Praksis i tilknytning til dagbehandling/poliklinikker vil være vel så viktige tiltak, men krever etter OUS' erfaring ekstra opplæring i for eksempel medikamenthåndtering og trening i vurderingskompetanse knyttet til kirurgiske pasienter. Utdanningsinstitusjonene må ha en tydelig definert rolle når det gjelder slik opplæring. Et annet viktige tiltak vil kunne være at private helseinstitusjoner som inngår avtale med Helse Sør-Øst, og som er egnet for praksis, mottar studenter i praksis.

Avsnittet om kirurgiske praksisplasser er for øvrig ikke godt formulert og bør gjennomgås i sin helhet (ref. formuleringer som «veiledningsformer som ...bygger på veiledningskompetanse», og avslutningen vedrørende «kunnskap om helsepedagogikk»).

Avsnitt 3: Forslag til supplerings, med ny tekst markert i kursiv:

«... Ny legespesialistutdanning er under innføring og innebærer endrede og tydeligere ansvarsforhold, *samt innføring av nye læringsmål innen blant annet ledelse, kommunikasjon, kunnskapshåndtering, samvalg, samhandling, etikk og kvalitetsforbedring. Det blir økte krav til veiledning og supervisjon. Helseforetakene overtar ansvar for spesialistutdanningen, hvilket betyr en endret infrastruktur for å tydeliggjøre utdanningsledelse og ansvar innen den enkelte virksomhet. Regionalt utdanningscenter for leger i spesialisering er opprettet og vil videreutvikles til å bli et «nav» i regionen men hensyn til LIS-utdanning*».



Til s. 27, Samarbeid med utdanningsinstitusjonene:

Avsnitt 3 om helsefagarbeidere, 2. setning: Denne utdanningen styres av *læreplaner* (ikke rammeplaner).

Avsnitt 5:

Helseforetakene oppfordres til å etablere kombinerte stillinger i samarbeid med utdanningsinstitusjonene. For at dette skal effektueres er det blant annet svært viktig å avklare hvilke finansieringsmodeller som skal ligge til grunn for de to respektive arbeidsgiveres stillingsandeler. OUS legger til grunn at en hovedmodell fremover må være at institusjonene finansierer sin egen stillingsandel, og i særlig grad må UH-sektor forventes å finansiere nye stillinger knyttet til sine grunnutdanningsforpliktelser (stillingsbrøker knyttet til forskning kan vurderes etter andre modeller).

Til s. 27/28, Endret kompetansebehov:

Her foreslår OUS et nytt 2. avsnitt, dvs. før avsnittet som startet med «økt kompetansebehov»:

*På den annen side er dagens etterspørsel etter helsehjelp betydelig drevet av en biomedisinsk tankegang, der dette ikke er løsningen på mange helseproblemer. Fokus på forståelsen for samspillet mellom psyke og soma har vært nedprioritert i de fleste utdanninger og i dagens helsevesen generelt. Dette har ført til store kostnader forbundet med overdiagnostikk, overbehandling og feilbehandling. Med morgendagens knapphet på helsepersonell, må dette problematiseres og bidra til tiltak som reduserer overdiagnostikk, overbehandling og feilbehandling.*

Forskning og innovasjon (Kap 2.14)

Vi har følgende innspill når det gjelder **forskning**:

Forskningens plass må tydeliggjøres i planen, spesielt som viktig premiss for kunnskapsbasert utvikling av helsetjenesten. Helse Sør-Øst er i en særegen faglig og forskningsmessig posisjon som skiller seg fra de øvrige regionene. Forskningen utføres i nært samarbeid med UH-sektoren og universitetssykehusene har et særskilt ansvar for helseforskningen i spesialisthelsetjenesten.

Presisjonsmedisin (persontilpasset medisin) er et område som vil prege den medisinske utviklingen, spesielt ved universitetssykehusene. Dette feltet vil ha viktige implikasjoner for måten vi utvikler diagnostikk og behandling og setter store krav til IKT-infrastruktur, inkludert håndtering av store datamengder. Området er nevnt i den regionale utviklingsplanen, men får ikke tilstrekkelig omtale (se også justeringsforslag i punktene nedenfor).

De såkalte ikke-universitetssykehusenes satsingsområder er gjengitt over en hel side, figur 3, s. 32. De trender og utviklingsområder som pekes på i OUS' utviklingsplan, kapittelet 4.35.1 om forskning, kan vi imidlertid ikke se bli gjenspeilet på tilsvarende måte i den regionale planen.

OUS beskriver sju sentrale utviklingstrekk og definerer behov for tiltak på mellomlang og lang sikt på disse områdene. I den regionale planen er noen av områdene nevnt som kulepunkter i 2.14 side 33,

men uten referanse til OUS, og det blir dermed en ubalansert og inkonsistent gjengivelse av hva som er satsinger ved ikke-universitetssykehus og universitetssykehus.

Til kapittel 2.14 foreslås følgende supplerende avsnitt (før kulepunktene):

Klinisk forskning har behov for å være komplett digitalt integrert med klinisk praksis, med automatisert gjenbruk av data fra strukturert journal. Beslutningsstøtte og behandlingsalgoritmer utvikles på basis av store datamengder (bilder, genetikk, strukturerte data, sensorteknologi med mer), både fra pasientens egne data og andres data. Endringer skjer raskere, blant annet som følge av utvikling av kunstig intelligens.

Presisjonsmedisin/persontilpasset medisin øker behovet for tett og tverrfaglig interaksjon og fysisk nærhet mellom basale/eksperimentelle og kliniske forsknings- og behandlingsmiljøer (translasjonsforskning) i sykehuset og universitetet. Videre øker det kravet til storskalaanalyser, avansert dataanalyse og sikker lagring av data.

Videre foreslår vi at de fem kulepunktene suppleres med følgende, der noe vil supplere kulepunktet «persontilpasset medisin»:

- Større satsing på infrastruktur nasjonalt, regionalt og lokalt, når det gjelder datalagring og analyse, sekvenseringsutstyr og annet avansert utstyr til storskalaanalyser.
- Bygge opp tilstrekkelig kompetanse og personell som bistår i implementering av persontilpasset medisin i klinisk praksis.
- Ved sjeldne lidelser må man gjennomføre internasjonale multisenterstudier, da relativt små pasientgrupper i hvert land ikke egner seg for nasjonale studier. Helse Sør-Øst, og i særlig grad Oslo universitetssykehus, må planlegge for selv å kunne ta ledelsen av flere internasjonale multisenterstudier.
- Utvikling av ny design og forskningsmetodikk for persontilpassede kliniske studier
- Etablering og drift av forskningsbiobanker bør bli en integrert og sentralisert del av sykehusenes virksomhet, med økt krav til logistikk, areal og IT-systemer.

I vårt forslag til tekst er kulepunktene i større grad formulert som behov for tiltak, enn som beskrivelser av utviklingstrekk.

Kapittel 6.1 s. 57, Bedre bruk av teknologi og nye arbeidsformer - foreslår vi følgende supplerings med eget avsnitt:

Det er svært viktig at helseforetakene i Helse Sør-Øst evner å ta i bruk ny teknologi, og i særlig grad den omfattende utviklingen innen digitalisering. Tydelig ledelse, bevisste prioriteringer og klare strategier for utvikling, innføring og bruk av teknologiske løsninger er helt nødvendig for å klare målene Helse Sør-Øst har satt seg for årene fram mot 2035 innen pasientbehandling, forskning og undervisning. En forutsetning for dette er bedre integrasjon av MTU og IKT. Innføring av stadig større mengder teknologi i pasientbehandlingen øker behovet for teknologer som kan betjene utstyret og utnytte kapasiteten av det, ikke bare vedlikeholde det. Det forventes en økning av teknologer i pasientbehandling, og tverrfaglighet mellom teknologer og klinikere blir viktigere enn noen gang. Mer av behandling vil skje hjemme, teknologi flytter geografiske grenser for sykehuset. I tillegg vil deler av

prehospitale tjenester få mer medisinsk teknologi ut i første linje for å kunne tilby diagnose og korrekt terapi så raskt som mulig. Sykehusene må ha nødvendig teknologiinfrastruktur på plass for å kunne utnytte teknologien. Individtilpasset behandlingsforløp stiller større krav til utstyr. Når for eksempel den genetiske koden blir en del av underlaget for å bestemme en optimal behandling, betyr det betydelig økning i gensekvensering og ulike typer analyser. Dette vil også slå inn på andre utstyrsområder der individuell kartlegging øker behovet for diagnostisk utstyr på mange nivåer.

Utviklingen preges av fire hovedtrender:

- IT blir en viktigere faktor i utviklingen av medikamenter, diagnostikk og pasientbehandling
- IT muliggjør en transformering av prosessene i sykehuset
- Pasientmedvirkningen øker og pasientenes involvering i egen velferd vil øke
- Avansert dataanalyse blir ny kjernekompetanse i sykehuset

Vi har følgende innspill når det gjelder **innovasjon**.

Generelt: Ved introduksjonen av et nytt plandokument bør det settes i sammenheng med det øvrige planverket. Det bør skrives noe om sammenhengen mellom de fire satsningsområdene i den regionale utviklingsplanen som går frem til 2035, og målene i Plan for strategisk utvikling 2013 – 2020.

Det er bra at den regionale utviklingsplanen løfter frem utfordringen med storforbrukerne av helsetjenestene, og at innovative løsninger for disse vil være avgjørende for en bærekraftig helsetjeneste. Bedre bruk av teknologi og nye arbeidsformer - **og endret organisering** - vil være den store ledelsesutfordringen i de nærmeste årene.

Det er særlig kap. 6 som trekker opp noen av linjene for utvikling av bærekraftige helsetjenester frem mot 2035. Vi savner en tydeligere beskrivelse av sammenhengen mellom den medisinske utviklingen, nye behandlingsmetoder og nye måter å levere helsetjenestene på, med løsninger som nå tas i bruk både i Norge og andre land. Universitetssykehusene vil her være særlig viktige pådrivere.

### Økonomi (Kap 2.15)

Oslo universitetssykehus ønsker en innledende beskrivelse av utviklingen innenfor sentrale områder beskrevet nedenfor og kommer med forslag til tekst.

### **Om inntektsutvikling**

Spesialisthelsetjenesten har vært gjennom en periode med god realvekst i inntektsrammene. Forslag til statsbudsjett for 2019 har en svakere realvekst enn tidligere år og kan tolkes som et signal om at veksten blir lavere i tiden fremover. Samtidig er behovet for spesialisthelsetjenester ventet å øke i regionen med rundt xx prosent i planperioden frem mot 2035. Det må derfor balansere behov og muligheter opp mot tilgjengelige ressurser på beste måte, og sikres bærekraft for de tjenestene som skal leveres i dag, i morgen og fram mot 2035. Dette vil medføre mange vanskelige prioriteringer i tiden fremover.

### **Om behov for prioriteringer**

Om noe blir prioritert opp, må noe annet bli prioritert ned. Prioriteringer, diskusjoner og prosesser rundt dette skal i Helse Sør-Øst RHF være basert på åpenhet, medvirkning og god forankring i foretakenes faglige og administrative ledernivå. Behandlingstilbud skal være likeverdig for alle

innbyggere som hører til Helse Sør-Øst RHF, samtidig som prioriteringer skal gjennomføres med tanke på hele behandlingsforløpet og alle aktørene som bidrar i dette. Det vil i de vanskelige prioriteringene for kommende år være viktig å balansere hensyn til den enkelte pasienten uten at det får negative konsekvenser for den samlede pasientpopulasjonen i Helse Sør Øst RHF.

### **Om planlagte investeringer og utvikling i langsiktig gjeld**

De kommende årene står flere av foretakene i regionen framfor store investeringer i form av nye sykehusbygg. Det er derfor nødvendig at foretakene går med økonomisk overskudd for å kunne frigjøre midler til investeringer og klarer å betale for økte renter og avdrag. En stor del av byggeinvesteringene blir finansiert med lån. Ved utgangen av 2017 utgjorde langsiktige lån fra Helse- og omsorgsdepartementet x xxx millioner kroner. I 2030 vil langsiktige lån i Helse Sør-Øst RHF være på om lag x xxx millioner kroner.

### **Om egenkapital**

Helse Sør- Øst RHF har en vesentlig egenkapitalbase ved inngangen til 2019, hvor denne utgjorde xx xxx millioner kroner per 31. desember 2017, og denne består i hovedsak av bygg og anlegg. Det er likevel nødvendig å tillegge at det ligger et estimatavvik i pensjonsforpliktelsene på til sammen x xxxx millioner kroner som ikke er resultatført – og som utgjør xx prosent av egenkapitalen. I 2035 vil egenkapitalen til HSØ med de vedtatte planer som foreligger jfr. siste rullering av Økonomisk langtidsplan 2019- 2022 være på om lag x xxxx millioner kroner., en red/økn i forhold til dagens nivå med xx prosent.

### **Om økonomisk bærekraft og hva dette innebærer for Helse Sør- Øst RHF**

For å ha et godt grunnlag for vurdering av risiko og nødvendig likviditetsstyring må utvikling i drift og gjennomføring av krevende investeringsprosjekter sees i sammenheng.

ØLP for Helse Sør- Øst RHF skal gi et samlet grunnlag for vurdering av økonomisk bæreevne for investeringer og utviklingsprosjekter i foretaksgruppen i et lengre perspektiv enn det enkelte budsjettår. Siste års rullering av langtidsbudsjettet har vist at Helse Sør-Øst RHF står overfor en krevende likviditetsutvikling frem mot 2030. For å kunne realisere foretaksgruppens planer er det behov for en omfattende effektivisering og forbedring av driften slik at virksomhetene klarer å generere tilstrekkelig likviditet til dagens driftsnivå og planlagte investeringer.

Økonomisk bærekraft betyr at regionen samlet sett må ha et overskudd før avskrivninger og finans som utgjør om lag xx prosent av foretaksgruppens samlede omsetning. Tilsvarende resultat for 2017 utgjorde xx prosent av foretaksgruppens samlede omsetning.

Økonomisk bæreevne betyr å håndtere ansvar og forpliktelser innenfor tilgjengelige økonomiske rammer over tid. Det er ikke bare den samlede bæreevnen som er interessant, men også bæreevne for det enkelte foretak og innenfor det enkelte år.

En sunn likviditetsutvikling forutsetter at det ikke brukes mer midler enn det som er tilgjengelig. Driftskreditt skal benyttes til å håndtere kortsiktige svingninger i likviditetsbehovet og det er sentralt at foretakene ikke over flere år har en negativ kontantstrøm knyttet til drift og løpende investeringer.

### Teknologi og utstyr (Kap 2.16)

Bortsett fra at gjennomsnittsalderen for MTU-parken er nevnt handler kapitlet utelukkende om IKT.

Vi savner en beskrivelse av hele MTU-feltet og av MTU-strategien

Den største utfordringen i helsesektoren fremover er veksten i etterspørsel etter trygge helsetjenester. Å investere i og ta i bruk ny teknologi vil fremstå som et grunnleggende premiss med tanke på kvalitet og effektivitet i sykehusets arbeid både innenfor pasientbehandling forskning og undervisning.

Regional utviklingsplan 2035 tillegger i noen grad teknologiske løsninger vekt i forhold til å kunne nå det målbildet som skisseres. Det er likevel vår oppfatning at fremtidige og kommende teknologier, er lite omtalt i rapporten. F.eks er sentrale begreper som kunstig intelligens, maskinlæring og robotisering kun nevnt én gang – og da var alle begrepene samlet i samme setning.

Vi mener at en premiss for å nå de målsetninger som skisseres i rapporten er en grundig gjennomgang av dagens leveransemodell og leveransekraft på teknologiområdet. Ettersom vår eneleverandør er eid av de samme som har ansvaret for å eie og realisere planen burde dette vært omtalt.

Dagens leveranseevne av Sykehuspartner (SP) begrenser, etter vår oppfatning, regionens mulighet for å utvikle eksisterende-, og å ta i bruk ny teknologi.

Det sies lite i planen om hvilken rolle og ansvar som kan, og bør ligge på en sentral monopolist innenfor områder som utvikler seg i et stadig økende tempo med en stadig voksende kompleksitet, og hvor stadig mer kompetanse og gjennomføringskraft ligger ute i endepunktene hos de som skal bruke teknologien. Bruk av teknologi som en integrert del av et behandlingsforløp som i stadig større grad tilpasses den enkelte pasient er neppe best ivaretatt gjennom en stadig større grad av sentralisering inn under en monopolist. Dette er en utvikling som krever nytenkning og innovasjon som paradigme mer enn fokus på sentralstyring av industrialiserte driftsprosesser.

I tillegg mener vi at høringsutkastet ikke dekker fagfeltet laboratoriemedisin tilstrekkelig.

Et av satsingsområdene i planen er «*Bedre bruk av teknologi og nye arbeidsformer*».

Dette er meget aktuelt for laboratoriefagene, med introduksjon av nye teknologier som skal understøtte den kliniske virksomheten og sikre effektive pasientforløp, inkludert poliklinisk og pasientnær behandling.

Implementering av ny diagnostikk er ressurskrevende mht. utstyr og man bør sikre tilstrekkelig fokus og en fornuftig funksjonsfordeling i regionen. Vi kan ikke se at dette er tilstrekkelig fokusert i utviklingsplanen.

Innen IKT legges det stor vekt på regionale, monolittiske systemer. Vellykket IKT-utvikling innen laboratorieområdet krever ikke bare regionale systemer, men også prioritering av lokal kompetanse med vekt på laboratorienær IKT-forvaltning. Uten et godt samvirke mellom regionalt og lokalt (HF) nivå er det betydelig risiko for at regionale IKT-satsinger vil mislykkes i de kommende årene.

Det må også tilrettelegges for mer involvering og ansvarliggjøring av pasientene, f.eks. ved å tilrettelegge for hjemmeprøvetaking og hjemmemonitorering, samt digital formidling og oppfølging av prøvesvar.

Storskala analysemetodene som i noen grad alt er implementert i laboratoriediagnostikken, og som vil øke betydelig i omfang i årene som kommer, vil føre til behov for en IKT-infrastruktur for tungregning og tunglagring. Digitalisering av billeddiagnostikk (digital patologi) vil gjøre det samme.

Et regionalt (evt. nasjonalt) tungregnesenter for helsevesenet bør derfor geografisk og organisatorisk legges tett opp mot laboratoriemedisinske fag i OUS.

Vi foreslår at HSØ utvider med følgende punkter:

- Etablere en infrastruktur for tungregning og tunglagring i HSØ som understøtter storskala laboratorieanalyser og big data analytics
- Utvikle infrastruktur for IKT innovasjon som tillater forskning og innovasjon på helsedata for å fremme IKT-innovasjonsaktivitet og utvikling av e-helseløsninger i foretakene
- Utvikle nye desentraliserte IKT forvaltningsmodeller for fagnær IKT

### Bygg (Kap 2.17)

Femte kulepunkt: «Helse Sør-Øst planlegger å investere i størrelsesorden 30 milliarder i nye bygg i planperioden»

Vi ser ikke sammenhengen mellom summen oppgitt i planutkastet og investeringsplaner beskrevet i de lokale utviklingsplanene. Summen må etter vår mening være mer enn 30 milliarder.

I kommentarer knyttet til Bygg, beskrives tilstandsgrad for bygningsmassen. I og med man slår alle byggene sammen til en, vil HF som har svært dårlig tilstand «bli usynliggjort» etter hvert som nye bygg blir ferdigstilte. Dette vil særlig gjelde for OUS-Ullevål. Vi mener også at figuren blir lettere å forstå dersom man beskriver utviklingen og viser teknisk vurdering for de ulike år: Da ser man lett at nybygg har falt og middels standard øker.

### Opptaksområder og oppgavefordeling for sykehusene i Oslo-region (Kap 2.18)

Vi støtter de vurderinger som er gjort i Utviklingsplanen. OUS har lagt til grunn i sitt videre planleggingsarbeid den fordeling av bydeler som er beskrevet, med tilbakeføring av indremedisinske funksjoner for pasienter i Sagene bydel fra LDS til OUS og overføring av Alna, Grorud og Stovner bydeler fra Ahus til OUS.

Følgende tekst vil tydeliggjøre kommende viktige prosesser i hovedstadsområdet:

Det er lagt til grunn overføring av enkelte funksjoner fra Oslo universitetssykehus til LDS og DS de neste årene. Inntil 70 % av medikamentell kreftbehandling og palliasjon skal gradvis overføres for pasienter tilhørende de to lokalsykehus. LDS skal etablere behandling av pasienter med infeksjoner i ben, bløtvev og hud fra sykehusets bydeler, med overføring fra OUS. Videre skal LDS etablere dialyse for pasienter fra egne og fra DS bydeler, med overføring fra OUS. Disse endringer bør kunne gjennomføres relativt raskt (2019-2020). Det er behov for en tett dialog mellom de tre sykehusene for å kunne gjennomføre en god prosess med overføring av disse funksjoner, som ivaretar god kvalitet, kompetanseoverføring og framtidige faglige, forskningsmessige og utdanningsmessige samarbeidsstrukturer. Ved disse prosesser kan man oppnå bedre pasientforløp enn i dag, med mindre flytting av pasienter mellom sykehusene. Samtidig vil dette avlaste OUS i betydelig grad.

LDS og DS har muligheter til og til dels planer for videre utbygging av sykehusene med etablering av nye funksjoner. De vil derved øke sin egendekning for befolkningen i sine bydeler. Det er uavklart hvilke funksjoner disse sykehusene evt. vil overta fra OUS, i tillegg til de ovennevnte. Det kan dreie seg om ulike medisinske og kirurgiske funksjoner. I framtidens OUS vil det være kirurgiske akuttmottak både i lokalsykehuset (Aker) og i regionsykehuset (Gaustad). DS har kirurgisk akuttmottak. Det synes tvilsomt om det er riktig å etablere ytterligere et kirurgisk akuttmottak ved LDS. Det er behov for en

god dialog for å vurdere hvilke kirurgiske funksjoner som evt. kan overføres fra OUS. Områder som peker seg ut for vurdering i denne sammenheng er benign urologi og gastroenterologisk kirurgi.

Av hensyn til gode pasientforløp og det prinsipp at pasienter skal forholde seg til færrest mulig sykehus ved ulike sykdommer og behandlinger bør LDS og DS bygge opp flere funksjoner fra pasienter fra sine bydeler. Egendekningen ved disse sykehus er svært lav, slik at pasienter i stor grad også får sitt lokalsykehusstilbud ved OUS. Dette betyr at pasienter fra deres bydeler i stor grad behandles både ved LDS/DS og ved OUS. Etablering av flere funksjoner ved de to sykehus vil gi bedre pasientforløp og hindre oppsplitting av lokalsykehusstilbudet til disse pasientene. Det er fra LDS og DS sin side foreslått at de skal ivareta lokalsykehusfunksjoner for flere bydeler (som Sagene og Nordre Aker), men dette vil føre til delte lokalsykehusfunksjoner for enda flere Oslopatienter.

Når Sagene bydel i sin helhet tilbakeføres til OUS, vil bydelens pasienter få alle sine lokalsykehus tjenester ved OUS, innen indremedisin, kirurgi og psykisk helse.

OUS har et svært godt samarbeid med sine bydeler. Dette samarbeidet vil fortsette og videreutvikles fremover.

#### Nytt kapittel 2.19. Regionsykehusfunksjoner og nasjonale tjenester

Følgende bør beskrives i utviklingsplanen:

Oslo Universitetssykehus er landets største og mest komplette sykehus med bredt sammensatte fagmiljøer. Det er landets største medisinske utdannings – og forskningsinstitusjon. Det er regionsykehus for mer enn 60 % av landets befolkning i Helse- Sør-Øst og lokal - og områdesykehus for landets tettest befolkede område.

Tendensen er at ny teknologi- og kompetansekrevende behandling etableres først ved OUS for senere evt. å bli etablert også i andre HF når kompetanse og pasientvolum tilsier at dette gir god kvalitet for pasientene. Eksempler på pågående overføring av funksjoner er kateterbaserte prosedyrer innen flere fagfelt, etablering av PET-CT, strålebehandling og «tyngre» medikamentell behandling ved kreft. Innen kirurgi vil en slik desentralisering kunne skje innen noen områder, mens det innen andre fortsatt vil foregå en sentralisering pga. økende kompleksitet med stort kompetansebehov og kostbar teknologi. Framtidige endringer med både desentralisering og sentralisering vil i stor grad kreve kompetanseoverføring og et tett faglig samarbeid mellom OUS og andre helseforetak. Det forventes at kompetanseoverføring best kan ivaretas om helsepersonell i større grad enn i dag flytter seg mellom sykehusene i regionen, for kortere eller lengre perioder og i forbindelse med behandling av enkeltpasienter.

Oslo universitetssykehus har etablert en rekke nasjonale behandlingstjenester. Et sentralt eksempel på dette er organtransplantasjoner som er avhengig av et tett samarbeid og god samhandling med donorsykehus i hele landet. Det forventes at transplantasjonsvirksomheten vil bli utvidet pga. økende behov og ny teknologi som gjør flere transplantasjoner mulig. Et annet eksempel er etablering av protonterapi. Det planlegges nå bygging av et nasjonalt senter for protonterapi ved OUS, for forbedret strålebehandling hos barn med kreft og hos enkelte andre kreftgrupper. Dette forutsetter oppbygging av ny kompetanse ved OUS, men også ved andre helseforetak som gjennomfører konvensjonell

strålebehandling for å kunne finne de pasienter som bør behandles ved protonsentret, som standardbehandling eller i klinisk studie.

Det er førende at vi skal «desentralisere det vi kan og sentralisere det vi må». Det er forventet at det i framtiden blir behov for spesialisthelsetjenester i langt større omfang enn i dag. Imidlertid er det vanskelig å kvantifisere denne økningen. Mer persontilpasset behandling vil kunne redusere ressurskrevende og unyttig behandling. Minimal invasiv kirurgi og kateterbaserte intervensjoner vil kunne redusere bruk av sykehusarealer. For Oslo universitetssykehus er det vesentlig å kunne ivareta lokalsykehusfunksjonene for sitt opptaksområde, samtidig som de til enhver tid definerte regionsykehusfunksjoner, utviklingsarbeid, forskning og utdanning får tilstrekkelig plass og prioritet. Dette krever stort fokus på tett samarbeid med de øvrige helseforetak i regionen og de øvrige regionsykehus i landet, for å ha en optimal og avtalt oppgavedeling. Skillet mellom regions- og områdefunksjoner må være fleksibelt og kunne endres avhengig av medisinsk utvikling, teknologioppbygging og kompetanseoppbygging og – spredning. En tettere samhandling mellom sykehusene i behandlingen av de enkelte pasienter vil være nødvendig, for å tilby likeverdige helsetjenester og gode og forutsigbare pasientforløp.

#### Nytt kapittel 2.20: Utvikling av framtidens behandling – Persontilpasset medisin

Dette tema bør vies langt større oppmerksomhet i utviklingsplanen, i et eget kapittel.

Oslo universitetssykehus har som landets største og mest forskningstunge sykehus et særlig ansvar for å utvikle morgendagens pasientbehandling. OUS sin visjon er: «Sammen med pasientene utvikler vi morgendagens behandling». Sykehusets forskning skal ha dette som målsetning, enten det dreier seg om laboratorieforskning, translasjonsforskning eller klinisk og epidemiologisk forskning. OUS vil satse videre på utvikling av fremragende forskningsmiljøer på et høyt internasjonalt nivå og i et tett samarbeid med nasjonale og internasjonale samarbeidspartnere. For å lykkes med dette er det helt sentralt med et fortsatt tett samarbeid med Universitetet i Oslo og andre forskningsinstitusjoner. Spesielt nevnes samarbeidet med UiO innen livsvitenskapssatsningen i framtiden. Det er også helt sentralt med et godt forskningsmessig samarbeid med andre helseforetak/sykehus, primært i Helse Sør-Øst, for å kunne inkludere større pasientgrupper i klinisk rettet forskning.

Morgendagens behandling må i større grad enn i dag utvikles gjennom registerbasert forskning. Mange nasjonale kvalitetsregistre er etablert, men flere bør etableres og videreutvikles. Til dette trengs vesentlig bedre registerverktøy/-funksjonalitet. Viktig kunnskap kan vinnes ved kobling av registre og gjenbruk av forskningsdata.

OUS har en rekke nasjonale og regionale kompetansetjenester, der målsetningen er å bygge opp og spre kompetanse til sykehusets samarbeidspartnere, samt drive forskning for å bygge ny kunnskap av nytte for pasientene. OUS er et nav for helseforskning i hele regionen, der et tett samarbeid mellom sykehusene bør ytterligere utvikles. Flere av regionens pasienter bør delta i kliniske studier, som muliggjøres gjennom økt forskningsstøtte og samarbeid i regionen.

Persontilpasset behandling basert på gensekvensering, presisjonsmedisin, krever bruk av kostbart laboratoriestyr med ulike metodeplattformer, samt kompetanse innen molekylær genetikk og bioinformatikk. Utvikling av presisjonsmedisin krever også et omfattende internasjonalt samarbeid for å teste ut ny målrettet behandling rettet mot spesifikke genprofiler. OUS vil i årene fremover legge til



rette for genterapi som nå er i rask utvikling på flere fagområder, ikke minst innen sjeldne sykdommer. Det samme gjelder videreutvikling av fasiliteter for celleterapi og regenerativ medisin.

Målrettet behandling med nye medikamenter rettet mot spesifikke markører i cellene har allerede endret sentrale deler av den medisinske behandling, spesielt innen kreftområdet. Denne utvikling vil fortsette. De nye medikamentene som utvikles er kostbare, men slik målrettet behandling vil på sikt være kostnadsbesparende ved å unngå å gi uvirksom behandling. Den nye og kostbare immunterapien er på full fart inn i kreftbehandlingen og forventes å øke betydelig i omfang framover. Her vil det også skje en teknologisk utvikling med anvendelse av nye prinsipper og metoder.

Kateterbaserte intervensjoner vil fremover erstatte og supplere tradisjonell kirurgi. Robotassistert kirurgi forventes å øke i omfang. Dette kan redusere komplikasjoner og bedre et postoperativt forløp, og anses viktig for framtidig standardisering av operative prosedyrer med reduksjon av uønsket variasjon. En følge er økt kostnad per prosedyre. Operasjonsstuer vil i økende grad bli betraktet som intervensjonsstuer som stiller andre krav til dimensjonering og utstyr.

Intervensjonscenteret ved OUS vil ha en sentral rolle i framtiden. Intervensjonscenteret representerer fremtidens behandlingsrom, der avansert bildedannende utstyr er integrert i operasjonsstuer. Senteret fungerer både som en verktøykasse for forskning og utvikling av nye behandlingsmetoder og driftsarena for pasienter som trenger den avanserte teknologien. I framtidens sykehus må man i stor grad organisere virksomheten omkring teknologien, fordi hybridrom med tungt bildedannende utstyr, roboter og annen teknologi må drives av en dedikert stab. Teknologien er kostbar og utstyret må utnyttes av mange kliniske miljøer. Ved å integrere avansert diagnostisk utstyr i operasjonsrommene, kan man endre logistikken rundt mange pasienter og utføre diagnostikk og behandling i samme seanse.

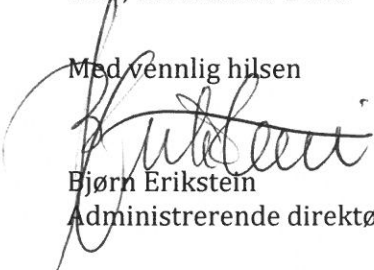
#### Nytt kapittel 2.21: Medisinsk faglig utvikling

Vi savner en oppsummering av viktige elementer i sykdomsframskrivning og forventet medisinsk faglig utvikling. Disse faktorer vil i stor grad påvirke spesialisthelsetjenestens virksomhet, både omfang og innhold. Insidens og prevalens vil endres og utredning og behandling vil gjennomgå store endringer. OUS har i sin utviklingsplan beskrevet framtidige trender i sykdomsutvikling og medisinsk faglig utvikling innen en rekke sykdomsområder. HSØ sin utviklingsplan bør vise til denne og oppsummere sentrale elementer.

Vi håper at Helse Sør-Øst i utarbeidelse av den endelige versjonen av «Regional Utviklingsplan 2035» i stor grad kan ta hensyn til vårt omfattende høringsinnspill.

Oslo, 15. oktober 2018

Med vennlig hilsen

  
Bjørn Erikstein  
Administrerende direktør

## Pasientsikkerhetsseminaret 2018

Sted: Store auditorium, Rikshospitalet

Tid: Fredag 9. november fra klokken 07:45-15:00

### Program:

Fra	Til	Tema	Foredragsholder
07:45	07:55	Åpning	Administrerende direktør Bjørn Erikstein
07:55	08:05	Åpning	Leder av brukerutvalget Tove Nakken
08:05	08:50	«Choosing wisely» kampanjen Overdiagnostikk og overbehandling	Spesialist i onkologi Stein Sundstrøm
09:00	09:40	Mine forventninger	Helseminister Bent Høie
		Pause	
10:00	10:45	Regional strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS 2018 - 2020	Direktør medisin- og helsefag, Helse Sør-Øst RHF Jan Frich
10:45	11:30	Pasientsikkerhet på klinikknivå i OUS	Klinikkleder Morten Tandberg Eriksen
		Lunsj	
12:10	12:40	Pasientsikkerhetskultur	Universitetslektor, NTNU Anne Vifladd
12:40	13:00	Hypotermi under kirurgi	Smittevernoverlege Egil Lingaas
13:00	13:20	Digital antibiotika styring	Seksjonsoverlege Dag Berild
13:20	13:40	Pasientsikkerhet for pasienter i hjemme sykehus	Enhetsleder Vigdis Margrethe Ziener
		Pause	
13:55	14:30	God helsekommunikasjon for å sikre trygg utskrivning	Professor i helsekommunikasjon, OsloMet Kjell Sverre Pettersen
14:30	14:50	Hjerneslag – en dør inn i OUS?	Klinikkleder Eva Bjørstad
14:50	15:00	Oppsummering og avslutning	Ass. direktør Sølvi Andersen

## PROTOKOLL

Møtetema: **Brukerutvalgsmøte 24.september 2018 kl 13.00-17.00**

Til: Brukerutvalget ved OUS

Kopi: Kari Skredsvig, Styret ved OUS

Dato dok: 25.09.2018

Dato møte: 24.09.2018

Referent: Stine Arntzen Selfors

Tilstede: Tove Nakken, Kim Fangen, Anne Giertsen, Pål Kjeldsen, Susan Smerkerud, Stine B. Dybvig, Marius Korsell, Mari Ourom, Twinkle Dawes, Solveig Rostøl Bakken, Arne Olav G. Hope  
Fra OUS: Bjørn Erikstein (13.30-14.00), Stine A. Selfors

Forfall: Kjell Silkoset, Brita Rønnebech Bølgen, Kari Skredsvig

Sak nr	
45/2018	<p><b>Godkjenning av innkalling og agenda</b></p> <p><b>Vedtak</b> Innkalling og agenda er godkjent</p>
46/2018	<p><b>Høringsuttalelser</b></p> <p>Gjennomgang av brukerutvalgets innspill til</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regional utviklingsplan 2035</li> <li>• Rapport om alternativer for regulering av pasientforløp og registrering av ventetid</li> </ul> <p>Informasjon om innspill til Laboratorieveileder for genetiske analyser av fødte</p> <p><b>Vedtak</b> Innspillene endres i henhold til diskusjon i møtet og sendes ut for godkjenning.</p>
47/2018	<p><b>Direktørens time</b> v/ Administrerende direktør Bjørn Erikstein</p> <p>Innsendte spørsmål om anbud på hivlegemidler og involvering av Oslo kommune i utviklingen av fremtidig sykehusstilbud i Oslo.</p> <p><b>Vedtak</b> Tas til orientering. Skriftlig svar ettersendes.</p>
48/2018	<p><b>Styremøtesaker</b> Rask gjennomgang av styremøtesakene Brukerutvalgets møte med styret er utsatt til 25. oktober</p> <p><b>Vedtak</b> Ingen uttalelser til styresakene. Leder og nestleder representerer utvalget i styremøtet 27.9.18</p>

49/2018	<p><b>Erfaringsutveksling</b>  En kort gjennomgang av aktivitet siden forrige møte.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Møter om forløpskoordinatrollen i pakkeforløpene for kreft</li> <li>• Innlegg for brukerutvalget på Lovisenberg diakonale sykehus om brukermedvirkning i forskning</li> <li>• Møte i Norsman</li> <li>• Ekstra styremøte om konseptfasen</li> <li>• Hendelsesanalyse</li> <li>• Styringsgruppe for forbedring av drift</li> <li>• Driftsstyre kreft</li> <li>• Regionalt forskningsutvalg</li> <li>• Utvikling av ny opplæring i brukermedvirkning</li> <li>• Modulbasert opplæring</li> <li>• Ungdomsrådet</li> <li>• Vel Hjem</li> <li>• Brukerråd i medisinsk klinikk, Nevroklinikken, Barne- og ungdomsklinikken</li> <li>• Læringsnettverk for pasientforløp</li> <li>• Fokusgrupper i konseptfasen</li> <li>• Forum for pasient og pårørendeopplæring</li> <li>• Råd for barn som pårørende</li> <li>• Brukermedvirkning i to forskningsprosjekt</li> </ul> <p><b>Vedtak</b>  Til orientering</p>
50/2018	<p><b>Konseptfase Gaustad/Aker</b>  Foretakstillitsvalgt for Den Norske Legeforening og Overlegeforeningen Aasmund Bredeli og Foretakstillitsvalgt for norsk sykepleieforening Svein Erik Urstrømmen redegjorde for fagforeningenes syn på utviklingen av det fremtidige sykehusstilbudet.</p> <p>Representanter fra brukerutvalget som deltar i fokusgruppene melder om at det er komplisert å se helhetsbildet og også å se hvor og hvordan brukerutvalget bør bidra. Konseptfasen har fast plass på agendaen så lenge det er behov for det.</p> <p><b>Vedtak</b>  Tas til orientering</p>
51/2018	<p><b>Fysisk aktivitet som en del av kreftbehandlingen</b>  Helle Aanonsen presenterte Aktiv mot kreft og rapporten om samfunnsverdien av trening for kreftrammede som ble offentliggjort i høst.</p> <p><b>Vedtak</b>  Brukerutvalget ønsker å fremme viktigheten av fysisk aktivitet som en del av behandling. Tilrettelegging av pusterom og andre tilsvarende tilbud for andre pasientgrupper vil være en viktig sak å bringe inn i utviklingen av fremtidige sykehusstilbud.</p>
52/2018	<p><b>Eventuelt</b>  Ingen saker meldt.</p>

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 25. oktober 2018

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:


---

**SAK 74/2018      ANSKAFFELSE AV LØSNING FOR  
RADIOLOGI OG MULTIMEDIARKIV**

Helse Sør-Øst RHF har besluttet å anskaffe løsning for radiologi og for multimediearkiv. Anskaffelsen skal samordnes og at oppdraget med anskaffelsen gis til Oslo universitetssykehus HF.

Styret blir ettersendt en sak om oppdraget straks vi har mottatt mandatet.

Oslo, den 18. oktober 2018



Bjørn Erikstein

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 25. oktober 2018  
Saksbehandler: Direksjonssekretær  
Vedlegg:

---


**SAK 75/2018      GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA  
STYREMØTE 25. OKTOBER 2018**

Protokoll blir lagt frem for vedtak i slutten av styremøtet.

### **Forslag til vedtak:**

*Styret godkjenner protokoll fra styremøte 25. oktober 2018.*

Oslo, den 18. oktober 2018



Bjørn Erikstein