

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

Møtenavn:	Styremøte 3/2018
Dato møte:	22. mars 2018
Møtetid:	Klokken 10.00 – ca 14.40
Møtested:	Radiumhospitalet, Forskningsbygget, seminarrom 1 og 2.

15/2018	Beslutning:	Godkjenning av innkalling og sakliste
16/2018	Beslutning:	Årsoppgjør 2017
17/2018	Beslutning:	Rapport per februar 2018
18/2018	Beslutning:	Oppdrag og bestilling 2018
19/2018	Orientering:	Økonomisk langtidsplan 2019-2022 (38)
20/2018	Orientering:	Utviklingsplan 2035 for Oslo universitetssykehus
21/2018	Beslutning:	Husleie Lovisenberggata 6
22/2018	Beslutning:	Internrevisjonsplan 2018-2019
23/2018	Orientering:	Plan for styret
24/2018	Orientering:	Administrerende direktørs orienteringer
25/2018	Beslutning:	Godkjenning av protokoll fra styremøtet 22. mars 2018

Gunnar Bovim
sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 22. mars 2018
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Sakliste
Protokoll fra møte 16. februar 2018

SAK 15/2018 GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Oslo, den 15. mars 2018

Gunnar Bovim
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Protokoll

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	16. februar 2018
Dato møte:	16. februar 2018 kl 10.00 – 13.25 på Radiumhospitalet i Oslo
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

Tilstede: Gunnar Bovim, Anne Carine Tanum, Marianne Andreassen, Else Lise Skjæret-Larsen, Svein Erik Urstrømmen, Berit Kjøll, Aasmund Magnus Bredeli, Svein Stølen

Forfall: Ingen

Til stede fra administrasjon: Bjørn Erikstein, Morten Reymert, Lisbeth Sommervoll, Morten Meyer, Erlend Smeland m.fl.

Tilstede ellers: observatør fra brukerutvalget, konsernrevisjon og publikum

Sak 4/2018 Godkjenning av innkalling og sakliste

Vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Sak 5/2018 Godkjenning av protokoll styremøte 24. januar 2018

Vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 24. januar 2018.

Sak 6/2018 Rapport per desember 2017

Vedtak:

1. Styret tar rapporteringen per desember til orientering.
2. Styret tar risikoanalysen per 1. tertial 2018 til orientering.

Sak 7/2018 Årlig melding 2017

Vedtak:

1. Styret slutter seg til utkast til Årlig melding for 2017 med de innspill som er gitt i møtet.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å justere Årlig melding ut fra de endelige driftsresultater for 2017 og de innspill som er fremkommet i møtet.

Sak 8/2018 Budsjet 2018 – status og gjennomføring

Vedtak:

1. Styret tar saken til orientering.
2. Styret ber Helse Sør-Øst RHF om en snarlig avklaring av finansieringen av laboratorievirksomheten.

Sak 9/2018 Utviklingsplan for Oslo universitetssykehus

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 10/2018 Innovasjonsstrategi

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 11/2018 Status oppfølging av styresaker

Vedtak:

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

Sak 12/2018 Plan for styrets arbeid

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 13/2018 Administrerende direktørs orienteringer

Administrerende direktør orienterte om arbeidet med behandlingstilbudet i Oslo til pasienter med hjerneslag og om forskningspris til Kyrre Emblem som en fremragende ung forsker.

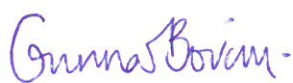
Vedtak:


Styret tar saken til orientering.

Sak 14/2018 Godkjenning av protokoll styremøte 16. februar 2018

Vedtak:

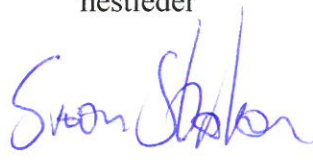
Styret godkjenner protokoll fra styremøte 16. februar 2018.

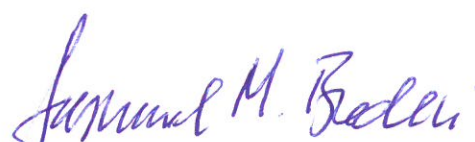

Gunnar Bovim
styreleder


Anne Carine Tanum
nestleder


Berit Kjøl


Marianne Andreassen


Svein Stølen


Aasmund Magnus Bredeli


Svein Erik Urstrømmen


Else Lise Skjæret-Larsen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 22. mars 2018

Saksbehandler: Direksjonssekretær

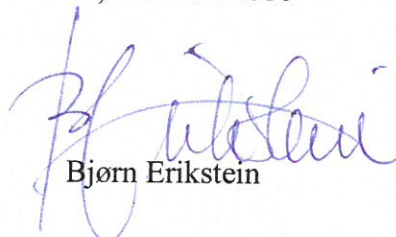
Vedlegg: Årsberetning 2017
Årsregnskap 2017 konsern
Årsregnskap 2017 helseforetak

SAK 16/2018 ÅRSOPPGJØR 2017

Forslag til vedtak

1. Styret underskriver årsberetning og årsregnskap for 2017.
2. Årsberetning og årsregnskap for 2017 legges frem for godkjenning i foretaksmøte.

Oslo, 15. mars 2018



Bjørn Erikstein

Oppsummering

Oslo universitetssykehus HF gjennomførte i 2017 over 1 million pasientkontakter innen somatikken, 140 000 innen psykisk helse og omlag 25 000 innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Målt i antall sammenlignbare poeng ut fra diagnoserelaterte grupper (DRG-poeng etter 2017-grupper) var den samlede somatiske aktiviteten utført ved Oslo universitetssykehus om lag som planlagt for 2017 og 1,5 prosent høyere enn i 2016.

Omsetningen i 2017 var 22 850 millioner kroner, som er opp 426 millioner fra 2016. Årsresultatet i konsernet Oslo universitetssykehus er 281 millioner kroner. Resultatkravet fra eier Helse Sør-Øst RHF var 250 millioner kroner eller bedre.

Årsresultatet er 13 millioner kroner høyere enn det som ble lagt fram i rapportering per desember 2017, i styresak 6/2018. Endringen knytter seg i hovedsak til bokførte nedskrivninger, effekt av endelig aktivitetsrapportering for 2017 som gav noe økte inntekter og avklaring av betalingsansvar for pasienter uten fast bopel.

Oslo universitetssykehus HF investerte i bygg, medisinskteknisk utstyr og annet for 1 054 millioner kroner i 2017, som er 220 millioner mer enn i 2016. Av investeringene ble anskaffelser av medisinskteknisk utstyr og ambulanser for 281 millioner kroner finansiert med inngåelse av nye finansielle leieavtaler. I tillegg til egne IKT-investeringer finansiert av foretakets investeringsramme kommer regionale investeringsmidler til de store regionale IKT-prosjektene, for eksempel fra Infrastrukturmoderniseringsprogrammet.

Helseforetaket har ved utgangen av 2017 en regnskapsført egenkapital på 8 880 millioner kroner. Dette gir en egenkapitalandel på 43 prosent ved utgangen av 2016, som er en oppgang på et prosentpoeng fra utgangen av 2016.

Revisor vil avgi ren beretning for 2017. Revisor vil være tilstede i styremøte ved behandling av årsoppgjøret.

Årsberetning 2017

Virksomhetens art.....	2
Organisering	2
Pasientbehandling.....	3
Somatikk.....	3
Psykisk helsevern	7
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	8
Prehospitale tjenester.....	8
Ventende og ventetider.....	8
Fristbrudd	9
Pasientsikkerhet.....	10
Smittevern	11
Brukermedvirkning	11
Opplæring av pasienter og pårørende.....	11
Forskning.....	12
Innovasjon og næringsutvikling	12
Utdanning	13
Bemanning.....	14
Planlagt arbeidstid	15
Gjennomstrømming.....	15
Sykefravær.....	15
Personell- og kompetansebehov	16
Helse, miljø sikkerhet.....	16
Likestilling og likeverd	17
Innsatsfaktorer i virksomheten	17
Legemidler, implantater og medisinske forbruksvarer.....	17
IKT	18
Medisinskteknisk utstyr.....	18
Bygninger og arealer	19
Tilsyn.....	19
Ytre miljø	20
Framtidsutsikter.....	20
Oppdrag og bestilling 2017 fra Helse Sør-Øst RHF	20
Driftsøkonomi og investeringer i driften.....	21
Utvikling av virksomheten	21
Nedslitt bygningsmasse.....	21
Utvikling av Oslo universitetssykehus	21
IKT	22
Fortsatt drift.....	22
Resultat, investeringer, finansiering og likviditet	22
Økonomisk resultat.....	22
Investeringer	22
Finansiell stilling og risiko	23
Eiers økonomiske styringsmål.....	24
Disponering av årsresultatet	24

Virksomhetens art

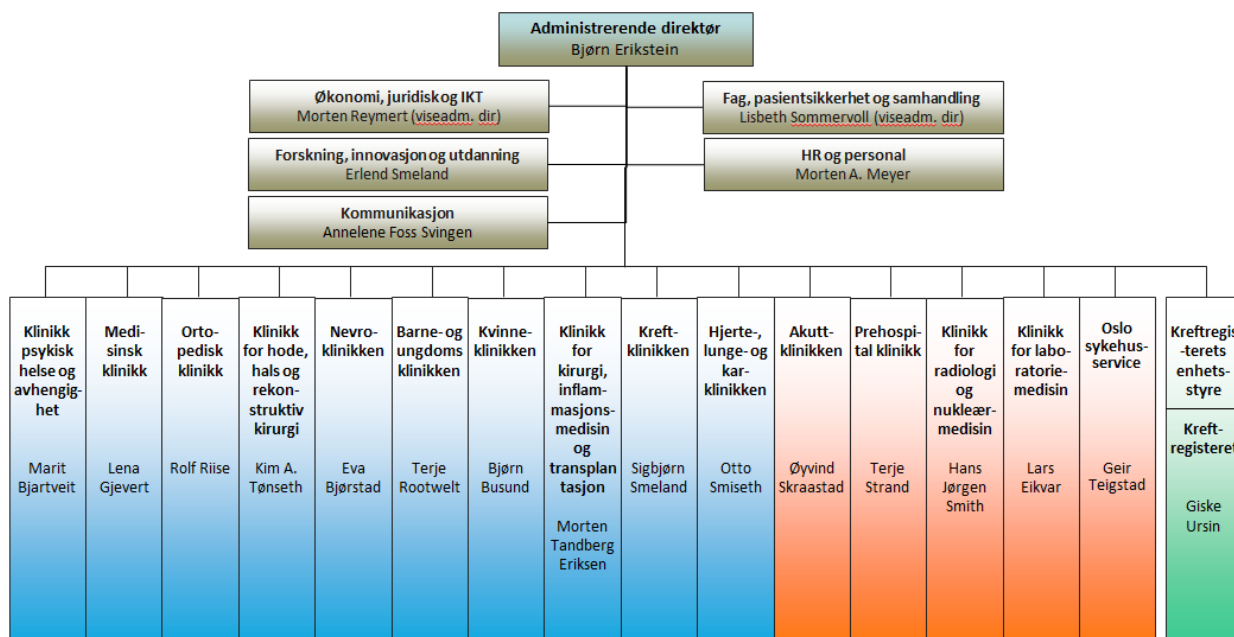
Oslo universitetssykehus HF er Norges største helseforetak med nasjonale oppgaver innen spesialisert medisin i tillegg til tjenesteansvar for Helseregion Sør-Øst og område- og lokalsykehusfunksjoner for sykehusområde Oslo. Foretaket har stor aktivitet innen forskning, utprøvende behandling, opplæring, utdanning og innovasjon.

Helseforetaket ble stiftet 1. desember 2008 med en sammenslåing av virksomhetene i Aker universitetssykehus HF, Rikshospitalet HF og Ullevål universitetssykehus HF. Virksomheten strekker seg tilbake til 1826.

Hovedkontoret og det meste av virksomheten ligger i Oslo med store sykehusanlegg på Aker sykehus, Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål sykehus. I tillegg har Oslo universitetssykehus virksomhet flere steder i Oslo og i Asker, i Bærum og på Geilo.

Organisering

Virksomheten i Oslo universitetssykehus HF var i 2017 organisert i femten klinikker med felles medisinske støttefunksjoner organisert i Akutt-klinikken, Prehospital klinikk, Klinikk for radiologi og nukleærmedisin og Klinikk for laboratoriemedisin. Driftstjenester er samlet i Oslo sykehusservice. Kreftregisteret har eget enhetsstyre sammensatt av medlemmer fra alle helseregionene.



Organisasjonskart per desember 2017.

Oslo universitetssykehus har også virksomhet organisert i egne selskaper. Konsernet Oslo universitetssykehus består av helseforetaket, tre heleide og et deleid aksjeselskap. I tillegg kommer et 50 prosent eid tilknyttet aksjeselskap. Selskapene er av ulik størrelse og driver innen ortopediske hjelpemidler, fremstilling av radiofarmaka, forskning, næringsutvikling, parkering og eiendom.

Som ved de fleste store norske helseforetak er driftstøttefunksjoner ved Oslo universitetssykehus organisert samlet i en enhet – Oslo sykehuservice. Enhetens hovedmål er å bidra til en effektiv drift av kjernevirksomheten. Dette underbygges ved at støttetjenestene yter sine leveranser etter klinikkens prioritering og bestillinger. Tjenesteleveransene er blant annet innenfor service- og driftsoppgaver samt transaksjonstunge og regelstyrte oppgaver med stort behov for harmonisering på tvers av organisasjonen.

I 2017 er det blant annet gjennomført omorganiseringer av Ortopedisk klinikk og Klinikk for radiologi og nukleærmedisin. Ortopedisk klinikk er nå organisert med stedsbaserte avdelinger. Viktige målsetninger med organisasjonsendring er styrket stedlig ledelse, redusert kontrollspenn for ledere, kortere lederlinjer i klinikkene og organisering ut fra oppgaveløsning. Organisasjonsendringer forutsetter tilpasninger i helseforetakets IKT-systemer og iverksetting av ønskede organisasjonsendringer er avhengig av teknologiske begrensninger og kapasitet hos IKT-leverandør. Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse ble overdratt fra Oslo universitetssykehus til Folkehelseinstituttet med virkning fra 1. januar 2018.

Pasientbehandling

Oslo universitetssykehus gjennomførte i 2017 over en million pasientkontakter innen somatikken, 140 000 innen psykisk helse og omlag 25 000 innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Aktiviteten innenfor somatikken svarte til oppdrag fra eier. Innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling var aktiviteten på de fleste områder høyere enn i oppdraget. Det var imidlertid lavere poliklinisk aktivitet innenfor barne- og ungdomspsykiatrien og færre liggedøgn innenfor rusbehandling.

Alle henviste pasienter skal gis en bindende frist for når helsehjelpen ved helseforetaket skal være satt i gang. Dersom fristen ikke overholdes skal helseforetaket melde forholdet til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) som vil finne tilbud hos annen behandler. Av de 181 fristbruddene Oslo universitetssykehus meldte til HELFO i 2017, fikk 34 pasienter behandling via HELFO.

Oslo universitetssykehus har innført 28 pakkeforløp for kreft. Data for 2017 viser at 69 prosent av nye kreftpasienter ble utredet og behandlet i et pakkeforløp, og over 70 prosent innenfor alle de store kreftgruppene. Andelen kreftpasienter som ble behandlet innen definert standard forløpstid var 62 prosent, som er under det nasjonale målet om 70 prosent. Utfordringene i forløpstider var størst for pakkeforløpene brystkreft, kreft i bukspyttkjertel, eggstokkreft, hode/hals-kreft, livmorkreft, nyrekreft, primær leverkreft og prostatakreft. Oslo universitetssykehus har utviklet styringsinformasjon for bedre analyse og oppfølging av de enkelte forløpene. Pasienter og ansatte opplever at pakkeforløp gir større forutsigbarhet for pasientene og bedre samhandling i hele behandlingsforløpet. Pakkeforløp vil i 2018 også bli innført for andre pasientgrupper.

Kontinuerlig og systematisk forbedringsarbeid er en del av helseforetakets politikk for å øke kvaliteten i virksomheten og utnytte ressursene best mulig. Alle klinikker har oppdrag om å arbeide systematisk med forbedringsarbeid.

Somatikk

Det var flere pasientkontakter i somatikken i 2017 enn i 2016. En del av økningen skyldes at rapporteringen for 2017 er inkludert kurdøgn og tannlegekonsultasjoner som ikke har innsatsstyrt finansiering. Dette utgjør 2 869 heldøgnsopphold og 6 500 polikliniske konsultasjoner. Målt i sammenlignbare størrelser er det en vekst i antall heldøgnsopphold fra 2016 til 2017 på 1,3 prosent mens veksten i antall dagopphold/polikliniske konsultasjoner samlet er på rundt 1 prosent.

Sykehusopphold	2017	Δ %	2016	2015	2014	2013
Heldøgnsopphold	112 364	5,9	106 078	108 536	104 189	102 280
Dagopphold	81 856	-2,5	83 918	78 891	70 272	68 496
Polikliniske konsultasjoner	835 458	1,9	819 888	770 959	738 071	725 233
Liggedøgn døgnbehandling	472 241	0,2	471 427	475 264	464 402	475 763
DRG-poeng *	238 754	2,4	234 556	229 502	221 631	217 602

*Døgn/dag/poliklinikk

Målt i antall sammenlignbare poeng ut fra diagnoserelaterte grupper (DRG-poeng etter 2017-grupper) var den samlede somatiske aktiviteten utført ved Oslo universitetssykehus om lag som planlagt for 2017 og 1,5 prosent høyere enn i 2016.

Behandlingsområder med størst vekst i aktivitet i 2017 var innenfor hjerteområdet, hvor det var stor vekst i TAVI og ablasjonsbehandling samt at det ble gjennomført flere hjertetransplantasjoner i 2016 enn i 2017. Det var også en stor vekst innenfor blodsykdommer, øre-nese-hals, hud, nyre og urinveier. Innenfor andre områder, som for eksempel fødsler og gynekologi var det en reduksjon i 2017 sammenlignet med 2016.

Oslo sykehusområde

Noe mer enn en tredjedel av aktiviteten til Oslo universitetssykehus er i hovedsak lokalt baserte tjenester til befolkningen i Oslo sykehusområde. Oslo sykehusområde består av tolv av femten bydeler i Oslo kommune. Oslo universitetssykehus har lokalsykehusansvar for befolkningen i seks bydeler. Av de øvrige betjener Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus tre bydeler hver. Oslo universitetssykehus tilbyr mer spesialiserte tjenester til alle innbyggerne i Oslo sykehusområde. Bydelene Alna, Grorud og Stovner hører til Akershus sykehusområde.

Antall DRG-poeng i Oslo sykehusområde	2017	Δ %	2016	2015
Oslo universitetssykehus opptaksområde	53 516	3,1	51 884	50 824
Diakonhjemmet Sykehus	18 612	3,2	18 030	17 733
Lovisenberg Diakonale Sykehus	21 571	1,6	21 224	19 875
Oslo sykehusområde totalt	93 699	2,8	91 138	88 432

Innenfor Oslo universitetssykehus' opptaksområde (lokalsykehusområde) var det i 2017 en vekst i antall DRG-poeng på 3,1 prosent. Inkludert behandlingstjenester Oslo universitetssykehus ga innbyggere i opptaksområdene til Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus, økte Oslo universitetssykehus sine behandlingstjenester i Oslo sykehusområde med 2,8 prosent i 2017.

Regionale og nasjonale behandlingstjenester

Målt i DRG-poeng er i underkant av 2/3 av Oslo universitetssykehus sitt samlede somatiske pasienttilbud innen regionale, flerregionale og nasjonale spesialisthelsetjenester. Ved utgangen av 2017 ivaretok Oslo universitetssykehus 29 av totalt 41 nasjonale behandlingstjenester, 7 flerregionale behandlingstjenester og 24 av landets 51 kompetansetjenester for enkelte diagnosegrupper.

Behandling av pasienter bosatt i Helseregion Sør-Øst

Oslo universitetssykehus sitt omfattende regionale behandlingsansvar gjør at helseforetaket samlet yter en større andel aktivitet til pasienter bosatt i de andre sykehusområdene i Helseregion Sør-Øst enn til pasienter i Oslo sykehusområde.

Antall DRG-poeng i Helse Sør-Øst	2017	Δ %	2016	2015
Oslo sykehusområdet	93 699	2,8 %	91 138	89 671
Andre Sykehusområder i Helse Sør-Øst	122 925	1,9 %	120 579	120 200
Østfold sykehusområde	16 340	10,0 %	14 860	15 659
Akershus sykehusområde	31 386	2,3 %	30 693	31 003
Vestre Viken sykehusområde	26 239	-1,7 %	26 680	25 593
Innlandet sykehusområde	18 971	0,7 %	18 830	19 035
Telemark/Vestfold sykehusområde	19 199	0,3 %	19 146	18 414
Sørlandet sykehusområde	10 790	4,1%	10 370	10 495
Helse Sør-Øst totalt	216 624	2,3 %	211 717	209 871

Tabellen over viser antall DRG-poeng for pasienter behandlet ved Oslo universitetssykehus ut fra pasientenes bostedstilørighet i Helseregion Sør-Øst. Innbyggere i sykehusområdene Østfold og Sørlandet økte bruken av Oslo universitetssykehus mest fra 2016 til 2017. Det var en reduksjon i behandling av pasienter fra sykehusområdet Vestre Viken.

Behandling av pasienter bosatt utenfor Helse Sør-Øst

Samlet antall DRG-poeng for behandling av pasienter bosatt utenfor Helseregion Sør-Øst utgjorde 6,9 prosent av den samlede aktiviteten i 2017. En noe mindre andel enn i 2016.

Antall DRG-poeng*	2017	Δ %	2016	2015	2014	2013
Helseregion Vest	6 536	4,0	6 282	6 057	6 157	6 010
Helseregion Midt	4 952	2,0	4 500	4 465	4 647	4 311
Helseregion Nord	4 045	-7,8	4 388	4 293	4 373	3 822
Utlandet	1 382	-2,7	1 420	1 342	1 256	1 127
Sum	16 555	-0,2	16 590	16 157	16 433	15 270

*DRG-poeng uten korrigeringer for feil i rapportering av utførende helsepersonell og flere konsultasjoner samme dag.

EUs pasientrettighetsdirektiv trådte i kraft i Norge den 1. mars 2015. Pasienter fra andre EØS-land vil ha rett til å motta planlagt sykehusbehandling i Norge. Antallet DRG-poeng for behandling av pasienter bosatt i utlandet er om lag den samme i 2017 som i 2016.

Kirurgi

Det ble gjennomført i alt 54 840 operasjoner ved Oslo universitetssykehus i 2017. Økningen er fordelt på flere pasientgrupper og utgjorde til sammen en økning på 1,7 prosent i forhold til 2016.

Antall	2017	Δ %	2016	2015	2014
Operasjoner totalt	54 840	1,7	53 926	52 263	51 900
Øyeblikkelig hjelp operasjoner	14 722	4,3	14 113	14 794	14 139
Planlagte operasjoner strøket	2 960	-4,4	3 097	3 075	3 144

Den største økningen er innen øyeblikkelig hjelp med 609 flere operasjoner enn i 2016. Øyeblikkelig hjelp utgjør 26,8 prosent av samlet antall operasjoner. Det ble gjennomført 49 flere transplantasjoner enn i 2016 som var et år med redusert transplantasjonsvirksomhet. Det er en stadig økning i intervensjonsprosedyrer for diagnoser der man tidligere benyttet åpen kirurgi

Helseforetaket planlegger og gjennomfører operasjonsprogrammet for en best mulig utnyttelse av operasjonskapasiteten. Målsetningen er en effektiv operasjonsvirksomhet hvor antall inngrep og tiden kirurg aktivt opererer på pasienten (knivtid) skal økes og antall strykninger reduseres. I 2017 strøk Oslo universitetssykehus 2 960 operasjoner. Det er 6,9 prosent av planlagte operasjoner mot 7,2 prosent i 2016. Strykningene grupperes i fire årsakskategorier:

Årsak til andel av planlagte operasjoner strøket	2017	2016	2015	2014
Planleggingsårsaker	32 %	31 %	36 %	37,1 %
Ressursårsaker	16 %	22 %	14 %	12,5 %
Medisinske årsaker	26 %	26 %	25 %	23,6 %
Øvrige årsaker (herunder fortrent av øyeblikkelig hjelp)	26 %	21 %	24 %	26,7 %

Strykninger som følge av mangelfull planlegging er om lag som i 2016, men fortsatt den største årsakskategorien. Det er relativt færre strykninger på grunn av ressursårsaker enn i 2016. Økningen i strykninger av øvrige årsaker skyldes blant annet økningen i antall transplantasjoner.

Diagnostikk

Som del av pasientbehandlingen i Oslo universitetssykehus samt for å understøtte utredning og oppfølging i andre helseforetak og primærhelsetjenesten, har helseforetaket en omfattende aktivitet innen diagnostiske tjenester. Tilpassede og effektive støttefunksjoner er nødvendig for god pasientbehandling i hele pasientforløpet.

Antall	2017	Δ %	2016	2015	2014	2013
MR-henvisninger	35 041	2,9	34 042	32 860	29 855	27 977
CT-henvisninger	68 777	3,8	66 287	64 654	59 499	56 621
PET/CT-henvisninger	4 986	-5,5	5 277	5 131	4 504	4473
Analysér medisinsk genetik	1 914 064	9	1 750 946	1 605 056	1 197 072	779 076
Mikrobiologiske analyser	944 766	3	919 846	798 858	805 998	794 031
Analysér patologi	574 283	4	550 658	554 349	534 841	485 946
Obduksjoner	424	2	416	418	390	477
Rettsmedisinske oppdrag	78 996					

Oslo universitetssykehus har i 2017 anskaffet mye nytt bildediagnostisk utstyr. Aktiviteten har økt for de fleste bildemodaliteter, til tross for driftstans ved utskiftinger. Unntaket er redusert aktivitet innen PET/CT, der to av tre maskiner er skiftet ut med flere måneders driftstans som følge.

Helseforetakets kapasitet innen bildediagnostikk har økt kraftig de siste årene. Utviklingen er at etterspørselen etter bildediagnostikk øker mer enn økningen av antall pasienter; det gjøres mer bildediagnostikk per pasient, den enkelte undersøkelse øker i kompleksitet og varighet, og kontrollundersøkelser utføres med kortere tidsintervaller. Viktige årsaker til dette er teknologisk utvikling med nye diagnostiske muligheter, nyere kreftbehandling som krever hyppige responseevalueringer og ambisiøse nasjonale behandlingsretningslinjer som er gitt med liten vekt på tilgjengelig bildediagnostisk kapasitet.

Manglende kapasitet søkes løst blant annet ved bruk av private tjenester, særlig for mammadiagnostikk, og overføring av en del kontrollundersøkelser til andre helseforetak i regionen. Barn og pasienter i pakkeforløp for kreft blir prioritert.

For laboratoriene har det også for 2017 vært en vekst i antall utførte analyser som på de fleste fagområder er større enn veksten i klinisk aktivitet. Veksten i antall analyser er størst for polikliniske pasienter og en fortsatt tendens til flere og mer krevende undersøkelser per pasient. For mikrobiologiske analyser er økningen relativt lik økningen i pasientbehandlingen. For farmakologi er veksten for 2017 lav og markant lavere enn i 2016. Antallet analyser innen medisinsk genetik øker betydelig i 2017 etter en viss utflating i 2016. Økningen er mest uttalt for undersøkelser vedrørende arvelig kreft, men andre genetiske undersøkelser øker også. For patologi er det for første gang på flere år økning i antall analyser. Det er også fortsatt et økende antall spesialanalyser knyttet til den enkelte utredning, spesielt er det stor økning i molekylær patologi.

De rettsmedisinske fag ble overført fra Folkehelseinstituttet fra årsskiftet 2017. Avdelingens virksomhet er godt etablert og rettsmedisinske oppdrag har en økning på 2,4 % fra 2016.

Psykisk helsevern

Innen psykisk helsevern var det i 2017 flere heldøgnsopphold, flere liggedager og flere polikliniske konsultasjoner enn i 2016. Aktivitetsøkningen innenfor døgnvirksomheten er større enn veksten i polikliniske konsultasjoner. I 2017 var det flere endringer i registrering av aktivitet innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, blant annet som følge av innføringen av innsatsstyrt finansiering for poliklinikk. Aktivitetstallene for 2017 på disse områdene er derfor ikke direkte sammenlignbare med tall for tidligere år.

Psykisk helsevern for voksne	2017	2016	2015	2014	2013
Heldøgnsopphold	2 352	2 012	1 797	1 881	1 741
Polikliniske konsultasjoner	91 237	104 160	92 381	81 706	83 019
Liggedøgn døgnbehandling	72 477	73 942	72 075	73 892	78 988

Endring i registreringsgrunnlaget gjør at 2017 ikke kan sammenlignes direkte med tidligere år.

Innen voksenpsykiatrien var det i 2017 flere heldøgnsopphold og flere liggedøgn enn i 2016. Antall polikliniske konsultasjoner innenfor voksenpsykiatrien i 2017 viste en reell økning fra 2016 til 2017 på 1 674 (1,7 prosent). Den forholdsvis lave veksten skyldtes i hovedsak bemanningsfravær på grunn av sykdom og gjennomstrømming av ansatte, samt flytting av seksjon for tidlig psykose fra Majorstua til Gaustad i desember.

Psykisk helsevern for barn	2017	2016	2015	2014	2013
Heldøgnsopphold	156	154	124	146	96
Dagopphold	3 698	3 237	3 493	3 080	2 902
Polikliniske konsultasjoner	43 469	45 860	43 792	45 628	46 286
Liggedøgn døgnbehandling	6 776	5 372	5 531	5 573	4 257

Endring i registreringsgrunnlaget gjør at 2017 ikke kan sammenlignes direkte med tidligere år.

Også innen barne- og ungdomspsykiatrien var det flere heldøgnsopphold og flere liggedøgn enn i 2016. Dette er en krevende og sammensatt pasientgruppe som gjør det krevende å få god pasientflyt. Det er stort omfang av gruppebehandling for å møte behandlingsbehovet og antall dagopphold økte fra 2016 til 2017. Det var stor pågang av pasienter med behov for døgnplass, med

mange innleggelser av kort varighet. Det var en økning i antall faktiske konsultasjoner innenfor psykisk helsevern for barn på 164 (0,4 prosent) fra 2016. Det er over lengre tid vært arbeidet for å rekruttere mer fagpersonell for å få en større aktivitetsvekst innenfor dette området.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

I 2017 var det en økning i heldøgnsbehandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I samme periode var det en reduksjon i antall liggedøgn fra heldøgnsopphold. Hovedårsaken til reduksjonen er at pasienter avbryter behandlingen.

Fra 2016 til 2017 økte antall faktiske polikliniske konsultasjoner med 3,6 prosent. Økningen skyldes blant annet oppbemanning og økt pasienttilstrømming.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	2017	2016	2015	2014	2013
Heldøgnsopphold	2 367	2 306	2 848	3 093	2 857
Polikliniske konsultasjoner	23 263	23 915	20 869	12 243	8 375
Liggedøgn døgnbehandling*	24 686	25 619	24 819	24 888	23 746

Endring i registreringsgrunnlaget gjør at 2017 ikke kan sammenlignes direkte med tidligere år.

Prehospitaltjenester

Prehospital virksomhet ved Oslo universitetssykehus HF består av Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral for Oslo, Akershus og Østfold samt Luftambulansetjenesten og Avdeling for Pasientreiser.

Antall	2017	Δ %	2016	2015	2014	2013
Ambulanseoppdrag	158 511	2,7	154 669	146 138	145 984	142 785
AMK-sentralen, telefoner inn*	177 669	2,8	172 903	154 234	133 532	128 832
Pasientreiser - gjennomførte turer	770 596	2,3	753 156	725 795	682 987	666 666
Pasientreiser - rekvisisjoner	879 179	1,2	868 233	824 573	787 064	757 231

*Tall fra 2014 og 2013 er før sammenslåing med AMK Østfold.

Antall ambulansoppdrag økte med 2,7 prosent i 2017 i forhold til i 2016. Økningen i antall akuttoppdrag var på 3,8 prosent. Utplassering av ambulanser i spredte beredskapspunkter har bidratt til raskere responstid. Oslo og Akershus er eneste fylker i Norge som har oppfylt responstidsanbefalingene. Utviklingen i 2017 viser en ytterligere forbedring i responstiden.

I 2017 ble 95 prosent av alle 113-telefoner til akuttmedisinsk kommunikasjonsentral besvart innen kravet på 10 sekunder. Den akuttmedisinske kommunikasjonsentralen i Oslo universitetssykehus er landets største. Etter overføringen er den akuttmedisinske sentralen ved Oslo universitetssykehus landets klart største.

Pasientreiser Oslo og Akershus drives av Oslo universitetssykehus. Pasientreiser administrerer transportavtaler, bestilling av reiser og kontroll av reisekostnader med mer. Pasientreiser arbeider også for samkjøring av transportoppdrag slik at flere pasienter kan benytte samme kjøretøy. Pasientreiser gjennomførte 770 000 turer i 2017. Økningen i antall transportrekvisisjoner kan blant annet forklares med økt bruk av poliklinikk og dagbehandling, noe som gir flere turer per pasient.

Ventende og ventetider

Antall pasienter på venteliste gikk ned med omlag 2 prosent gjennom 2017.

Antall ventende i desember	2017	Δ %	2016	2015	2014	2013
Ventende totalt	16 288	-2,0	16 623	19 947	28 922	25 103
Ventet over 12 måneder (langtidsventende)	14	-86,1	101	453	2 605	3 627

Oslo universitetssykehus har en særskilt oppfølging av pasienter som har stått på venteliste mer enn 12 måneder (langtidsventende), for å redusere antallet til et minimum. Ved utgangen av 2017 var det 14 langtidsventende. Behandlingsområdet med flest langtidsventende er ortopedisk kirurgi.

For pasienter som har fått påbegynt helsehjelp (avviklede pasienter), hadde Oslo universitetssykehus i desember 2017 en gjennomsnittlig ventetid til helsehjelpen starter på 57 dager. Det er en reduksjon på 9 dager fra 2016. For pasienter som ved utgangen av 2017 står på venteliste ved Oslo universitetssykehus var den gjennomsnittlige ventetiden for alle ventende på 55 dager. Det er en reduksjon på 9 dager fra 2016. Innen somatikken er reduksjon i ventetid størst innen ortopedi og plastikk-kirurgi. Reduksjon er henholdsvis fra 101 dager i 2016 til 65 dager i 2017 og fra 98 dager i 2016 til 87 dager i 2017. For psykisk helsevern er ventetiden økt fra 39 dager i 2016 til 42 dager i 2017. Styringsmålet for 2017 var 45 dager.

Gjennomsnittlig ventetid* til avvikling i desember	2017	Δ dg	2016	2015	2014	2013
Pasienter med påbegynt helsehjelp (avviklede)	57	-9	66	69	81	79
Ventende totalt	55	-9	64	84	174	213

*Antall dager

Forventet ventetid oppdateres månedlig på nettstedet www.frittsykehusvalg.no. De sykdomsgruppene som har lengst ventetid i Oslo universitetssykehus ved utgangen av 2017 er indremedisin (155 dager) og thoraxkirurgi (114 dager). Innen thoraxkirurgi er det pasientgruppen pectus excavatum, som venter lengst. Ventetiden skal reduseres blant annet ved i større grad å utnytte operasjonskapasitet på flere steder i helseforetaket.

Fristbrudd

I desember 2017 opplevde 95 ventende pasienter at helseforetaket ikke startet helsehjelpen innen oppsatt frist (fristbrudd). Tall fra Helsedirektoratet viser at det i 2017 ble registrert 866 pasienter med fristbrudd ved Oslo universitetssykehus.

Andel fristbrudd	2017	2016	2015	2014	2013
Fristbrudd i desember for ventende pasienter	0,4 %	0,6 %	0,2 %	20 %	16 %
Fristbrudd i desember for avviklede pasienter	1,2 %	1,1 %	1,7 %	15 %	18 %
Antall fristbrudd i desember ventende	95	105	37	1 911	

Antall nyhenviste pasienter som har fått venteliste plass til Oslo universitetssykehus var noe lavere i 2017 enn i 2016. Årsaken til reduksjon av rapporterte henvisninger knyttet til endringen i Pasient- og brukerrettighetsloven fra november 2015. Endringen har ført til at enkelte pasienter som tidligere ble satt på venteliste uten rett til prioritert behandling, ikke lenger blir vurdert å ha rett til behandling innenfor spesialisthelsetjenesten. I 2017 har omlag 7000 pasienter har fått avslag på sin henvisning fordi det ikke har vært medisinsk indikasjon for behandling i Oslo universitetssykehus.

Nyhenvisninger (rapporterte)	2017	2016	2015	2014	2013	2012
Antall	106 032	109 812	115 896	115 896	113 236	118 317

Epikrisetid

Oslo universitetssykehus HF har som mål å sende ut epikriser enten direkte med pasienten eller i brev innen syv dager etter at pasienten er utskrevet.

Andel epikriser sendt innen 7 dager	2017	2016	2015
Somatikk	73 %	69 %	63 %
Psykisk helsevern	71 %	67 %	43 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	67 %	57 %	59 %

Pasienttilfredshet

Pasienter og pårørende inviteres til å gi sin oppfatning om møtet med Oslo universitetssykehus ved at det sendes en SMS-forespørsel til pasienter som har registrert mobiltelefonnummeret sitt. Antall tilbakemeldinger fra pasienter har økt fra 43 000 i 2016 til 81 000 tilbakemeldinger i 2017. Det utgjør svar på 28 prosent av de utsendte forespørslene. Samlet er 86 prosent av svarene som avgis positive (i stor grad eller i svært stor grad). En månedsrapport med alle tilbakemeldingene sendes automatisk til lederne for de omtalte enhetene. Om lag en fjerdedel av dem som svarer skriver også en merknad i fritekst, noe som er verdifullt i arbeidet med å bli bedre.

Pasientsikkerhet

Pasientsikkerhet er en forutsetning for god pasientbehandling. Oslo universitetssykehus ønsker en åpen registreringskultur for individuell og organisatorisk læring innenfor alle risikoområder. Helseforetaket benytter ett elektronisk verktøy for registrering, analyse, oppfølging av tiltak og rapportering av avvik og uønskede hendelser.

I 2017 ble det registrert 246 hendelser med betydelig pasientskade og 11 815 andre hendelser og nestenulykker med skadepotensial. Kategorien betydelig skade eller død utgjorde to prosent av de registrerte pasienthendelsene, ned fra 2,3 prosent i 2016. Hendelser med betydelig pasientskade er ikke det samme som antall alvorlige feil, men inkluderer også påregnelige komplikasjoner som registreres for gjennomgang og analyse.

	2017	Δ %	2016	2015	2014	2013
Registrerte pasienthendelser	12061	33	9075	8306	7231	6502
Hendelser m/ betydelig skade / død	246	14	215	192	192	224
Hendelser m/ moderat, mindre eller ingen konsekvens	11815	33	8860	8114	7039	6278

Kilde: Forbedringssystemet «Achilles».

Oslo universitetssykehus melder alle hendelser med betydelig skadepotensial til Helsedirektoratet etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3. De alvorligste hendelsene meldes også til Statens helsetilsyn. Det er i 2017 sendt 90 slike varsler til Statens helsetilsyn. Varslene medførte 44 skriftlige tilsyn og 4 stedlige tilsyn.

Antall varsler til Statens helsetilsyn	2017	2016	2015	2014	2013
Anmodning om redegjørelse	4	6	7	10	5
Annen tilsynsoppfølging	1	1	1	1	2
Avsluttet etter innledende undersøkelser	42	40	35	24	29
Stedlig tilsyn fra Helsetilsynet	4	4	3	5	5
Videre tilsynsoppfølging hos fylkesmannen	39	31	11	15	15
Totalt	90	82	57	55	56

Kilde: Statens helsetilsyn

Pasientskadeerstatning

Andelen avsluttede erstatningssaker som har fått medhold i Norsk pasientskadeerstatning for pasienter behandlet ved Oslo universitetssykehus var 16 prosent i 2017, som er 12 prosentpoeng lavere enn i 2016. Utbetalt erstatning fra Norsk Pasientskadeerstatning på vegne av foretaket har likevel økt til 121 millioner kroner i 2017, hvorav helseforetakets egenandel var på 4,4 millioner kroner.

Saker Norsk pasientskadeerstatning	2017	2016	2015	2014	2013	2012
Antall	497	476	404	474	427	468
Avslag / avvist	417	371	306	363	329	367
Medhold	80	105	98	112	95	101
Utbetalt fra NPE i millioner kroner	121	102	119	158	107	107

Kilde: Norsk pasientskadeerstatning (NPE)

Til sammenligning økte antall søknader om pasientskadeerstatning nasjonalt i 2017 med 3,5 prosent. Norsk Pasientskadeerstatning gjorde vedtak i 4 257 saker hvorav 29 prosent fikk medhold og det ble utbetalt til sammen 979 millioner kroner.

Smittevern

Gjennomsnittlig prevalensandel for de fire infeksjonstypene som Oslo universitetssykehus melder til Nasjonalt folkehelseinstitutt var 5,7 prosent i 2017. Det er det høyeste som er registrert de siste seks årene. Det er antall infeksjoner som registreres. Ettersom noen pasienter har mer enn én infeksjon, var andelen pasienter med helsetjenesteassosierte infeksjoner 5,2 prosent i 2017.

Prevalensandel i %	2017	2016	2015	2014	2013	2012
Oslo universitetssykehus HF	5,7 %	5,0 %	5,5 %	5,3 %	4,5 %	5,6 %
Landsgjennomsnitt	-	4,7 %	5,3 %	4,9 %	5,1 %	5,7 %

Det er krevende for Oslo universitetssykehus å nå det regionale målet om at sykehusinfeksjoner skal være redusert til under tre prosent, blant annet på grunn av en høy andel av immunkompromitterte pasienter.

I 2017 var den gjennomsnittlige prevalensandelen av pasienter som fikk antibiotika 24,9 prosent. I 2016 var andelen 26,7 prosent.

Det er en økende forekomst av pasienter som er kolonisert med ulike resistente bakterier. Disse pasientene krever i stor grad de samme tiltakene som pasienter med infeksjoner. Resistente bakterier øker behovet for enerom og isolater for å unngå smittespredning og skaper utfordringer for det infeksjonsforebyggende arbeidet og pasientbehandlingen.

Brukermedvirkning

I tillegg til det sentrale brukerutvalget har Oslo universitetssykehus egne brukerråd i alle klinikker. Helseforetaket har også et eget ungdomsråd. Brukerutvalget deltar med to observatører i styremøtene og sitter representert i om lag femti råd, utvalg og prosjekter.

I 2017 har brukerutvalget og ungdomsrådet arbeidet med brukermedvirkning i behandling og forskning, med særlig oppmerksomhet på pasientenes rett til å delta i beslutninger som berører egen helse og behandling. De har også deltatt i arbeidet med Utviklingsplan 2035.

Opplæring av pasienter og pårørende

Pasientene skal få tilpasset informasjon og opplæring, samt ha en reell mulighet til å påvirke beslutninger knyttet til egen behandling. Oslo universitetssykehus har over 150 gruppebaserte

læringstilbud til pasienter og pårørende, i tillegg til individuell pasient- og pårørendeopplæring og temakvelder med mer. Det er læringstilbud til de store kronikergruppene og for dem med sjeldne diagnoser, samt tilbud tilpasset pårørende, barn, ungdom, kjønn og ulike kulturbakgrunner. Ideelle organisasjoner tilbyr også aktiviteter samordnet med behandlingen ved Oslo universitetssykehus. Vardesenter og Pusterom er tilbud for økt livskvalitet, læring og mestring for kreftsyke og pårørende.

Oslo universitetssykehus er opptatt av at primærhelsetjenestens ansvar for forebygging og oppfølging, herunder pasienter og pårørendes kompetansebehov, er tydelig etter sykehusopphold. For å bidra til trygghet og forutsigbarhet for pasienter og pårørende i behandlingen har helseforetaket pasientinformasjon både på sin hjemmeside og i kontakt med pasientene i forbindelse med behandling, undersøkelse, diagnose og utreiseinformasjon.

Forskning

Visjonen i Oslo universitetssykehus' forskningsstrategi for perioden 2016-2020 er å styrke vår posisjon som et internasjonalt fremragende universitetssykehus og bidra til å skape et fremtidsrettet helsetilbud med høy kvalitet. Forskning og innovasjon skal være en integrert del av virksomheten og bidra til pasientbehandlingen.

Oslo universitetssykehus har omfattende nasjonalt og internasjonalt forskningssamarbeid, med Universitetet i Oslo som den viktigste samarbeidspartneren. Oslo universitetssykehus legger til rette for at brukere i større grad skal kunne bidra i forskningsprosesser med sine erfaringer og perspektiver. Oslo universitetssykehus er tillagt oppgaven med å støtte og styrke forskningen i helseforetakene i Helse Sør-Øst gjennom å tilby regionale forskningsstøttefunksjoner og avanserte fasiliteter.

Kvalitetsregistre og biobanker er viktig infrastruktur for forskning og pasientbehandling. Oslo universitetssykehus har ansvar for et regionalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, som bistår regionens nasjonale kvalitetsregistre. Helseforetaket arbeider med å fastlegge behovet for lagringskapasitet til biologisk materiale fremover.

I 2017 var det stor forskningsaktivitet ved Oslo universitetssykehus:

	2017	2016	2015	2014	2013
Antall vitenskapelige artikler (kilde www.publika.no) ¹	2060	1926	1828	1760	1739
Antall vitenskapelige artikler (kilde:NIFU/CRISStin)*		1946	1905	1788	1557
Andel artikler rangert på høyeste nivå (nivå 2/2a)*		23,9	23,7	24,4	25,0
Andel artikler med utenlandske medforfattere*		41,9	54,6	52,6	47,4
Doktorgrader hovedsakelig utført ved foretaket ²	132	114	115	140	149
Pågående kliniske prosjekter med industrisamarbeid	250				
Nye kliniske prosjekter med industrisamarbeid	64	62	68	57	69
Forskerårsverk inkludert støttepersonell	1512	1343	1280	1266	1241

¹Tall fra intern database Publika oppdateres fortløpende, men er ikke tilstrekkelig kvalitetssikret på rapporteringstidspunktet.

*Tall fra nasjonal database CRISStin for 2017 foreligger ikke på rapporteringstidspunktet.

² Kilde: UiO samt klinikkene PhD fra andre fakulteter, universiteter og høyskoler. Hvis arbeidet er utført ved flere helseforetak deles kreditering av doktorgraden i nasjonalt målesystem. Tall for 2017 er foreløpig og kan bli justert når NIFU har kvalitetssikret tall fra alle helseforetak.

Resultater fra vitenskapelig produksjon, målt i artikler og doktorgrader, er en del av grunnlaget i Helse Sør-Østs inntektsmodell for helseforetakene.

Innovasjon og næringsutvikling

Oslo universitetssykehus satser på innovasjon og utvikling for å bidra til nyskaping og å realisere næringsutvikling. Oslo universitetssykehus benytter Inven2 AS som sin kommersialiseringsenhet for å utvikle resultater og idéer til produkter med kommersiell verdi.

Det er variasjoner i antall innmeldte oppfinnelser og patentsøknader fra år til år. Antallet i 2017 er om lag på nivå med tidligere år. Det er en liten nedgang i antall nye lisensavtaler og bedriftsetableringer sammenlignet med 2016. Reduksjonen i inntekter fra innovasjoner skyldes hovedsakelig bortfall av lisensieringsinntekter som følge av at patentet til pro-BNP nå er utløpt.

Innovasjon	2017	2016	2015	2014	2013
Antall innmeldte oppfinnelser til Inven2 AS	81	74	67	75	88
Antall patentsøknader*	12	19	44	16	15
Antall nye lisensavtaler	18	25	25	5	10
Antall bedriftsetableringer	1	3	2	0	2
Inntekter fra innovasjoner i millioner kroner	15	17	17	13	12

* Gjelder prioritessøknader. Patent Cooperation Treaty-søknader og søknader videreført nasjonalt/regionalt ikke medregnet

I tillegg til innmeldte idéer til Inven2 AS, mottok den interne Idépoliklinikken 35 ideer i 2017. Idépoliklinikken ivaretar ideer som ikke kommersialiseres, men som kan ha nytteverdi for virksomheten. Oslo universitetssykehus har i 2017 utarbeidet ny innovasjonsstrategi for 2018-2022.

Utdanning

Oslo universitetssykehus er en stor utdanningsarena som mottar studenter innen ulike fag på alle utdanningsnivåer. Helseforetaket gir studentene veiledet praksis. Medisinutdanningen er den grunnutdanningen som er mest integrert i helseforetaket, ved at både teori- og praksisundervisning for en stor del foregår i helseforetakets lokaler.

Helseforetaket har et godt samarbeid med universitet, høyskoler, fagskoler og videregående skoler. Både universitet og høyskoler er representert i helseforetakets utdanningsutvalg. Det er etablert fagråd for å videreutvikle helse- og sosialfaglige utdanninger i samarbeid med høyskolene.

Det har vært utfordrende for helseforetaket å skaffe tilveie tilstrekkelig antall praksisplasser for bachelorstudenter i sykepleie. Oslo universitetssykehus oppfyller det antall praksisplasser som er gitt i måltall for høyskolene.

Antall praksisplasser til studenter i grunnutdanning	2017	2016	2015	2014
Praksisplasser til studenter på masternivå totalt per år:	917	919	957	
Medisinstudenter per semester med klinisk praksis ved sykehuset:	800	800	820	820
Klinisk ernæringsfysiologi*	19	11	50	
Psykologi	98	108	87	
Praksisplasser til studenter på bachelornivå totalt per år:	1615	1507	1431	1505
Sykepleie	1180	1083	1095	1158
Radiografi	150	151	133	136
Fysioterapi	74	74	72	80
Ergoterapi	25	25	26	25
Sosionom/sosialt arbeid	16	16	14	19
Barnevern	4	3	4	5
Bioingeniør	66	82	84	72
Vernepleie	3	5	3	10
Paramedic**	97	68		
Praksisplasser til elever fra videregående skole totalt per år:	141	133	114	105
Ambulansearbeider (lærlinger)	52	60	58	55
Helsefagarbeider	24	8	6	5
Helsesekretær (Vg1 og Vg2)	65	65	50	45

*OUS har i tillegg 70 studenter i endags observasjonspraksis

**Fordelt på to praksisperioder. OUS har i tillegg 64 studenter i observasjonspraksis à 4 dager.

Oslo universitetssykehus har også en omfattende videreutdanningsvirksomhet.

Antall praksisplasser til studenter i videreutdanning	2017	2016	2015	2014
Antall studenter i praksis totalt per år (vår og høstsemester)	561	574	556	559
Anestesisykepleie	60	52	46	46
Barnesykepleie	50	50	48	44
Intensivsykepleie	122	131	110	100
Operasjonssykepleie	102	104	102	100
Kreftsykepleie	48	52	46	40
Psykisk helsearbeid (tverrfaglig bakgrunn)	35	36	72	72
Nyfødtsykepleie	24	24	28	24
Jordmor	48	54	46	46
Master i avansert klinisk sykepleie, studieretning allmennsykepleie	16	16	18	20
Nyresykepleie	20	20	20	20
Ortopedi (sykepleie)			12	12
Sykepleie til gamle mennesker (master)	12	10	8	8
Stråleterapi (radiografi)	24	25	13	27
Videreutdanning på fagskolenivå, studenter i praksis per år	59	47	50	71
Nasjonal parmedicutdanning (bachelorutdanning fra 2016)			21	42
Helseadministrasjon	23	17	17	17
Barsel- og barnepleiere	11	15	12	12
Sterilforsyning (startet med praksisstudier først i 2016)	25	15		

Oslo universitetssykehus tar i mot en rekke studenthospitanter, hovedsakelig medisinstudenter fra internasjonale universiteter som har samarbeidsavtale med Universitetet i Oslo, men også innen andre fag.

Helseforetaket utdanner et stort antall legespesialister og har et koordinerende ansvar for spesialistutdanningen i Helse Sør-Øst. Del én av ny spesialistutdanning for leger, tidligere turnus, startet opp i 2017. Del to og tre av spesialistutdanningen innføres fra mars 2019. Nye læringsmål stiller økte krav til veiledning og supervisjon.

Antall	2017	2016	2015	2014
Leger i spesialisering*	803,6	795,3	805,9	765,6

* Registrerte årsverk i LSR-nummer for LIS (hjemler), fordelt på 43 spesialistutdanninger

Bemanning

Virksomheten i Oslo universitetssykehus er arbeidsintensiv. Om lag to tredeler av helseforetakets totale ressursinnsats er knyttet til de ansatte. I ytelsen av helseforetakets tjenester er de ansattes innsats, kunnskap, ferdigheter og samordning den viktigste forutsetningen for gode og effektive spesialisthelsetjenester. Bemanningsinnsatsen må tilpasses de økonomiske rammene. Målet er at dette skal skje uten å redusere tjenestetilbudet til pasienter og brukere. For å oppnå dette arbeider Oslo universitetssykehus med å øke produktiviteten og realisere forbedringer. Dette gjøres ved samordning av virksomheten og å dra nytte av muligheter i teknologisk og medisinsk utvikling.

De siste årene har bemanningen i antall månedsverk økt mer enn planlagt. Gjennomsnittlig antall brutto månedsverk i helseforetaket i 2017 var 18 885. Dette var 328 (1,8 prosent) høyere enn planlagt og 375 flere årsverk enn i 2016. I denne økningen inngår om lag 220 månedsverk ved Rettsmedisinske fag som ble overført fra Folkehelseinstituttet ved årsskiftet.

	2017	Δ %	2016	2015	2014	2013
Gjennomsnittlig antall ansatte i konsern	23 435	1,4	23 112	23 125	22 698	22 486
Gjennomsnittlig antall årsverk i konsern	19 000	2,0	18 622	18 435	17 967	17 358
Gjennomsnittlig antall årsverk i HF	18 885	2,0	18 515	18 333	17 869	17 258

Helseforetaket har ikke økonomi til å dekke økte personalkostnader og det var i planleggingen av 2017 lagt til grunn at virksomheten skulle gjennomføres med samme eller lavere bemanning enn i 2016.

Planlagt arbeidstid

Oslo universitetssykehus har som mål å styre virksomheten gjennom god planlegging for å øke forutsigbarhet både for brukere og ansatte. God arbeidstidsplanlegging reduserer bruken av vikarbyrå som er kostbar arbeidskraft. Dette følges opp i programmet «Forbedring av driften i OUS HF 2017 - 2020» med definerte områder for forbedring av planlegging av bemanning og bruk av personellressursene.

	2017	Δ %	2016	2015	2014	2013
Planlagt arbeidstid i månedsverk i HF	17 627	2,3	17 228	17 017	16 558	15 972
Ikke planlagt arbeidstid i månedsverk i HF*	1 258	-1,8	1 282	1 316	1 311	1 286

*Ikke planlagt arbeidstid er variabel lønn.

Andelen planlagt arbeidstid er beregnet fra fastlønn. Andel ikke planlagt arbeidstid (variable månedsverk som overtid, timebetalte ekstrahjelp, utrykning og uforutsette vakter) har gått ned fra 6,9 prosent av samlet arbeidstid i 2016 til 6,7 prosent i 2017. Planlagt arbeidstid (faste månedsverk) går tilsvarende opp fra 93,1 til 93,3 prosent.

Helseforetaket har en intern ekstravaktordning som bidrar til å redusere behovet for overtid/mertid og ekstern innleie. Ordningen gir ansatte med deltidstilling mulighet for høyere stillingsandel ved at den åpner for å kunne arbeide på flere enheter i helseforetaket.

Parallelt med innsatsen for å redusere andel variable lønnskostnader arbeides det fortsatt med å redusere ufrivillig deltid ved foretaket. Andel deltid i 2017 var 16 prosent og gjennomsnittlig stillingsprosent for fast ansatte i helseforetaket var 96 prosent. Oslo universitetssykehus har en lav deltidsprosent sammenlignet med andre helseforetak. Alle sykepleiere gis tilbud om økt stilling dersom de knytter seg opp til foretakets personalformidling.

Gjennomstrømming

Antall ansatte som sluttet ved Oslo universitetssykehus var 1824 i 2017, mot 1832 i 2016.

	2017	2016	2015	2014	2013
Gjennomstrømming i prosent	9,4	9,6	9,6	8,1	9,8

Sykefravær

Sykefraværet i de siste fem årene har fulgt sesongvariasjoner med høyest sykefravær i vintermånedene og et lavt nivå i sommermånedene. I februar 2017 var sykefraværet 8,1 prosent, mens det var lavest i april 2017 med 6,4 prosent.

Gjennomsnittlig sykefravær i 2017 var om lag som i 2016. Det samme gjelder fordelingen av kort- og langtidssykefravær.

	2017	2016	2015	2014	2013
Gjennomsnitt sykefravær i prosent	7,3	7,3	7,4	7,2	7,4
Gjennomsnitt korttidsfravær i prosent	2,6	2,7	2,6	2,4	2,5
Gjennomsnitt langtidssykefravær i prosent	4,6	4,6	4,7	4,7	4,9

Helseforetaket har godt innarbeidede rutiner for håndtering av arbeidsrelatert fravær. Det er etablert et tettere samarbeid med NAV Arbeidslivssenter om blant annet målrettede tiltak i enheter med utfordringer knyttet til sykefravær, og oppfølgingen av foretakets handlingsplan om inkluderende arbeidsliv.

Personell- og kompetansebehov

Virksomheten ved Oslo universitetssykehus er sammensatt og variert og krever kompetanse blant de ansatte på mange områder og fra det generelle til det svært spesialiserte. Helseforetaket må ha ansatte med nødvendig kompetanse for å kunne ivareta dagens behov og ha en effektiv drift, men også for å ta i bruk nye muligheter og ivareta endrede krav til virksomheten.

Foretaket har stort sett god kontroll på personellbehov og tilgang på kompetanse. Det er et ekstra behov for visse typer spesialsykepleiere og praksisplasser for spesialsykepleiere, samt enkelte legespesialister.

Ulike rekrutterings- og utviklingstiltak er iverksatt, som utdanningsstillinger for spesialsykepleiere og kompetanseutviklingsprosjekter for helsepersonell. Foretakets har en handlingsplan for rekruttering og profilering 2017-2018.

Lederutvikling

Oslo universitetssykehus ønsker å legge til rette for gode og synlige ledere på alle nivå i organisasjonen. Ledere skal ha tydelig ansvar og fullmakter for å kunne følge opp målsetninger, oppnå resultater og innfri krav i virksomhetsgjennomføring. Dette er det lagt vekt på i utforming av helseforetakets organisasjon, oppgavefordeling og fullmaktsstruktur. Lederkontraktene inneholder lederkrav og mål for året som evalueres i årlige utviklingssamtaler.

Oslo universitetssykehus har et omfattende læringstilbud spesielt rettet mot ledere. Nye ledere gjennomgår et obligatorisk lederutviklingsprogram. Etthundre og tolv nye ledere ble tatt opp i programmet i 2017. Tre ledere gjennomførte Nasjonalt topplederprogram for helsetjenesten.

Medarbeiderundersøkelse

Det ble ikke gjennomført noen spørreundersøkelse blant de ansatte i 2017. En nasjonal spørreundersøkelse som har fått navnet ForBedring skal gjennomføres i 2018.

Helse, miljø sikkerhet

Antall meldte HMS-avvik hadde en økning på elleve prosent i 2017 da det ble registrert 5447 HMS-avvik i helseforetaket.

	2017	Δ %	2016	2015	2014	2013
HMS-avvik	5447	11 %	4923	4316	4007	4032
Fysisk arbeidsmiljø	1057	-1 %	1069	866	777	778
Psykososialt arbeidsmiljø	985	46 %	675	873	825	820
Smittevern	832	6 %	783	692	724	676
Vold / trusler / utagerende adferd	784	-10 %	869	634	585	656
Meldinger per årsverk	0,29	7 %	0,27	0,24	0,22	0,23

Den største avvikskategorien er Fysisk arbeidsmiljø, der det er meldt inn flest saker på underkategoriene Inneklima, Annet fysisk arbeidsmiljø, Fall, slag, støt, klemskade og Orden og renhold. Etter en nedgang i 2016 var det i 2017 en markant økning i innmeldte saker innen kategorien Psykososialt arbeidsmiljø, hvor 53 prosent av sakene er i underkategorien Bemanning

eller arbeidspress. Saker i kategorien Vold / trusler / utagerende adferd er redusert med ti prosent fra 2016. Slike hendelser registreres primært innen psykiatri og rusbehandling.

Antallet meldinger om saker med høy alvorlighetsgrad holdt seg stabilt med 368 i 2016 og 372 i 2017.

Saker med høy reell alvorlighetsgrad*	2017	Δ %	2016	2015	2014	2013
Fysisk arbeidsmiljø	175	-11 %	196	166	132	184
Psykososialt arbeidsmiljø	86	25 %	69	71	86	80
Smittevern	45	13 %	40	47	39	49
Vold / trusler / utagerende adferd	66	5 %	63	44	38	62

*Saker med alvorlighetsgraderingene "Moderat skade", "Betydelig skade" og "Unaturlig dødsfall"

Likestilling og likeverd

Oslo universitetssykehus har som overordnet målsetning å gi ansatte en meningsfylt arbeidssituasjon med like muligheter og rettigheter uavhengig av kjønn, religion, livssyn, etnisitet, seksuell legning, funksjonsevne og alder. Helseforetaket legger til rette for at ansatte gis likeverdig tilgang til fagutvikling, lederutdanning og karrieremuligheter.

Som andre helseinstitusjoner er Oslo universitetssykehus en kvinne-dominert arbeidsplass. Av totale brutto årsverk i 2017 var 71,7 prosent utført av kvinner og 26,5 prosent utført av menn. Andelen utført av menn steg med 1,8 prosentpoeng fra 2016. Menn er godt representert innen alle fagområder i virksomheten.

På mellomledernivå er det en overvekt kvinnelige ledere. I toppledelsen, nivå en og to i organisasjonen, er seks av totalt 22 ledere kvinner. I helseforetakets styre var det i 2017 fire kvinner og fire menn.

Ved ansettelser har Oslo universitetssykehus en ordning hvor minst en søker med innvandrerbakgrunn skal innkalles til intervju, forutsatt at vedkommende er kvalifisert for stillingen.

Innsatsfaktorer i virksomheten

Legemidler, implantater og medisinske forbruksvarer

Oslo universitetssykehus har hatt en betydelig økning i utgifter til legemidler fra 2016 til 2017. Hovedårsaken til dette er overføring av finansieringsansvaret for en rekke nye legemidler fra Folketrygden til helseforetakene. Blant annet gjelder det flere onkologilegemidler og Hepatitt C-legemidler. I tillegg tas det i bruk nye legemidler spesielt i kreftbehandlingen og ved sjeldne sykdommer, blant annet hos barn.

Kroner	2 017	Δ %	2 016	2 015	2 014	2 013
Legemidler	943 800	6,3	887 819	812 076	724 651	626 637
Medisinske forbruksvarer	1 946 236	14,1	1 705 924	1 583 155	1 472 461	1 413 481
Herav implantater	463 063	26,5	366 170	321 642	299 448	299 774

Tall inkludert mva.

Sammensetningen av pasientbehandlingen i Oslo universitetssykehus, med et stort innslag av spesialiserte regionale og nasjonale tjenester, og en stor forskningsvirksomhet bidrar til at

helseforetaket har et forholdsmessig høyt forbruk av legemidler. Det tas i bruk nye legemidler i avansert spesialistbehandling som gir mulighet til å behandle pasienter som har hatt få eller ingen behandlingstilbud tidligere. Det forventes at det blir registrert en rekke nye innovative legemidler i årene fremover som vil bli finansiert av helseforetakene. Sammen med fortsatt overføring av finansieringsansvaret for flere legemidler fra Folketrygden til helseforetakene vil Oslo universitetssykehus' utgifter til legemidler øke betydelig i årene som kommer.

Økningen i medisinske forbruksvarer er en kombinasjon av aktivitets- og prisvekst. Endringer i pasientsammensetningen med økt aktivitet innenfor flere områder med økt bruk av dyre implantater samt delvis ny virksomhet som Avdeling for rettsmedisinske fag.

IKT

Oslo universitetssykehus har i 2017 innført Public360 som system for sakarkivet. Regional systemløsning for medikamentell kreftbehandling er tatt i bruk for alle kurer på Ullevål sykehus og iverksettingen av den regionale løsningen for elektronisk kurve dekker nå totalt 850 senger i foretaket.

Oslo universitetssykehus har opprettet et Klinisk datavarehus som gjør det mulig å sammenstille informasjon fra mange kilder og overvåke foretakets pasientbehandling fra innskrivning til utskrivning for å kunne forbedre rutiner, diagnostikk og behandling. I 2017 er datavarehuset komplementert med data fra eksisterende kilder samt pakkeforløp. Det er også opprettet brukerstøtte og en utviklingsenhet.

I 2017 er færre IKT-prosjekter blitt ferdigstilt enn de siste årene. Dette skyldes i stor grad manglende kapasitet hos den regionale fellesleverandøren Sykehuspartner HF. Etter at styret i Helse Sør-Øst RHF 24. mai 2017 besluttet å stille prosjektet for modernisering av foretaksgruppens IKT-infrastruktur i bero og at nødvendige endringer i planer og leveranser skulle utredes, har Sykehuspartner måttet bruke mye ressurser til å utrede aktuelle alternativer. I tillegg har mange tekniske ressurser sluttet i Sykehuspartner.

Kostnader i millioner kroner	2017	2016	2015	2014	2013	2012
Sykehuspartner*	924	911	869	784	654	588
Prosjekt driftskostnader	21	37	100	108	83	45
Lokal IKT	41	45	38	40	39	38
SUM IKT	977	993	1 007	932	776	671

*Sykehuspartner HF er felles IKT-tjenesteleverandør til alle foretakene i Helse Sør-Øst.

Medisinskteknisk utstyr

Oslo universitetssykehus har en stor og sammensatt medisinskteknisk utstyrspark med en total anskaffelseskostnad ved utgangen av 2017 på 4 305 millioner kroner.

Kostnad i millioner kroner	2017	Δ %	2 016	2 015	2 014
Drift*	151		157	149	148
Investeringer	410		333	260	276

*Kostnad drift av Medisinskteknisk virksomhetsområde. Samlet kostnad for drift av det medisinsktekniske utstyret er høyere, anslagsvis 4,5 prosent av anskaffelseskostnad.

Ved utgangen av 2017 var den regnskapsførte verdien av utstyrsparken 1 544 792 millioner kroner. Det er registrert 46 030 medisinsktekniske utstyrsenheter i helseforetaket med en gjennomsnittsalder på 11,36 år. Vektet med på innkjøpskostnad er gjennomsnittsalderen 8,96 år. En fornying av det medisinsktekniske utstyret har vært prioritert de siste årene, med en dreining mot mer planlagte anskaffelser og hele «flåteutskiftinger» for mer forutsigbarhet og riktig ressursutnyttelse.

I 2017 ble det anskaffet to strålemaskiner til Radiumhospitalet og gjennomført flere store anskaffelser innen bildediagnostisk utstyr som to PET/CT, to SPECT/CT, to CT, to MR, to konvensjonelle laboratorier, to gjennomlysningslaboratorier og et mobilt røntgenapparat. Flåteutskiftingen av pasientmonitører er videreført fra 2016 og gjennomgang og utskifting av operasjonslamper og operasjonsbord er satt i gang.

Bygninger og arealer

Ved utgangen av 2017 disponerte foretaket 1 068 363 kvadratmeter lokaler, hvorav om lag 110 400 kvadratmeter er innleid. Av arealet helseforetaket eier er 282 000 kvadratmeter vernet eller fredet, noe som begrenser adgangen til å gjøre endringer og tilpasninger. Innleide areal har økt med 33 000 kvadratmeter fra 2016 som følge av overtakelsen av Rettsmedisinske fag fra Folkehelseinstituttet og økt leie i OCCI-bygget ved Radiumhospitalet.

Bygg	2 017	Δ %	2 016	2 015	2 014	2 013
Areal i m ²	1 068 363	4,5	1 021 905	1 030 261	1 011 992	1 012 880
FDV* i kroner	843 530	-3,3	872 688	838 020	825 938	848 301
Investeringer i bygg i kr.	580 mill.	35,8	427 mill.	359 mill.	628 mill.	526 mill.

*Forvaltning, Drift, Vedlikehold

En tilstandskartlegging fra 2016 i henhold til Norsk Standard 3424 viser at bygningene til Oslo universitetssykehus samlet har en vektet tilstandsgrad på 1,75. Gjennomsnittet for alle helseforetak i Norge er en tilstandsgrad på 1,5. Tilstandsgrad 0 og 1 er godkjent, mens 2 og 3 tilsier behov for vedlikeholdstiltak.

Gjennom 2017 har det vært omfattende byggevirksomhet på helseforetakets fire hovedlokaliteter. Byggearbeidene er i hovedsak ombygging for å samlokalisere virksomhet innen dagens bygningsmasse, utbedringer av tilsynspålegg og nødvendige infrastrukturiltak for å opprettholde driften, samt tilpasninger til IKT og medisinskteknisk utstyr.

På Radiumhospitalet er det utført arbeid i forbindelse med flytting av nukleærmedisinsk virksomheten til bygg F, oppgradering av to strålemaskiner, flytting og samlokalisering av brystdiagnostisk senter til OCCI-bygget, etablering av midlertidig poliklinikk, og instrumentvaskemaskiner på operasjon. På Rikshospitalet er det gjort tilrettelegging for inneliggende på karkirurgi i bygg D7, ombygging av sterilsentralen, utbedring av luftsmitteisolater, kontorplasser i bygg-E3 og etablering av forskningsbiobank. Poliklinikk for tidlig psykosebehandling er flyttet til Gaustad sykehus fra Majorstuen. På Aker sykehus er det utbedret en rekke avvik, spesielt innen elektro og HMS som utskifting av kjølemaskiner med kjølemediet R22. Arealer på Ullevål sykehus er tilpasset nytt medisinskteknisk utstyr og pasientarealer i bygg 3 og 7 er oppgradert. Det er store avvik i Ullevåls bygningsmasse og det har vært arbeidet med en rekke strømprosjekter for å sikre forsvarlig drift samt utbedre avvik på kjøleinstallasjoner.

Tilsyn

I 2017 har helseforetaket hatt 27 tilsynsbesøk fra 11 ulike tilsynsmyndigheter. Flest tilsyn var det fra Mattilsynet (8), Datatilsynet (3), Riksrevisjonen (3), Statens Helsetilsyn (2), Branntilsyn (2) og Arbeidstilsynet (2). Luftfartstilsynet (2). Fylkesmannen (1). Vegvesenet (1), Statens legemiddelverk (1), DSB (1), Bærum kommune (1). Ved 9 tilsyn var det ingen avvik. Ved de øvrige tilsynene ble det til sammen gitt 15 pålegg. Nedslitt bygningsmasse og infrastruktur er opphav til mange av tilsynsavvikene. Avvik utbedres og pålegg gjennomføres fortløpende i henhold til handlingsplaner. Et stort avvik knyttet til ventilasjon er lukket er utbedret i 2017. Ved utgangen av 2016 var 20 avvik ikke utbedret. Tre mer enn ved utgangen av 2016.

Ytre miljø

Februar 2018 ble helseforetaket nominert til bærekraftspris ved Nordic Conference on Sustainable Healthcare i Stockholm for miljøarbeidet i 2017. Nominasjonskomiteen la vekt på foretakets bidrag innen nye bærekraftige løsninger, blant annet arbeidet med det elektroniske stoffkartoteket, og foretakets fremtredende rolle i det nordiske samarbeidet.

Virksomheten ved Oslo universitetssykehus medfører betydelige mengder avfall. Deler av dette er farlig avfall. Avfall samles opp for forsvarlig håndtering og avhending. Helseforetaket forurenses ikke det ytre miljø i særlig grad.

Avfall	2017	Δ %	2016	2015	2014
Totalt avfall	5521	-4	5 737	5800	5883
Restavfall (avfall til forbrenning)	3294	11	2978	3270	3321
Smitteavfall	1072	-15	1262	936	1010
Papiravfall	654	-9	716	711	739
Farlig avfall	100	-2	102	88	90
Sorteringsgrad i %	40,33	-7,76	48,09	43,62	43,55

Avfall til forbrenning (restavfall), smitteavfall og papiravfall utgjorde i 2017 de største definerte avfallsfraksjonene. Mengden restavfall utgjorde litt over halvparten av total avfallsmengde. Mengden smitteavfall ble redusert med 15 prosent til 1072 tonn. Stikkprøver viser at avfall sortert som smitteavfall inneholder store mengder materialer fra andre avfallsfraksjoner. Håndtering av smitteavfall er kostbar og redusert feilsortering vil være en prioritert oppgave i 2018.

	2017	Δ %	2016	2015	2014
Energiforbruk i Gwh	295	-1,7 %	300	298	295
Energiforbruk - gjennomsnitt i kwh/m ²	289	-1,7 %	294	289	292
Utslipp i tonn CO ₂	77 976	2,3 %	76 205	83622	83572
Vannforbruk i m ³	845 255	0,2 %	843 468	937 099	1 115 583

Energiforbruket gikk litt ned i 2017, noe som kan skyldes variasjon i temperatur. Forbruket av fyringsolje gikk ned med 65 % fra 2016. Hovedårsaken er økt bruk av elektrisk kjel. Utslippet av CO₂ gikk noe opp i 2017 ettersom de største CO₂-utslippene kommer fra bruk av strøm.

Framtidsutsikter

Oppdrag og bestilling 2017 fra Helse Sør-Øst RHF

Eier vedtok oppdrag og bestilling 2018 for Oslo universitetssykehus i foretaksmøte 14. februar 2018. Resultatkravet for 2018 er et årsresultat på minimum 175 millioner kroner. Helseforetaket skal gjennomføre pålagte oppgaver og gjennomføre styringskravene innenfor de rammer og ressurser som er stilt til rådighet. I 2018 vil helseforetaket blant annet prioritere å redusere ventetider, bedre kvalitet og pasientsikkerhet og å utvikle effektive og forutsigbare pasientforløp. Innen psykisk helsevern skal arbeidet med redusert bruk av tvang prioriteres. Arbeidet med å redusere antall avbrutte døgnbehandlinger i tverrfaglig spesialisert rusbehandling vil fortsette.

Videre vil det i 2018 bli arbeidet for god utnyttelse av kapasiteten ved poliklinikker og operasjonsstuer. Økende antibiotikaresistens kan gi store utfordringer fremover og Oslo universitetssykehus fortsetter styring av bruken av antibiotika og arbeidet for å redusere omfanget av sykehusinfeksjoner.

Driftsøkonomi og investeringer i driften

Oslo universitetssykehus må oppnå positive økonomiske resultater i driften for å kunne gjennomføre et tilstrekkelig høyt investeringsomfang. For 2018 har styret budsjettert med et årsresultat på 175 millioner kroner. Budsjettet innebærer et betydelig krav til effektivisering av virksomheten. I helseforetakets økonomiske langtidsplan er målet at Oslo universitetssykehus skal oppnå bedre økonomiske resultater i årene framover.

For 2018 innebærer budsjettet planlagte investeringer på 1,2 milliarder kroner. Planlagt investeringsnivå for 2018 vil bidra til å stabilisere gjennomsnittsalderen på foretakets medisinsktekniske utstyr og muliggjør utbedring av tilsynsmangler, samt forbedringer i annen infrastruktur for å sikre en fortsatt drift i eksisterende bygg. Samtidig pågår det et omfattende arbeid for å gå videre med de vedtatte planene for nye sykehusbygg.

Utvikling av virksomheten

Helseforetaket utvikler virksomheten for å tilpasse seg brukernes ulike behov og den medisinskfaglige og teknologiske utvikling. I samvirke med andre aktører i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og utdannings- og forskningsinstitusjoner skal Oslo universitetssykehus styrke fagmiljøene, utnytte gode arealer og organisere seg effektivt med intern samhandling for gode pasientforløp. I 2017 er det gjennomført et prosjektprogram kalt «Forbedring av drift», med etablering av delmål og tiltak for 2018. Prosjektet «Kapasitet de neste 5-8 år» har særskilt vurdert bruken av arealene ved Aker sykehus og flytting av funksjoner mellom sykehuslokalisasjonene. Det arbeides videre med å utvikle Aker til et elektivt senter med en ny driftsmodell. Aker sykehus er også en samhandlingsarena i samarbeid med Oslo kommune og Sunnaas sykehus HF. I samvirke med Oslo kommune arbeides det med ulike bydeler for gode pasientforløp ved kronisk sykdom. Oslo universitetssykehus utviklingsplan fram mot 2035 vil bli ferdigstilt våren 2018.

Nedslitt bygningsmasse

Det vil ta tid å realisere nybygg, og Oslo universitetssykehus må behandle pasienter i eksisterende lokaler i mange år fremover. Hoveddelen av dagens bygg er eldre, lite fleksible og legger ikke i tilstrekkelig grad til rette for effektiv og moderne pasientbehandling. Mye av bygningsmassen er også i dårlig forfatning med behov for vedlikehold og utbedringer. Dette har gitt seg utslag i omfattende pålegg fra tilsynsmyndigheter. I mellomperioden frem til det er realisert mer effektive bygg, må helseforetaket derfor foreta ekstra investeringer i dagens bygg, utover ordinært vedlikehold. Oslo universitetssykehus planlegger å investere 1 800 millioner kroner i perioden 2016 til 2019-2021 for å utbedre pålegg fra tilsyn. Sytti prosent av denne investeringen lånefinansieres.

Utvikling av Oslo universitetssykehus

Med spredte og til dels svært gamle bygninger i dårlig forfatning må Oslo universitetssykehus planlegge for en effektiv bygningsstruktur og virksomhetsløsninger tilpasset forventet behov og medisinsk utvikling. Foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF har godkjent det fremtidige målbildet for Oslo universitetssykehus HF med et samlet komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet.

Planlegging av nye bygg pågår i regi av Helse Sør Øst RHF og Sykehusbygg HF. Nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet skal samordnes med etablering av et protonsentersenter som ble vedtatt i statsbudsjettet for 2018. Byggene er planlagt å være ferdige i 2023. I statsbudsjettet ble det også bevilget midler til et forprosjekt for ny regional sikkerhetsavdeling på Ila i Bærum. Nytt bygg for regional

sikkerhetsavdeling skal etter planen erstatte flere av dagens bygg. Konseptfaseutredning av nye bygg på Gaustad og Aker foregår parallelt med gjennomføring av utbygging fram mot slutten av 2020-tallet.

IKT

Oslo universitetssykehus har en områdeplan for IKT i helseforetaket i perioden 2018-2022. Prioriterte oppgaver i 2018 er konsolidering av radiologiløsningene, IKT-løsninger for forskere, anskaffelse av doseplansystem til stråleterapi, anskaffelse av logistikk og sporingssystem til sterilavdelingen og fortsatt innføring av elektronisk kurve og mottak av regionale IKT-prosjekter. Fremover vil det bli økt oppmerksomhet om å hente ut effekter av de store investeringene i IKT som er gjort innen kliniske systemer og IKT-infrastruktur.

For å kunne realisere faglige og økonomiske gevinster må helseforetaket også få etablert andre felles kliniske IKT-systemer som laboratoriesystem og radiologisystem. Tilstrekkelig tilgang på ressurser internt og hos felles IKT-leverandør i Helse Sør-Øst, Sykehuspartner HF, vil også være avgjørende for arbeidet fremover. Kostnader knyttet til drift og utvikling av nødvendig IKT-integrasjon vil øke betydelig i årene som kommer, delvis som et resultat av høye investeringsnivåer de neste årene samt at stadig flere områder i helseforetaket tar i bruk IKT som et virkemiddel i behandlingen av pasienter.

Fortsatt drift

Styret bekrefter at regnskapet for 2017 er avlagt under forutsetning om fortsatt drift. Fra årsskiftet og fram til regnskapet avlegges er det ikke inntruffet forhold av vesentlig betydning som det ikke er tatt hensyn til i regnskapet.

Resultat, investeringer, finansiering og likviditet

Økonomisk resultat

Regnskapet for 2017 viser et konsernresultat på 281 millioner kroner. Samlede driftsinntekter var 22 850 millioner kroner. Driftsinntektene består av 11 533 millioner kroner i tildeling (basisramme) fra eier, 8 739 millioner kroner i aktivitetsbaserte inntekter, og 2 579 millioner kroner i andre driftsinntekter. Andelen aktivitetsbaserte inntekter er om lag på samme nivå som i 2016.

Driftskostnadene for konsernet utgjorde 22 558 millioner kroner i 2017. Personalkostnader var 15 408 millioner kroner som utgjør 68 prosent av de samlede driftskostnadene.

Konsernets årsresultat på 281 millioner kroner besto av et driftsresultat på 292 millioner kroner og netto finansposter på minus 9 millioner kroner. Inkludert i resultatet er nedskrivning av bygg på Radiumhospitalet på 30 millioner kroner. Årsresultatet for 2017 i helseforetaket Oslo universitetssykehus var 242 millioner kroner og det samlede overskuddet i datterselskapene var 40 millioner kroner.

Investeringer

Oslo universitetssykehus HF investerte i bygg, medisinskteknisk utstyr og annet for 1 054 millioner kroner i 2017. Herav ble anskaffelser av medisinskteknisk utstyr og ambulanser for 233 millioner kroner finansiert med inngåelse av nye finansielle leieavtaler. I tillegg til egne IKT-investeringer finansiert av foretakets investeringsramme kommer regionale investeringsmidler til innføring av regionale IKT-løsninger, for eksempel regional løsning for elektronisk kurve og regional løsning for medikamentell kreftbehandling. De regionale IKT-investeringene føres ikke i Oslo universitetssykehus sitt regnskap. Oslo universitetssykehus HF utbetalte 49 millioner kroner i egenkapitalinnskudd til Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet og Kommunal Landspensjonskasse i 2017.

Finansiell stilling og risiko

Staten hefter ubegrenset for Oslo universitetssykehus HF sine forpliktelser. Oslo universitetssykehus HF kan ikke ta opp lån fra andre enn sin eier. Oslo universitetssykehus HF er i begrenset grad sårbar for svingninger i utenlandske valutakurser. En del av foretakets pensjonsmidler er plassert i Statens pensjonsfond utland, som ikke er sikret mot endringer i valutakurser.

Størstedelen av konsernets inntekter kommer fra offentlige virksomheter og organer. Det er derfor liten risiko for at andres økonomiske forpliktelser overfor foretaket ikke skal bli oppfylt.

Konsernet Oslo universitetssykehus hadde en positiv kontantstrøm fra drift på 567 millioner kroner. Dette er høyere enn det regnskapsmessige driftsoverskuddet for konsernet på 281 millioner kroner. I konsernets resultatregnskap er det flere forhold uten kontanteffekt. Det er kostnadsført avskrivninger og nedskrivninger med 944 millioner kroner, som er uten kontanteffekt. Inntektsført gevinst fra salg av anleggsmidler på 2 millioner kroner og inntektsføring av tidligere års tilskudd på 66 millioner kroner er også uten kontanteffekt. Øvrige resultatposter uten kontanteffekt på -435 millioner kroner gjelder i hovedsak at Helse Sør-Øst RHF ikke har betalt likviditet til Oslo universitetssykehus HF for hele den tildelte basisrammen. Betalbar pensjonspremie var 1 017 millioner kroner lavere enn resultatført pensjonskostnad. Dette forklares i stor grad med at det i 2017 ble benyttet om lag 690 millioner kroner av innestående premiefond hos pensjonskassene til å finansiere pensjonspremie. Endring i omløpsmidler på -354 millioner kroner er i stor grad økte fordringer internt i Helse Sør-Øst, og endring i kortsiktig gjeld på -824 millioner kroner skyldes i hovedsak lavere utnyttelse av driftskreditrammen.

Konsernets kontantstrøm fra investeringsaktiviteter reduserte likviditeten gjennom 2017 med 768 millioner kroner. Sognsveien 9 A og B ble solgt i 2016, men salgssummen på 152 millioner kroner ble mottatt i 2017. Konsernet investerte for 1 058 millioner kroner i 2017. Kontanteffekten av disse investeringene var 824 millioner kroner og det ble inngått finansielle leieavtaler for 233 millioner kroner. I tillegg ble det overtatt utstyr i forbindelse med virksomhetsoverdragelsen av Rettsmedisinske fag med 45 millioner kroner i bokført verdi. Det ble mottatt 22 millioner kroner i avdragsbetalinger fra Sykehuspartner. Videre ble det utbetalt 62 millioner kroner for kjøp av andre finansielle eiendeler. Herav utbetalte Oslo universitetssykehus HF 49 millioner kroner i egenkapitalinnskudd til pensjonskasser og et datterselskap kjøpte aksjer for om lag 13 millioner kroner.

Konsernets kontantstrøm fra finansieringsaktivitet bedret likviditeten med 196 millioner kroner. Oslo universitetssykehus HF sin langsiktige gjeld til Hele Sør-Øst RHF økte med 183 millioner i 2017. I tillegg økte langsiktig gjeld i et datterselskap med 2 millioner kroner. Det ble mottatt tilskudd til investeringer på 6 millioner kroner og det ble betalt 168 millioner kroner i avdrag på lån og finansielle leieavtaler. Det ble mottatt 120 millioner kroner for å finansiere avdragsbetalinger. Ved virksomhetsoverdragelsen av Rettsmedisinske fag var bokført verdi på eiendelene større enn forpliktelsene. Differansen ble lagt til egenkapitalen og har ikke kontanteffekt.

Likvide midler ble noe redusert gjennom 2017. Ved årets utgang hadde konsernet 642 millioner kroner i bankinnskudd og kontanter. Av dette var 577 millioner kroner innestående skattetrekkmidler og andre budne midler. Ved utgangen av 2017 benyttet Oslo universitetssykehus HF om lag 1 664 millioner kroner av driftskreditrammen på 2 816 millioner kroner.

Totalkapitalen for konsernet Oslo universitetssykehus var 20 886 millioner kroner ved utgangen av 2017. Av dette var 11 853 millioner kroner balanseført verdi av varige driftsmidler. Sum varige driftsmidler ved utgangen av 2017 var om lag på samme nivå som ved utgangen av 2016. Ved utgangen av 2017 hadde Oslo universitetssykehus HF langsiktig gjeld til Helse Sør-Øst RHF på 2 124 millioner kroner. Det er en økning fra 2016 på 75 millioner kroner. Det var det inngått fastrenteavtaler for om lag 30 prosent av den langsiktige gjelden. I tillegg hadde Oslo universitetssykehus HF langsiktig gjeld knyttet til finansielle leieavtaler på 364 millioner kroner. Som følge av at Helse Sør-Øst RHF ikke

utbetaler likviditet for hele den tildelte basisrammen hadde Oslo universitetssykehus en fordring på 4 044 millioner kroner på Helse Sør-Øst RHF ved utgangen av 2017. Dette er en økning på 326 millioner kroner fra 2016.

Konsernet Oslo universitetssykehus hadde en regnskapsført egenkapital på 8 880 millioner kroner ved utgangen av 2017. Dette gir en egenkapitalandel på 43 prosent, som er om lag det samme som ved utgangen av 2016.

Ved utgangen av 2017 var den samlede brutto pensjonsforpliktelsen for Oslo universitetssykehus HF 40 253 millioner kroner, mot 37 700 millioner kroner ved utgangen av 2016. Virkelig verdi på pensjonsmidler var 34 515 millioner kroner ved utgangen av 2017, mot 32 948 millioner kroner ved utgangen av 2016. Oslo universitetssykehus HFs netto pensjonsforpliktelse inkludert arbeidsgiveravgift var 6 547 millioner kroner, mot 5 421 millioner kroner ved utgangen av 2016. I samsvar med god regnskapsskikk anvender Oslo universitetssykehus HF korridormetoden for amortisering av aktuarielle gevinster og tap. Ikke resultatført actuarielt tap ved utgangen av 2017 utgjorde 7 490 millioner kroner. En eventuell balanseføring av estimatavviket vil redusere egenkapitalen med tilsvarende beløp. Oslo universitetssykehus HF har balanseført pensjonsmidler på 2 386 millioner kroner og pensjonsforpliktelse på 1 443 millioner kroner.

Eiers økonomiske styringsmål

Eier satte i foretaksmøte 15. februar 2017 et krav til årsresultat for 2017 på minimum 250 millioner kroner for Oslo universitetssykehus. Årsresultatet for 2017 ble 281 millioner kroner.

Disponering av årsresultatet

Det fremlagte årsresultatet gir etter styrets og administrerende direktørs mening en riktig fremstilling av virksomheten i 2017. Styret foreslår at overskuddet i helseforetaket på 242 millioner kroner overføres til annen egenkapital.

Oslo den 22. mars 2018

Gunnar Bovim
styreleder

Anne Carine Tanum
nestleder

Svein Erik Urstrømmen

Marianne Andreassen

Berit Kjöll

Svein Stølen

Aasmund Magnus Bredeli

Else Lise Skjæret

Bjørn Erikstein
administrerende direktør

Årsregnskap

Balanse per 31.12

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

(Alle tall i NOK 1000)

	Note	2017	2016
EIENDELER			
Anleggsmidler			
Immaterielle eiendeler			
Immaterielle eiendeler	10	447	337
Utsatt skattefordel	10	146	220
Sum immaterielle eiendeler		593	557
Varige driftsmidler			
Tomter, bygninger og annen fast eiendom	11	9 568 108	9 439 380
Medisinskteknisk utstyr, Inventar, transportmidler og lignende	11	1 837 089	1 614 910
Anlegg under utførelse	11	447 357	644 505
Sum varige driftsmidler		11 852 554	11 698 795
Finansielle anleggsmidler			
Investering i datterselskap/- foretak	12	13 107	
Investeringer i tilknyttede selskap	12	20 100	20 100
Investeringer i andre aksjer og andeler	12	431 881	369 622
Andre finansielle anleggsmidler	13	4 044 488	3 718 739
Pensjonsmidler	11	2 386 093	2 693 605
Sum finansielle anleggsmidler		6 895 670	6 802 067
Sum anleggsmidler		18 748 818	18 501 419
Omløpsmidler			
Varer			
Varer	4	68 872	98 815
Fordringer			
Fordringer	14	1 426 461	1 202 532
Sum fordringer		1 426 461	1 202 532
Bankinnskudd, kontanter o.l.	15	641 791	646 152
Sum omløpsmidler		2 137 125	1 848 684
SUM EIENDELER		20 885 942	20 448 917
EGENKAPITAL OG GJELD			
Egenkapital			
Innskutt egenkapital			
Foretakskapital		100	100
Strukturfond			
Annen innskutt egenkapital		11 738 648	11 693 588
Sum innskutt egenkapital	16	11 738 748	11 693 688
Opptjent egenkapital			
Fond for vurderingsforskjeller			
Minoritetsinteresser		7 948	8 146
Annen egenkapital		-2 866 808	-3 155 112
Sum opptjent egenkapital	16	-2 858 860	-3 146 967
Sum egenkapital		8 879 888	8 546 721

Gjeld			
Avsetning for forpliktelser			
Pensjonsforpliktelser	17	1 466 425	756 501
Utsatt skatt		8 217	7 255
Andre avsetninger for forpliktelser	18	1 274 212	1 328 379
Sum avsetninger for forpliktelser		2 748 854	2 092 135
Annen langsiktig gjeld			
Gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet			
Øvrig langsiktig gjeld	13	2 606 728	2 354 042
Sum annen langsiktig gjeld		2 606 728	2 354 042
Kortsiktig gjeld			
Driftskreditt			
Betalbar skatt	9	703	904
Skyldige offentlige avgifter		898 527	1 007 757
Annen kortsiktig gjeld	19	5 751 242	6 447 358
Sum kortsiktig gjeld		6 650 472	7 456 018
Sum gjeld		12 006 054	11 902 196
SUM EGENKAPITAL OG GJELD		20 885 942	20 448 917

Oslo, _____

Gunnar Bovim
Styreleder

Anne Carine Tanum
Nestleder

Berit Kjøll

Marianne Andreassen

Svein Stølen

Aasmund Magnus Bredeli

Svein Erik Urstrømmen

Else Lise Skjæret-Larsen

Bjørn Erikstein
Administrerende direktør

Årsregnskap

Resultatregnskap 01.01 - 31.12

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

(Alle tall i NOK 1000)

	Note	2017	2016
DRIFTSINNEKTER OG DRIFTSKOSTNADER			
Basisramme	2	11 532 779	11 937 036
Aktivitetsbasert inntekt	2	8 738 827	8 273 394
Annen driftsinntekt	2	2 578 708	2 213 399
Sum driftsinntekter		22 850 313	22 423 829
Kjøp av helsetjenester	3	729 151	614 279
Varekostnad	4	2 493 986	2 834 166
Lønn og annen personalkostnad	5	15 408 495	14 819 047
Ordinære avskrivninger	10,11	914 564	899 930
Nedskrivning	10,11	29 535	
Annen driftskostnad	6	2 982 613	2 941 015
Sum driftskostnader		22 558 343	22 108 438
Driftsresultat		291 970	315 391
FINANSINNEKTER OG FINANSKOSTNADER			
Finansinntekt	7,13	51 346	48 488
Nedskrivning av finansielle anleggsmidler			
Finanskostnad	7	60 119	61 049
Netto finansposter		-8 773	-12 561
Resultat før skattekostnad		283 197	302 830
Skattekostnad på ordinært resultat	9	1 739	1 849
Ekstraordinære poster			
ÅRSRESULTAT		281 458	300 982
Minoriteters andel av årsresultatet			
OVERFØRINGER			
Overføringer til/fra annen egenkapital	RS0530	-281 458	-300 982
Overført minoritet	RS0540	198	
Sum overføringer		-281 260	-300 982

Årsregnskap

Kontantstrømoppstilling

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016
KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER:		
Årsresultat	281 459	300 982
Tap/gevinst ved avgang anleggsmidler	2 225	-147 332
Ordinære avskrivninger	914 564	899 930
Nedskrivninger varige driftsmidler og finansielle anleggsmid	29 535	0
Øvrige resultatposter uten kontanteffekt	-434 541	-472 272
Endring i omløpsmidler	-353 544	-200 315
Endring i kortsiktig gjeld	-823 659	625 649
Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn-/utbetalinger i	1 017 436	-321 376
Inntektsført investeringstilskudd	-66 002	-69 325
Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter	567 473	615 941
KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGSAKTIVITETER:		
Innbetalinger ved salg av driftsmidler	154 470	26 645
Utbetalinger ved kjøp av driftsmidler	-824 477	-712 673
Tilgang anleggsmidler uten kontanteffekt	-57 730	0
Innbetalinger av avdrag på utlån (langs.fordringer)	0	0
Utbetalinger ved utlån (langs.fordringer)	22 426	-29 694
Innbetalinger ved salg av andre finansielle eiendeler	0	0
Utbetalinger ved kjøp av andre finansielle eiendeler	-62 259	-49 972
Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	-767 570	-765 695
KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER:		
Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld	185 371	149 516
Innbetalinger ved nedbetaling av langsiktig fordring	119 657	99 483
Endring driftskreditt	0	0
Innbetalinger ved opptak av øvrig kortsiktig gjeld	0	0
Utbetalinger ved nedbetaling av gjeld	-120 782	-120 782
Innbetaling av investeringstilskudd	5 767	97 259
Endring øvrige langsiktige forpliktelser	-47 443	-37 988
Endring foretakskapital uten kontanteffekt	53 167	-5 000
Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	195 737	182 489
Netto endring i likviditetsbeholdning	-4 361	32 735
Likviditetsbeholdning pr 01.01.	646 152	613 417
Likviditetsbeholdning innfusjonert virksomhet		
Beholdning av bankinnskudd, kontanter og lignende pr 31.12	641 791	646 152
Ubenyttet trekkramme 31.12	1 156 875	1 122 375
Likviditetsreserve 31.12	1 798 666	1 768 527
Innvilget trekkramme 31.12.	2 821 000	3 895 000
Bankinnskudd, kontanter o.l.	641 791	646 152

Årsregnskap

Note 1 - Virksomhetsområder

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016
Driftsinntekter pr virksomhetsområde		
Somatiske tjenester	18 511 230	18 439 710
Psykisk helsevern VOP	1 911 067	1 843 613
Psykisk helsevern BUP	484 358	456 693
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	491 997	490 977
Annet	1 451 661	1 192 837
Overføringer til datterforetak		
Driftsinntekter pr virksomhetsområde	22 850 313	22 423 829
Driftskostnader pr virksomhetsområde		
Somatiske tjenester	-18 376 672	-18 224 487
Psykisk helsevern VOP	-1 920 477	-1 800 693
Psykisk helsevern BUP	-443 118	-444 231
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	-465 060	-469 348
Annet	-1 353 016	-1 169 679
Kjøp av helsetjenester fra datterforetak		
Driftskostnader pr virksomhetsområde	-22 558 343	-22 108 438
Driftsinntekter fordelt på geografi		
Pasienter hjemmehørende i Helse Sør-Øst RHF sitt opptaksomr	22 124 676	21 782 555
Pasienter hjemmehørende i resten av landet	681 466	597 227
Pasienter hjemmehørende i utlandet	44 171	44 046
Driftsinntekter fordelt på geografi	22 850 313	22 423 829

Årsregnskap

Note 2 - Inntekter

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016
DRIFTSINTEKTER		
Basisramme		
Basisramme	11 532 779	11 937 036
Basisramme	11 532 779	11 937 036
Aktivitetsbasert inntekt		
Behandling av egne pasienter i egen region 1)	4 804 023	4 570 082
Behandling av pasienter internt i egen region	2 095 891	1 969 732
Behandling av egne pasienter i andre regioner 2)		
Behandling av andre pasienter i egen region 3)	661 653	625 561
Poliklinikk, laboratorie og radiologi	1 066 542	977 769
Utskrivningsklare pasienter	4 653	3 098
Andre aktivitetsbaserte inntekter	106 064	127 152
Aktivitetsbasert inntekt	8 738 827	8 273 394
Annen driftsinntekt		
Øremerket tilskudd til psykisk helsevern		
Kvalitetsbasert finansiering	77 367	54 002
Øremerket tilskudd til "Raskere tilbake"	53 980	51 152
Øremerkede tilskudd til andre formål	1 421 248	1 194 255
Inntektsføring av investeringstilskudd 4)	66 002	66 060
Driftsinntekter fra apotekene 5)	2	
Andre driftsinntekter	960 108	847 931
Annen driftsinntekt	2 578 708	2 213 399
Sum driftsinntekter	22 850 313	22 423 829

På grunn av innføring av nøytral mva, jf note 22, er basisrammen i 2017 redusert med

- 1) ISF inntekter (DRG-refusjon) for diagnostikk og behandling i egen helseregion av pasienter innenfor Helse Sør-Øst RHF sitt "sørge for"-ansvar
- 2) ISF inntekter (DRG-refusjon) for diagnostikk og behandling i andre helseregioner av pasienter innenfor Helse Sør-Øst RHF sitt "sørge for"-ansvar
- 3) Inntekter for diagnostikk og behandling av pasienter tilhørende andre regionale helseforetak (gjestepasienter)
- 4) Inntektsføring av del av balanseført investeringstilskudd
- 5) I regnskapet for foretaksgruppen er salg fra Sykehusapotekene HF til foretak i Helse Sør-Øst RHF eliminert

Aktivitetstall	2017	2016
Aktivitetstall somatikk		
Antall DRG poeng iht. "sørge for" ansvaret	222 144	216 557
Antall DRG poeng iht. eieransvaret	238 754	234 556
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	835 458	819 888
Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og unge		
Antall utskrevne pasienter fra døgntil behandling	156	154
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	43 469	45 860
Antall ISF-poeng iht eieransvar	12 572	
Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne		
Antall utskrevne pasienter fra døgntil behandling	2 352	2 012
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	91 237	104 160
Antall ISF-poeng iht eieransvar	12 161	
Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere		
Antall utskrevne pasienter fra døgntil behandling	2 367	2 306
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	23 263	23 915
Antall ISF-poeng iht eieransvar	3 335	

Aktiviteten innen somatikk er delvis finansiert med basisbevilgning og delvis med inntekter koblet til behandlingsaktivitet. Ved sammenligning av foretakenes inntekter over tid må det hensyntas at andelen av inntektene som er koblet til behandlingsaktivitet og basisramme kan variere.

DRG-systemet klassifiserer sykehusopphold i grupper som er medisinsk og ressursmessig tilnærmet homogene. Inntektene i DRG-systemet er i 2017 satt til 50 % av full DRG-pris, det vil si kr 21.377 per DRG poeng.

Aktivitetstallene inkluderer ikke aktivitet finansiert av Raskere tilbake og eventuelt andre øremerkede midler/særskilt finansiering. Aktivitetstallene består også av pasienter behandlet hos private.

Fra og med 2017 er den aktivitetsbaserte finansieringen av poliklinisk psykisk helsevern og poliklinisk tverrfaglig spesialisert rusbehandling overført til ISF-ordningen. I antall polikliniske konsultasjoner for TSB og PH for 2017 inngår også de konsultasjonene som er finansiert gjennom ISF (antall DRG-poeng).

Ved innføring av ISF-refusjon er det samtidig endret tellemåte når det gjelder antall konsultasjoner.

Årsregnskap

Note 3 - Kjøp av helsetjenester

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016
KJØP AV HELSETJENESTER		
Kjøp av offentlige helsetjenester somatikk eksternt	30 115	33 243
Kjøp av offentlige helsetjenester somatikk internt i foretaksgruppen	52 782	41 149
Kjøp av private helsetjenester somatikk	123 441	131 567
Kjøp av offentlige helsetjenester psykiatri eksternt	3 476	449
Kjøp av offentlige helsetjenester psykiatri internt i foretaksgruppen	22 883	14 583
Kjøp av private helsetjenester psykiatri	5 328	3 703
Kjøp av offentlige helsetjenester rus eksternt	81	1 290
Kjøp av offentlige helsetjenester rus internt i foretaksgruppen	19 653	12 656
Kjøp av private helsetjenester rus	9 357	18
Kjøp av helsetjenester utland	151 700	138 531
Sum gjestepasientkostnader	418 816	377 188
Innleie av helsepersonell fra vikarbyrå	219 910	199 579
Kjøp fra Luftambulansen ANS	471	391
Kjøp av andre ambulansetjenester	31	348
Andre kjøp av helsetjenester	89 923	36 775
Sum kjøp av andre helsetjenester	310 334	237 093
RHF-ets kjøp av helsetjenester fra datterforetakene		0
Sum kjøp av helsetjenester	729 151	614 281

Kjøp av private helsetjenester i 2017 er redusert sammenlignet med 2016 i forbindelse med innføring av nøytral merverdiavgift, jf note 22.

Årsregnskap

Note 4 - Varer

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016
VAREBEHOLDNING		
Råvarer	7 127	5 871
Varer i arbeid	2 492	5 405
Ferdigvarer		
Øvrige beholdninger	59 001	87 482
Sum lager til videresalg	68 621	98 758
Annet medisinsk forbruksmaterieell (eget bruk)		
Andre varebeholdninger (eget bruk)	252	57
Sum lager til eget bruk	252	57
Sum varebeholdning	68 872	98 815
Anskaffelseskost	68 972	98 915
Nedskrivning for verdifall	-100	-100
Bokført verdi 31.12	68 872	98 815
VAREKOSTNAD		
Legemidler	755 040	887 819
Medisinske forbruksvarer	1 556 989	1 705 924
Andre varekostnader til eget forbruk	180 129	236 907
Innkjøpte varer for videresalg	1 828	3 603
Beholdningsendring varer i arbeid og ferdig tilvirkede varer		-88
Sum varekostnad	2 493 986	2 834 166

Varekostnader i 2017 er redusert sammenlignet med 2016 i forbindelse med innføring av nøytral merverdiavgift, jf note 22.

Årsregnskap

Note 5 - Lønnskostn., antall ansatte, godtgjørelser mm.

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016
LØNSSKOSTNADER		
Lønnskostnader	11 367 370	10 852 445
Arbeidsgiveravgift	1 616 914	1 526 581
Pensjonskostnader inkl arbeidsgiveravgift	2 248 023	2 238 224
Andre ytelser	176 188	201 796
- balanseførte lønnskostnader egne ansatte		
Sum lønn og andre personalkostnader	15 408 495	14 819 047
Gjennomsnittlig antall ansatte	23 435	23 112
Gjennomsnittlig antall årsverk	19 000	18 622

(Tall i kroner)

Lønn til ledende ansatte

Navn	Tittel	Lønn	Pensjon	Andre Godtgjørelser	Sum	Tjenesteperiode	Ansettelsesperiode
Bjørn Erikstein	Administrerende dire	2 195 732	201 263	11 969	2 408 964	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Lisbeth Sommervoll	Viseadm. direktør	1 806 462	515 024	9 035	2 330 521	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Morten Reymert	Viseadm. direktør	1 778 822	154 271	5 025	1 938 118	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Mart Bjartveit	Klinikkleder	1 648 424	253 180	8 733	1 910 337	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Lena Gjevvert	Klinikkleder	1 656 027	232 428	24 065	1 912 520	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Kim Alexander Tønseth	Klinikkleder	2 002 884	185 603	366 097	2 554 584	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Rolf Bjørn Rise	Klinikkleder	1 904 731	233 178	21 108	2 159 017	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Eva Bjørstad	Klinikkleder	1 614 329	569 597	5 391	2 189 317	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Terje Rootwelt	Klinikkleder	1 799 377	189 388	1 245	1 990 010	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Bjørn Busund	Klinikkleder	1 718 360	155 705	10 350	1 884 415	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Lars Eikvar	Klinikkleder	1 639 640	276 055	5 025	1 920 720	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Hans Jørgen Smith	Klinikkleder	1 763 948	0	5 025	1 768 973	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Morten Tanberg Eriksen	Klinikkleder	1 665 969	229 396	7 536	1 902 901	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Sigbjørn Smeland	Klinikkleder	1 769 116	173 030	8 383	1 950 529	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Otto Armin Smiseth	Klinikkleder	1 814 568	0	12 920	1 827 488	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Øyvind Skraastad	Klinikkleder	1 739 012	192 007	439 536	2 370 555	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Terje Strand	Klinikkleder	2 112 770	236 195	197 778	2 546 743	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Geir Teigstad	Direktør OSS	1 643 554	189 221	7 287	1 840 062	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Sølvi Andersen	Kst. direktør	1 261 218	281 529	633	1 543 380	01.01-31.01.2017	01.01-31.12.2017
Annelene Foss Svingen	Kommunikasjonsdirekt	1 366 758	473 540	5 025	1 845 323	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Einar Sorterup Hysing	Medisinsk direktør	1 760 221	0	8 773	1 768 994	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Erlend B. Smeland	Forskningsdirektør	1 728 399	172 235	5 025	1 905 659	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Morten A. Meyer	HR Direktør	1 694 692	221 395	633	1 916 720	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
		40 085 013	5 134 240	1 166 597	46 385 850		

Tilleggsopplysninger pensjonsavtale ledende ansatte

Administrerende direktør har samme avtale i Statens pensjonskasse som øvrige ansatte

Det er ikke gitt lån eller sikkerhetstillegg til administrerende direktør eller styreleder eller andre nærstående parter

Erklæring om lederas ansettelsesvilkår:

Oslo universitetssykehus HF definerer personer i stillingene administrerende direktør, viseadministrerende direktører, stabsdirektører, klinikkledere og direktør for Oslo sykehusservice som ledende ansatte.

Oslo universitetssykehus HF følger retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper, fastsatt av Regjeringen 31. mars 2011, hvor hovedprinsippet er at lederlønningene i selskaper med helt eller delvis statlig eierskap skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper. Selskapene skal bidra til moderasjon i lederlønningene.

Redegjørelse for lederlønnspolitikken i 2017

Lønn og godtgjørelse til administrerende direktør er behandlet og fastsatt av styret i styresak 69/2017. Lønn og godtgjørelse for øvrige ledende ansatte er fastsatt administrativt.

Lønningene til ledergruppen medlemmer ble i 2017 justert med 2,3 prosent, med en variasjon blant lederne fra 0,4 til 3,82 prosent.

Lønnsjusteringene for ledergruppen gjelder fra 1. januar.

Lønn for ledende ansatte er i hovedsak fast lønn.

Fastsettelse av basislønn

Ved fastsettelse av basislønn skal følgende kriterier legges til grunn:

- Lønnsutviklingen i Helse Sør-Øst generelt
- Lønnsutviklingen i sammenlignbare stillinger
- Resultatvurderinger i forhold til de mål og krav styret har satt

Naturallytelser

Ledende ansatte får ytelser som gratis telekommunikasjon og tilsvarende basert på behov, illekevel begrenset til å gjelde:

- ☐ Mobiltelefon
- ☐ Mobilt bredbånd
- ☐ Hjemmekontor i tråd med virksomhetens bestemmelser
- ☐ Avisabonnement
- ☐ Forsikringsordninger

Pensjonsordning

Pensjonsvilkår skal være på linje med andre ansattes vilkår i foretaket, det vil si gjennom ordinært løsnings i Kommunal Landspensjonskasse, Oslo Pensjonsforsikring AS og Statens pensjonskasse.

Sluttvederlag

Ved fastsettelse av sluttvederlag gjelder følgende prinsipper:

- Avtale om sluttvederlag kan inngås for inntil 12 måneders avtalt lønn.
- Til fradrag i sluttvederlag kommer andre inntekter oppbåret i perioden.
- Sluttvederlag gis bare når det oppstår situasjoner av slik karakter at det av hensyn til virksomhetens videre drift besluttes at den ledende ansatte må avslutte sitt ansettelsesforhold og fratrukke sin stilling umiddelbart.

Variable godtgjørelser eller særskilte ytelser som kommer i tillegg til basislønn

Det finnes ikke variable elementer i selskapets godtgjørelse til ledende ansatte.

Andre bestemmelser

Personer i ledelsen skal ikke ha særskilt godtgjørelse for styreverv i andre foretak i samme konsern.

Oslo universitetssykehus HF har i 2017 hatt som målsetting å tilby ledende ansatte konkurransedyktige arbeidsvilkår. Lederlønnspolitikken i det foregående regnskapsår har i hovedsak bygget på de prinsipper som beskrevet over.

Oslo universitetssykehus har fulgt opp at statens retningslinjer skal følges i helseforetakets datterselskaper.

Styret i Oslo universitetssykehus HF mener at lønnspolitikken i 2017 har vært i tråd med de statlige retningslinjene.

Godtgjørelse til styrets medlemmer

Navn	Tittel	Styrehonorar	Lønn	Annen godtgjørelse	Sum	Tjenesteperiode
Gunnar Bovim	Styrets leder	250 404		1 243	251 647	01.01-31.12.2017
Anne Carine Tanum	Styrets nestleder	174 804			174 804	01.01-31.12.2017
Aasmund Magnus Bredeli	Styremedlem	124 404	1 102 359	3 078	1 229 841	01.01-31.12.2017
Svein Erik Urstrømmen	Styremedlem	124 404	647 854	92 463	864 721	01.01-31.12.2017
Ole Petter Ottesen	Styremedlem	82 936			82 936	01.01-31.07.2017
Svein Stølen	Styremedlem	34 557			34 557	21.09-31.12.2017
Else Lise Skjærset-Larsen	Styremedlem	124 404	410 938	75 579	610 921	01.01-31.12.2017
Björg Månrum Andersson	Styremedlem	124 404			124 404	01.01-31.12.2017
Berit Kjäll	Styremedlem	124 404			124 404	01.01-31.12.2017
		1 164 721	2 161 151	172 363	3 498 235	

(Tall i kroner)

Revisjonshonorar fordeler seg på følgende tjenestekategorier:

	2017	2016
Lovpålagt revisjon	618 995	1 069 890
Utvirket revisjon	111 523	
Andre attestasjonstjenester	122 743	209 025
Skatte-og avgiftsrådgivning	52 718	79 799
Andre tjenester utenfor revisjon	152 781	35 250
Sum godtgjørelse til revisor	1 058 760	1 393 964

Honorar til revisor i henhold til inngåtte avtale

Revisjonshonorar for 2017 er oppgitt ekskl mva på grunn av innføringen av nøytral mva. Tall for 2016 er inkl merverdiavgift

Årsregnskap

Note 6 - Andre driftskostnader

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016
Transport av pasienter	300 357	240 583
Bygninger og kontorlokaler inkl energi og forsikring	556 610	562 387
Kjøp og leie av medisinskteknisk utstyr, IKT, inventar mv.	182 033	206 358
Konsulenttjenester	*	223 804
Annen ekstern tjeneste	**	986 741
Reparasjon vedlikehold og service	396 767	450 126
Kontor og kommunikasjonskostnader	98 202	129 912
Kostnader forbundet med transportmidler	27 566	33 535
Reisekostnader	75 619	68 572
Forsikringskostnader	14 850	15 054
Pasientskadeerstatning	5 397	8 587
Øvrige driftskostnader	114 667	134 832
Andre driftskostnader	2 982 613	2 941 015

*) inkludert IKT tjenester 100 mnok og bygg og eiendom 60 mnok

***) inkludert driftstjenester fra Sykehuspartner med 670 mnok IKT og lønnstjenester 94 mnok

Andre driftskostnader i 2017 er redusert sammenlignet med 2016 i forbindelse med innføring av nøytral merverdiavgift, jf note 22.

Årsregnskap

Note 7 - Finansinntekter- og kostnader

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016
Finansinntekter		
Resultatandel FKV og TS		
Konserninterne renteinntekter	34 650	33 941
Andre renteinntekter	15 078	12 870
Andre finansinntekter	1 618	1 677
Finansinntekter	51 346	48 488
Finanskostnader		
Resultatandel FKV og TS		
Konserninterne rentekostnader	37 087	44 513
Andre rentekostnader	320	399
Andre finanskostnader	22 712	16 137
Finanskostnader	60 119	61 049

Årsregnskap
Note 8 - Forskning og utvikling
Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016
Øremerket tilskudd fra eier til forskning	600 276	565 158
Andre inntekter til forskning	488 211	478 303
Basisramme til forskning	1 015 347	929 217
Sum inntekter til forskning	2 103 834	1 972 678
Andre inntekter til utvikling	16 433	13 014
Basisramme til utvikling	83 015	72 472
Sum inntekter til utvikling	99 448	85 486
Sum inntekter til forskning og utvikling	2 203 282	2 058 134
Kostnader til forskning :		
- somatikk	1 979 017	1 881 356
- psykisk helsevern	117 456	87 651
- TSB	7 361	3 640
- annet		
Sum kostnader til forskning	2 103 834	1 972 648
Kostnader til utvikling :		
- somatikk	94 033	84 110
- psykisk helsevern	5 415	1 376
- TSB		
- annet		
Sum kostnader til utvikling	99 448	85 486
Sumkostnader Forskning og utvikling	2 203 282	2 058 134
Ant avlagte doktorgrader	132	111
Ant publiserte artikler	1) 2 000	1 946
Ant årsverk forskning	1 497	1 343
Ant årsverk utvikling	87	88

Kun kostnader og inntekter er inkludert Krefregisteret.

1) Tall fra intern database oppdateres fortløpende, men er ikke tilstrekkelig kvalitetssikret på rapporteringstidspunktet. Det er forventet at tall for 2017 vil endres noe som følge av løpende kvalitetssikring.

Årsregnskap

Note 17 - Pensjoner

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016		
Oslo universitetssykehus HF har pensjonsordninger som omfatter i alt 63225 personer, hvorav 19181 er yrkesaktive, 31696 er oppsatte og 12348 er pensjonister. Ordningene gir rett til definerte fremtidige ytelser etter sluttlønnprinsippet. Disse er i hovedsak avhenge av antall opptjeningsår, stillingsfaktor og lønnsnivå ved nådd pensjonsalder. Pensjonsytelsene samordnes med folketrygdens ytelser. Foretakets pensjonsansvar i forhold til den ordinære tariffestede tjenestepensjonsordningen er dekket gjennom pensjonsordningene. Felles kommunal Landspensjonskasse, SPK, Akershus fylkeskommunale pensjonskasse og Oslo pensjonsforsikring AS. I tillegg til den ordinære tjenestepensjonsordningen kommer ytelser i form av Avtalefestet pensjon (AFP) til aldersgruppen 62 til og med 66 år. AFP etter 65 år er dekket med tilskudd og utjevnet på risikofellesskapet i den enkelte "multiemployer plan".				
Pensjonsforpliktelse				
Brutto påløpte pensjonsforpliktelse	40 403 968	37 837 995		
Pensjonsmidler	-34 598 634	-33 023 988		
Netto pensjonsforpliktelse	5 805 334	4 814 006		
Arbeidsgiveravgift på netto pensjonsforpliktelse	818 552	678 775		
Ikke resultatført tap/(gev) av estimat- og planavvik inkl ag	-7 543 554	-7 429 886		
Netto balanseførte forpliktelse inkl arbeidsgiveravgift	-919 668	-1 937 104		
Herav balanseført netto pensjonsforpliktelser inkl aga	1 466 425	756 501		
Herav balanseført netto pensjonsmidler inkl aga	2 386 093	2 693 605		
Spesifikasjon av pensjonskostnad				
Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året	1 752 353	1 604 550		
Rentekostnad på pensjonsforpliktelsen	1 004 751	979 078		
Årets brutto pensjonskostnad	2 757 104	2 583 628		
Forventet avkastning på pensjonsmidler	-1 197 526	-1 038 648		
Administrasjonskostnad	132 685	121 699		
Netto pensjonskostnad inkl adm.kost	1 692 263	1 666 680		
Aga netto pensjonskostnad inkl adm kost	244 927	242 425		
Resultatført aktuariat tap/(gevinst)	269 846	264 985		
Resultatført aga av aktuariat tap/(gevinst)	38 048	37 363		
Resultatført planendring	2 939	26 772		
Årets netto pensjonskostnad	2 248 023	2 238 224		

Pensjonsmidler - premiefond

Brutto pensjonsmidler inkluderer premiefond med følgende beløp og bevegelser i løpet av regnskapsåret:

Premiefond 01.01.	1 374 674	
Tilførte premiefond	263 513	
Uttak fra premiefond	-730 244	
	907 943	

Økonomiske forutsetninger

Diskonteringsrente	2,4	2,6
Forventet avkastning på pensjonsmidler	4,1	3,6
Årlig lønnsregulering	2,5	2,5
Årets pensjonsregulering	1,48	1,5
Regulering av folketrygdens grunnbeløp	2,25	2,25

Pensjonskostnaden for 2017 er basert på forutsetninger i veiledning om pensjonsforpliktelser utarbeidet av Norsk regnskapsstiftelse.

Det er utarbeidet et beste estimat for pensjonsforpliktelser pr. 31.12.2017 basert på de økonomiske forutsetningene som er angitt for 2017. Basert på avkastningen i pensjonskassene for 2017 er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene pr. 31.12.2017. Pensjonsordningen tilfredsstiller kravene i Lov om offentlig tjenestepensjon

Demografiske forutsetninger

Med hensyn på dødelighet og uførhet mv. er det i beregningene benyttet forutsetninger som i pensjonskassens forsikringstekniske beregningsgrunnlag.

	2017		2016				
	K2013BE	K2013BE	K2013BE	K2013BE			
Anvendt dødelighetstabell							
Forventet uttakshyppighet AFP	15-46%	15-46%					
Frivillig avgang for sykepleiere (i %)							
Alder år	<20	20-25	26-30	31-40	41-49	50-55	>55
Sykepleiere							
Frivillig avgang for sykehusleger og fellesordning (i %)							
Alder år	<24	24-29	30-39	40-49	50-55	>55	
Sykehusleger							
Fellesordning							

Årsregnskap

Note 9 - Skatt

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016
Beregning av utsatt skatt/utsatt skattefordel og endring i utsatt skatt/utsatt skattefordel		
Skattesats Utsatt skatt	24,00	24,00
Skattesats betalbar skatt	25	25
Midlertidige forskjeller		
Anleggsmidler	52 171	50 418
Omløpsmidler		
Avsetninger for forpliktelser	-300	960
Annen langsiktig gjeld		
Kortsiktig gjeld	-100	
Gevinst- og tapskonto		
Netto midlertidige forskjeller	51 771	51 378
Underskudd til fremføring	-16 677	-20 231
Grunnlag for utsatt skatt/skattefordel i balanse	35 094	31 147
24% utsatt skatt (utsatt skattefordel)	8 422	7 475
Herav ikke balanseført utsatt skattefordel	-352	-440
Utsatt skatt (utsatt skattefordel)	8 071	7 035
Årets skattekostnad på ordinært resultat fremkommer slik:		
Grunnlag for betalbar skatt		
Resultat før skattekostnad	8 270	8 213
Permanente forskjeller	439	354
Grunnlag for årets skattekostnad	8 708	8 567
Endring i midlertidige forskjeller	-2 227	-1 662
Skattepliktig inntekt	6 482	6 905
Bruk av fremførbart underskudd		-3 290
Grunnlag for betalbar skatt	6 482	3 615
24 % av grunnlag for betalbar skatt	1 620	868
Endring i utsatt skatt	1 036	227
For lite/for mye avsatt i fjor	-917	754
Sum skattekostnad på ordinært resultat	1 739	1 849
Kontroll mot Resultat (RS0300)		
Avstemming årets skattekostnad		
Beregnet skatt av årets resultat før skatt	1 980	1 971
Årets regnskapsførte skattekostnad		
Differanse		
Permanente forskjeller	110	87
Endring av skattesats	-351	-209
For lite/mye avsatt betalbar skatt året før		
Feil avsetning utsatt skatt/utsatt skattefordel		
Avstemming årets skattekostnad	1 739	1 849

Årsregnskap

Note 10 - Immaterielle driftsmidler

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

(Alle tall i NOK 1000)

2017	Forskning og utvikling	EDB programvare	Anlegg under utførelse	Sum Immaterielle eiendeler
Anskaffelseskost 1.1		709		709
Korrigeringer IB				0
Åpningsbalanse korrigert		709		709
Tilgang ekstern		283		283
Tilgang intern (inkl virk.overdragelse)				
Tilgang egentilvirket 1)				
Tilgang fra anlegg under utførelse				
Avgang ved salg, ekstern				
Avgang ved salg, intern (inkl virk.overdragelse)				
Utrangering				
Reklassifisering				
Anskaffelseskost 31.12.17		992		992
Akkumulerte avskrivninger 1.1		-373		-373
Korrigeringer IB				
Akkumulerte avskrivninger korrigert		-373		-373
Årets avskrivning		-172		-172
Akk. Avskrivning ved avgang ekstern				
Akk.avskr ved avgang, intern				
Akk. Avskrivning ved utrangering				
Akk.avskrivninger reklassifisering				
Akkumulerte avskrivninger 31.12.17		-545		-545
Akkumulerte nedskrivninger 1.1				
Korrigeringer IB				
Akkumulerte nedskrivninger korrigert				
Årets nedskrivning				
Reversering av nedskrivning				
Akk. nedskrivning ved avgang ekstern				
Akk.nedskrivning ved avgang, intern				
Akk. nedskrivning ved utrangering				
Akk.nedskrivning reklassifisering				
Akkumulerte nedskrivning 31.12.17				
Bokført verdi 31.12.17		447		447

Årsregnskap

Note 11 - Varige driftsmidler

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

(Alle tall i NOK 1000)

2017	Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	Medisinsk- teknisk utstyr	Transportmidl. og annet	Sum varige driftsmidler
Anskaffelseskost 1.1	321 796	22 931 552	644 506	4 580 395	1 267 808	29 746 057
Korrigeringer IB				152 207		152 207
Åpningsbalanse korriger	321 796	22 931 552	644 506	4 732 602	1 267 808	29 898 265
Tilgang eksternt		180	812 420	196 391	49 163	1 058 153
Tilgang internt (inkl virk. overdragelse)						
Tilgang egentilvirket 1)						
Tilgang fra anlegg under utførelse		703 187	-952 726	207 996	41 543	0
Avgang ved salg, eksternt		-85	-3	-18 760	-44 103	-62 950
Avgang ved salg, internt (inkl virk. overdragelse)						
Utrangering						
Reklassifisering		-174		156	18	0
Anskaffelseskost 31.12.17	321 796	23 634 660	504 198	5 118 384	1 314 428	30 893 468
Akkumulerte avskrivninger 1.1		-13 537 063		-3 178 330	-1 050 840	-17 766 233
Korrigeringer IB				-107 585		-107 585
Akkumulerte avskrivninger korriger		-13 537 063		-3 285 915	-1 050 840	-17 873 817
Årets avskrivning		-544 882		-302 308	-67 201	-914 391
Akk. Avskrivning ved avgang eksternt		31		18 760	39 098	57 889
Akk. avskr. ved avgang, internt						
Akk. Avskrivning ved utrangering						
Akk. avskrivninger reklassifisering		6		-6	-29	-29
Akkumulerte avskrivninger 31.12.17		-14 081 908		-3 569 468	-1 078 973	-18 730 349
Akkumulerte nedskrivninger 1.1		-276 906		-4 124		-281 029
Korrigeringer IB						
Akkumulerte nedskrivninger korriger		-276 906		-4 124		-281 029
Årets nedskrivning		-29 535				-29 535
Reversering av nedskrivning						
Akk. nedskrivning ved avgang eksternt						
Akk. nedskrivning ved avgang, internt						
Akk. nedskrivning ved utrangering						
Akk. nedskrivning reklassifisering						
Akkumulerte nedskrivninger 31.12.17		-306 440		-4 124		-310 564
Bokført verdi 31.12.17	321 796	9 246 312	504 198	1 544 792	235 456	11 852 554

Finansielle leieavtaler	Bokført	Estimert leiebeløp			Årlige	Varighet
	verdi 31.12	Neste år	2 til 5 år	utover 5 år	avskrivninger	kontrakt (år)
Medisinsk-teknisk utstyr	339 014	344 500			35 795	4-11 år
Transportmidler og annet	73 856	26 250			16 256	5 år

Investeringsprosjekter (i hele kroner)	Akk.verdi	Akk.verdi	Total kostnads- ramme	Plan tidspunkt ferdigstillelse
91915 - IOP RAD - DP148 - Flytting av nukleærmedisin til F2 inkl SPECT og PET	34 282 773	1 439 058	40 500 000	31.03.2018
74600 - E2017 RAD KRE Avd. for medisinsk fysikk Linac	29 863 727	1 539 270	38 300 000	01.03.2018
83298 - IOP US - Infrastruktur elektro bygg 3	27 374 597	9 302 428	38 400 000	31.03.2018
72918 - Riks H Sterilavdelingen Autoklave (3 stk)	25 412 983	21 630 732	40 000 000	01.10.2018
83277 - IOP US - Med.luft, Anlegg for produksjon og distribusjon	23 124 871	16 391 754	24 000 000	31.01.2018
81614 - IoP AS- Oppgr.av 73 senger til KAD - Oslo Kommune, bygg 2, 2.og 3.etg.	21 843 504	14 034 539	16 875 000	01.02.2018
83518 - IOP US - Bygg 3,4,6 og 7 Utbedring av medisinske områder	19 203 632	9 219 362	33 000 000	30.04.2018
83550 - IOP US - bygg 6 - Infrastruktur elektro	18 449 685	1 803 085	25 000 000	30.04.2018
91918 - Hybridstue i D7	18 442 484	78 150	36 000 000	30.06.2018
91924 - IOP RH - DP157 - Ombygging D6 / påbygg på tak D7	15 914 542		27 500 000	01.05.2018
83631 - IOP OUS - IKT infrastruktur alle lokasjoner	15 419 293		37 000 000	31.12.2018
91914 - IOP Gaustad - Bygg 21 - DP147 - Flytting av tidlig psykose	11 308 277	261 536	14 400 000	31.03.2018
83300 - IOP US - Infrastruktur elektro bygg 8	11 298 329	1 366 125	38 000 000	30.11.2018
74649 - E2017 RH I ARN PET/CT	5 993 667	434 883	6 000 000	01.03.2018
83535 - IOP US - Test og utbedring av nødstrømforsyning	5 479 181	3 197 841	8 000 000	30.04.2018
83561 - IOP US - Bygg 14 - Hovedfordeling Fyrhuset	5 367 470	3 016 567	10 000 000	01.03.2018
91913 - DP 146 RAD - Bygg A og B - AKU Operasjonsavdelingen Instrumentvaskemaskiner	5 109 053	278 551	7 200 000	31.03.2018
74605 - E2016 RH F Kardiologisk avd Angio 6	5 021 057		9 750 000	01.08.2017
	298 909 123	83 993 883	449 925 000	

Årsregnskap

Note 12 - Eierandel i datter- og tilkn. foretak

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

(Alle tall i NOK 1000)

Investering i datterforetak	Hovedkontor	Eierandeler	Andel stemmer	Balanseført verdi	Egenkapital	Årets resultat
Sophies Minde Ortopedi AS	Oslo	100,00	100,00	12 000	111 062	33 359
Norsk Medisinsk Syklotronsenter AS	Oslo	70,00	70,00	1 400	26 892	659
Radiumhospitalets parkeringsselskap AS	Oslo	100,00	100,00	31 588	54 013	4 454
Sykehotell AS	Oslo	100,00	100,00	10 100	17 387	1 417
Sum datterforetak				55 088	209 354	39 889
Tilknyttede selskap						
Inven2	Oslo	50,00	50,00	13 107	66 414	2 918
Sum tilknyttede selskap				13 107	66 414	2 918

	Total	Total
Investeringer i TS og FKV	2017	2016
Sum eiendeler i felleskontrollerte virksomheter		
Sum eiendeler i tilknyttede selskaper	20 100	20 100
Sum investeringer i TS og FKV	20 100	20 100

Disposisjonsretten til medlemsinnkudd KLP er begrenset. Verdien av tilskuddet vil først kunne bli utbetalt dersom foretaket går ut av KLP (slik KLP er organisert p.t.). Ved en eventuell omdanning eller annen omorganisering av KLP antas det at medlemmene får tildelt aksjer.

	Total	Total
Investeringer i andre aksjer og andeler	2017	2016
Andre aksjer og andeler	79 763	66 631
Egenkapitalinnkudd i pensjonskasser/KLP	352 118	323 091
Sum investeringer i andre aksjer og andeler	431 881	389 722

Årsregnskap

Note 13 - Finansielle anleggsmidler og gjeld

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016
Finansielle anleggsmidler		
Lån til foretak i samme foretaksgruppe	4 044 488	3 718 739
Lån til tilknyttede selskap og felleskontrollert virksomhet		
Andre langsiktige lån og fordringer		
Sum finansielle anleggsmidler	4 044 488	3 718 739
Langsiktig gjeld		
Langsiktig gjeld til foretak i samme konsern	2 124 244	2 048 908
Gjeld til kredittinstitusjoner	118 222	136 461
Annen langsiktig gjeld	364 262	168 673
Sum langsiktig gjeld	2 606 728	2 354 042

Årsregnskap

Note 14 - Kundefordringer og andre fordringer

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016
Fordringer		
Kundefordringer	343 173	275 951
Fordringer på foretak i foretaksgruppen Helse Sør-Øst	907 768	617 911
Fordring på Helse- og omsorgsdepartementet		
Opptjente inntekter (inkl pasienter under behandl.)	151 995	124 803
Øvrige kortsiktige fordringer	23 525	183 867 *)
Fordringer	1 426 461	1 202 532
Avsetning for tap på fordringer 31.12		
Avsetning for tap på kundefordringer 1.1.	-49 726	-41 204
Årets endring i avsetning til tap på krav	-30	-8 522
Avsetning for tap på fordringer 31.12	-49 756	-49 726
Årets konstanterte tap		
Årets konstanterte tap	12	6 230
Kundefordringer pålydende 31.12		
Ikke forfalte fordringer	294 435	187 649
Forfalte fordringer 1-30 dager	27 437	44 792
Forfalte fordringer 30-60 dager	*) -16 247	6 533
Forfalte fordringer 60-90 dager	2 042	2 073
Forfalte fordringer over 90 dager	35 506	34 903
Kundefordringer pålydende 31.12	343 173	275 951

*) Salg av Sognsveien mottatt 2017

**) Kreditnoater i forbindelse med priskorreksjon sykehotell

Årsregnskap

Note 15 - Kontanter og bankinnskudd

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016
Innestående skattetrekksmidler	520 050	512 586
Andre bundne konti	56 471	89 775
Sum bundne bankinnskudd	576 521	602 362
Bankinnskudd og kontanter som ikke er bundet	65 270	43 790
Sum bankinnskudd og kontanter	641 791	646 152

Oslo universitetssykehus HF har en kredittramme på 2 821 mnok tilknyttet konsernkontoordningen.

Av trekkrammen er det benyttet 1 664 mnok

Trekk på konsernkontoordning er klassifisert som kortsiktig gjeld i Helse Sør-Øst RHF og i foretaksgruppen.

Årsregnskap

Note 16 - Egenkapital

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

(Alle tall i NOK 1000)

	Foretaks- kapital	Strukturfond	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderings- forskjeller	Minoritets- interesser	Annen egenkapital	Total Egenkapital
EGENKAPITAL 31.12.16							
Inngående balanse 1.1	100		11 693 588		8 474	-3 451 423	8 250 640
Korrigeringer IB, spesifiser nedenfor							
Åpningsbalanse korrigert	100		11 693 588		8 474	-3 451 423	8 250 739
Fordeling av forskningsmidler vedtatt av generalforsamlingen						-5 000	-5 000
Minoritetsinteresse					-328	328	0
Årets resultat						300 982	300 982
Egenkapital 31.12.16	100		11 693 588		8 146	-3 155 112	8 546 721

	Foretaks- kapital	Strukturfond	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderings- forskjeller	Minoritets- interesser	Annen egenkapital	Total Egenkapital
EGENKAPITAL 31.12.17							
Inngående balanse 1.1	100		11 693 588		8 146	-3 155 112	8 546 721
Korrigeringer IB, spesifiser nedenfor							
Åpningsbalanse korrigert	100		11 693 588		8 146	-3 155 112	8 546 721
EK fra Inven2 (50%)						11 648	11 648
Virksomhetsoverdragelse Rettsmedisinsk Institutt			45 060				45 060
Fordeling av forskningsmidler vedtatt av generalforsamlingen						-5 000	-5 000
Minoritetsinteresse					-198	198	
Årets resultat						281 459	281 459
Egenkapital 31.12.17	100		11 738 648		7 948	-2 866 807	8 879 888

Årsregnskap

Note 18 - Andre avsetninger for forpliktelser

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016
Tariffestet utdanningspermisjon	275 891	265 094
Investeringsstilskudd	700 810	739 255
Andre avsetninger for forpliktelser	*) 297 511	324 030
Sum avsetning for forpliktelser	1 274 212	1 328 379

*) Utsatt inntekt på investeringstilskudd utover HSØ

Avsetning for overlegepermisjoner omfatter 1608 overlege- og psykologspesialistårsverk.

Uttakstilbøyeligheten er satt til 59.98 % for overlegestillingene og 59.98 % for psykologspesialister

Overordnede leger og spesialister i Oslo universitetssykehus HF har avtafefestet rett til fire måneders studiepermisjon hvert femte år.

Under permisjonen mottar overlegene og spesialistene lønn. Lønnen kostnadsføres og avsettes som en langsiktig forpliktelse etter hvert som retten opparbeides. Uttakstilbøyeligheten kan variere mellom foretak i Helse Sør-Øst og internt mellom de enkelte avdelinger i foretakene.

Årsregnskap

Note 19 - Kortsiktig gjeld

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016
Annen kortsiktig gjeld		
Leverandørgjeld	709 234	538 250
Kortsiktig gjeld til foretak i foretaksgruppen Helse Sør-Øst	*) 1 951 297	3 005 347
Påløpte feriepenge	1 305 652	1 233 551
Påløpte lønnskostnader	333 675	421 792
Forskudd fra kunder	416	3 321
Annen kortsiktig gjeld	***) 1 450 968	1 245 099
Annen kortsiktig gjeld	5 751 242	6 447 358

*) Trekk på konsernkontoordning inkludert med 1.664 mnok, dette er klassifisert som kortsiktig gjeld i foretaksgruppen.

***) Forpliktelser til overførbare forskningsprosjekt inkludert med 1.080 mnok og andre påløpte kostnader med 270 mnok

***) Avsetning for pasientskadeerstatning inkludert med 1,6 mnok

Årsregnskap 2017

Note 20 – Nærstående parter

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

Oslo universitetssykehus er 100 % eid av Helse Sør-Øst RHF.

Transaksjoner med andre helseforetak er i hovedsak knyttet til oppgjør for gjestepasienter, Det vil si pasienter bosatt i eget opptaksområde og som på grunn av midlertidig opphold, fritt sykehusvalg eller manglende kompetanse eller kapasitet i eget foretak får behandling i et annet helseforetak innen regionen, i annen region eller private sykehus eller andre helseregioner har avtale med.

Oslo universitetssykehus kjøp fra andre helseforetak/sykehus utgjorde 419 mill kroner i 2017 mot 377 mill kroner i 2016. Tilsvarende solgte Oslo universitetssykehus behandlingsaktivitet / tjenester til andre helseforetak, i og utenfor egen region, for til sammen 2.756 mill kroner i 2017 mot 2.595 i 2016.

Utover dette er det ordinære kjøp av medikamenter fra Sykehusapotekene HF, ordinære kjøp av medisinsk forbruksmateriell fra den regionale leverandøren Forsyningssenteret, og kjøp av IKT- og HR tjenester av den regionale tjenesteleverandøren Sykehuspartner. Forsyningssenteret og Sykehuspartner er avdelinger innunder Helse Sør-Øst RHF.

Det er etablert rutiner som skal bidra til å sikre at ansatte som er ansvarlig for, eller har innflytelse på inngåelse av vesentlige innkjøps- og/eller salgsavtaler ikke sitter med verv eller har andre relasjoner til leverandører eller kunder mv som kan tenkes å komme i konflikt deres rolle i foretakene.

Det er gjennomført en kartlegging, og ingen ledende ansatte/styremedlemmer i Oslo universitetssykehus har roller, ansvar og/eller verv som kan tenkes å komme i konflikt med relasjoner foretaket har til andre aktører.

Leieavtaler

Helseforetak har anledning til å inngå finansielle leiekontrakter, jfr Helseforetaksloven § 33 og vedtektene til NN HF § 12. De finansielle leieavtalene er balanseført til verdien av vederlaget i leieavtalen, og avskrives over eiendelens levetid, fordelt på de ulike delkomponentene.

Årsregnskap

Note 21 - Eiers styringsmål

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016
Årsresultat	281 458	300 982
Overføring fra strukturfond		
Korrigerings for endrede levetider		
Korrigert resultat	281 458	300 982
Endrede pensjonskostnader som er blitt hensyntatt i resultat		
Resultat jf økonomiske krav fra HOD	281 458	300 982
Resultatkrav fra HOD	250 000	225 000
Avvik fra resultatkrav	31 458	75 982

Årsregnskap

Note 22 - Proforma momskompensasjon

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

(Alle tall i NOK 1000)

	Faktisk kostnad 2017	Kompensert momskomp.
Driftskostnader		
Kjøp av helsetjenester	92 548	6 375
Varekostnad	1 934 060	476 650
Lønn og annen personalkostnad	43 629	8 230
Ordinær avskrivning		
Nedskrivning		
Annen driftskostnad	879 889	181 833
Tilbakebetalt momskompensasjon	2 950 126	673 088

Tallkolonne viser refusjonsberettiget merverdiavgift for kostnader i regnskapsåret 2017. Kompensert merverdiavgift for innkjøpte varer og andre utgifter som er balanseført inngår ikke (i denne oppstillingen).

Gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2016-2017) for Helse- og omsorgsdepartementet er det fra 1.januar 2017 innført en ordning med nøytral merverdiavgift for helseforetakene. Innføringen innebærer at helseforetakene får kompensert merverdiavgift på en rekke varer og tjenester som inngår i driften av virksomheten. Ordningen skal være budsjettneutryl for staten i innføringsåret. Dette innebærer at basisrammen til de regionale helseforetakene er redusert tilsvarende det som er forventet å bli refusjonsomfanget for helseregionene sett under ett. Inntektsreduksjonen er delt mellom helseregionene i tråd med ordinær inntektsfordelingsmodell. For OUS HF innebærer dette at basisrammen for 2017 er redusert med 890 mill. kroner. Samtidig er driftskostnadene redusert tilsvarende faktisk kompensert merverdiavgift etter ordningen. For OUS HF utgjør dette totalt 736 mill. kroner i 2017. I tillegg kommer reduserte kostnader på kjøp av varer- og tjenester fra Sykehuspartner HF og HSØ Forsyningssenteret, som også er omfattet av ordningen. For OUS HF sin del utgjør dette reduserte kostnader med kroner 140 mill. kroner i 2017. Samlet sett er altså kostnadene redusert med kroner 876 mill. kroner i 2017.

Total merverdiavgiftskompensasjon ifølge terminoppgaver for 2017 (termin 1-6) utgjør kr 773 mill kroner.

Årsregnskap 2017

Note 23 - Universiteter og høyskolars rettigheter til arealer i HF

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

Oslo universitetssykehus HF skal tre inn i de pliktene som staten som sykehuseier hadde overfor universiteter og høyskoler da nåværende Helse Sør-Øst RHF overtok ansvaret for å sørge for spesialisthelsetjenesten i helseregion sør-øst. Samarbeidet om studentundervisning mellom Oslo universitetssykehus HF, Universitetet i Oslo og høyskolene skal reguleres i egne avtaler.

Foretakene kan ikke selge, pantsette eller på annen måte overdra faste eiendommer hvor rettighetshaver har rettigheter, uten skriftlige samtykke fra Utdannings- og forskningsdepartementet, eller det departementet som gir slik myndighet.

Årsregnskap 2017

Note 24 Betingede utfall

Oslo universitetssykehus Foretaksgruppen

Sykehotell AS har inngått avtale om negativ pantsettelse ved at selskapet forplikter seg overfor långiver til ikke å frivillig pantsette sine aktiva (helt eller delvis) til andre kreditorer så lenge lånet i DnBNOR løper.

I forbindelse med omdanningen til helseforetak tok Rikshospitalet HF, som heleid datterforetak av Helse Sør-Øst RHF, over alle formuesposisjoner knyttet til offentlige virksomheter innen spesialisthelsetjenestene, somatisk helsevern, psykisk helsevern, rehabiliterings- og habiliteringstjenester, medisinsk nødmeldetjeneste og ambulansetjenester. Alle formaliteter i forbindelse med overdragelse av eiendomsretten, herunder tinglysing i grunnboken, er ikke ferdig behandlet.

Årsregnskap

Balanse per 31.12

Oslo universitetssykehus HF

(Alle tall i NOK 1000)

	Note	2017	2016
EIENDELER			
Anleggsmidler			
Immatrielle eiendeler			
Immaterielle eiendeler			
Utsatt skattefordel			
Sum immaterielle eiendeler			
Varige driftsmidler			
Tomter, bygninger og annen fast eiendom	11	9 379 515	9 244 927
Medisinskteknisk utstyr, Inventar, transportmidler og lignende	11	1 821 815	1 599 461
Anlegg under utførelse	11	447 357	644 505
Sum varige driftsmidler		11 648 688	11 488 893
Finansielle anleggsmidler			
Investering i datterselskap/- foretak	12	55 088	55 088
Investeringer i FKV og TS	12	20 100	20 100
Investeringer i andre aksjer og andeler	12	352 118	302 991
Andre finansielle anleggsmidler	13	4 044 488	3 718 739
Pensjonsmidler	11	2 386 093	2 693 605
Sum finansielle anleggsmidler		6 857 888	6 790 523
Sum anleggsmidler		18 506 576	18 279 417
Omløpsmidler			
Varer			
	4	59 001	87 482
Fordringer			
Fordringer	14	1 392 091	1 176 594
Sum fordringer		1 392 091	1 176 594
Bankinnskudd, kontanter o.l.	15	566 603	596 527
Sum omløpsmidler		2 017 695	1 860 602
SUM EIENDELER		20 524 271	20 140 019
EGENKAPITAL OG GJELD			
Egenkapital			
Innskutt egenkapital			
Foretakskapital		100	100
Strukturfond			
Annen innskutt egenkapital		11 738 055	11 692 995
Sum innskutt egenkapital	16	11 738 155	11 693 095
Opptjent egenkapital			
Fond for vurderingsforskjeller			
Minoritetsinteresser			
Annen egenkapital		-3 025 641	-3 267 211
Sum opptjent egenkapital	16	-3 025 641	-3 267 211
Sum egenkapital		8 712 514	8 425 884

Gjeld			
Avsetning for forpliktelser			
Pensjonsforpliktelser	17	1 442 799	740 268
Utsatt skatt			
Andre avsetninger for forpliktelser	18	1 287 449	1 341 978
Sum avsetninger for forpliktelser		2 730 248	2 082 247
Annen langsiktig gjeld			
Gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet			
Øvrig langsiktig gjeld	13	2 488 506	2 217 582
Sum annen langsiktig gjeld		2 488 506	2 217 582
Kortsiktig gjeld			
Driftskreditt			
Betalt skatt			
Skyldige offentlige avgifter		885 119	994 799
Annen kortsiktig gjeld	19	5 707 884	6 419 507
Sum kortsiktig gjeld		6 593 003	7 414 306
Sum gjeld		11 811 756	11 714 135
SUM EGENKAPITAL OG GJELD		20 524 271	20 140 019

Oslo, _____

Gunnar Bovim
Styreleder

Anne Carine Tanum
Nestleder

Berit Kjøll

Marianne Andreassen

Svein Stølen

Aasmund Magnus Bredeli

Svein Erik Urstrømmen

Else Lise Skjæret-Larsen

Bjørn Erikstein
Administrerende direktør

Årsregnskap

Resultatregnskap 01.01 - 31.12

Oslo universitetssykehus HF

(Alle tall i NOK 1000)

	Note	2017	2016
DRIFTSINTEKTER OG DRIFTSKOSTNADER			
Basisramme	2	11 532 779	11 937 036
Aktivitetsbasert inntekt	2	8 738 827	8 273 394
Annen driftsinntekt	2	2 354 956	2 041 136
Sum driftsinntekter		22 626 562	22 251 566
Kjøp av helsetjenester	3	718 527	606 238
Varekostnad	4	2 436 393	2 789 392
Lønn og annen personalkostnad	5	15 313 708	14 734 191
Ordinære avskrivninger	10,11	903 707	890 271
Nedskrivning	10,11	29 535	
Annen driftskostnad	6	2 980 550	2 945 639
Sum driftskostnader		22 382 419	21 965 731
Driftsresultat		244 142	285 835
FINANSINTEKTER OG FINANSKOSTNADER			
Finansinntekt	7,13	48 193	47 921
Nedskrivning av finansielle anleggsmidler	7		
Finanskostnad	7	50 766	51 102
Netto finansposter		-2 573	-3 181
Resultat før skattekostnad		241 570	282 653
Skattekostnad på ordinært resultat	9		
Ekstraordinære poster			
ÅRSRESULTAT		241 570	282 653
Minoriteters andel av årsresultatet			
OVERFØRINGER			
Overføringer til/fra annen egenkapital	RS0530	-241 570	-282 653
Overført minoritet			
Sum overføringer		-241 570	-282 653

Årsregnskap

Kontantstrømoppstilling

Oslo universitetssykehus HF

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016
KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER:		
Årsresultat	241 570	282 653
Tap/gevinst ved avgang anleggsmidler	2 225	-147 332
Ordinære avskrivninger	903 707	890 271
Nedskrivninger varige driftsmidler og finansielle anleggsmid	29 535	0
Øvrige resultatposter uten kontanteffekt	-434 541	-472 053
Endring i omløpsmidler	-354 085	-197 913
Endring i kortsiktig gjeld	-821 303	619 158
Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn-/utbetalinger i	1 010 043	-323 562
Inntektsført investeringstilskudd	-66 365	-66 365
Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter	510 786	584 858
KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGSAKTIVITETER:		
Innbetalinger ved salg av driftsmidler	154 470	26 645
Utbetalinger ved kjøp av driftsmidler	-819 545	-708 923
Tilgang anleggsmidler uten kontanteffekt	-44 623	0
Innbetalinger av avdrag på utlån (langs.fordringer)		
Utbetalinger ved utlån (langs.fordringer)	22 426	-29 694
Innbetalinger ved salg av andre finansielle eiendeler	0	0
Utbetalinger ved kjøp av andre finansielle eiendeler	-49 127	-45 012
Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	-736 399	-756 984
KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER:		
Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld	183 121	149 516
Innbetalinger ved nedbetaling av langsiktig fordring	120 782	99 483
Endring driftskreditt		
Innbetalinger ved opptak av øvrig kortsiktig gjeld		
Utbetalinger ved nedbetaling av gjeld	-120 782	-120 782
Innbetaling av investeringstilskudd	5 767	97 259
Endring øvrige langsiktige forpliktelser	-38 259	-25 652
Endring foretakskapital uten kontanteffekt	45 060	0
Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	195 689	199 824
Netto endring i likviditetsbeholdning	-29 924	27 698
Likviditetsbeholdning pr 01.01.	596 527	568 829
Likviditetsbeholdning innfusjonert virksomhet		
Beholdning av bankinnskudd, kontanter og lignende pr 31.12	566 603	596 526
Ubenyttet trekkramme 31.12	1 151 875	1 120 375
Kontroll		
Likviditetsreserve 31.12	1 718 478	1 716 901
Innvilget trekkramme 31.12.	2 816 000	3 893 000
Bankinnskudd, kontanter o.l.	566 603	596 527

Årsregnskap

Note 1 - Virksomhetsområder

Oslo universitetssykehus HF

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016
Driftsinntekter pr virksomhetsområde		
Somatiske tjenester	18 549 114	18 267 447
Psykisk helsevern VOP	1 911 067	1 843 613
Psykisk helsevern BUP	484 358	456 693
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	491 997	490 977
Annet	1 190 026	1 192 837
Overføringer til datterforetak		
Driftsinntekter pr virksomhetsområde	22 626 562	22 251 566
Driftskostnader pr virksomhetsområde		
Somatiske tjenester	-18 414 556	-18 081 780
Psykisk helsevern VOP	-1 920 477	-1 800 693
Psykisk helsevern BUP	-443 118	-444 231
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	-465 060	-469 348
Annet	-1 139 208	-1 169 679
Kjøp av helsetjenester fra datterforetak		
Driftskostnader pr virksomhetsområde	-22 382 419	-21 965 731
Driftsinntekter fordelt på geografi		
Pasienter hjemmehørende i Helse Sør-Øst RHF sitt opptaksomr	21 920 738	21 581 959
Pasienter hjemmehørende i resten av landet	661 653	625 561
Pasienter hjemmehørende i utlandet	44 171	44 046
Driftsinntekter fordelt på geografi	22 626 562	22 251 566

Årsregnskap

Note 2 - Inntekter

Oslo universitetssykehus HF

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016
DRIFTSINTEKTER		
Basisramme		
Basisramme	11 532 779	11 937 036
Basisramme	11 532 779	11 937 036
Aktivitetsbasert inntekt		
Behandling av egne pasienter i egen region 1)	4 804 023	4 563 624
Behandling av pasienter internt i egen region	2 095 891	1 969 732
Behandling av egne pasienter i andre regioner 2)		
Behandling av andre pasienter i egen region 3)	661 653	625 561
Poliklinikk, laboratorie og radiologi	1 066 542	977 769
Utskrivningsklare pasienter	4 653	3 098
Andre aktivitetsbaserte inntekter	106 064	133 610
Aktivitetsbasert inntekt	8 738 827	8 273 394
Annen driftsinntekt		
Øremerket tilskudd til psykisk helsevern		
Kvalitetsbasert finansiering	77 367	54 002
Øremerket tilskudd til "Raskere tilbake"	53 980	51 152
Øremerkede tilskudd til andre formål	1 421 248	1 194 255
Inntektsføring av investeringstilskudd 4)	66 365	66 365
Driftsinntekter fra apotekene 5)	2	1
Andre driftsinntekter	735 994	675 362
Annen driftsinntekt	2 354 956	2 041 136
Sum driftsinntekter	22 626 562	22 251 566

På grunn av innføring av nøytral mva, jf note 22, er basisrammen i 2017 redusert med

- 1) ISF inntekter (DRG-refusjon) for diagnostikk og behandling i egen helseregion av pasienter innenfor Helse Sør-Øst RHF sitt "sørge for"-ansvar
- 2) ISF inntekter (DRG-refusjon) for diagnostikk og behandling i andre helseregioner av pasienter innenfor Helse Sør-Øst RHF sitt "sørge for"-ansvar
- 3) Inntekter for diagnostikk og behandling av pasienter tilhørende andre regionale helseforetak (gjestepasienter)
- 4) Inntektsføring av del av balanseført investeringsstilskudd
- 5) I regnskapet for foretaksgruppen er salg fra Sykehusapotekene HF til foretak i Helse Sør-Øst RHF eliminert

Aktivitetstall

Aktivitetstall somatikk

Antall DRG poeng iht. "sørge for" ansvaret	222 144	216 557
Antall DRG poeng iht. eieransvaret	238 754	234 556
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	835 458	819 888

Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og unge

Antall utskrevne pasienter fra døgntilrettelagt behandling	156	154
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	43 469	45 860
Antall ISF-poeng iht eieransvar	12 572	

Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne

Antall utskrevne pasienter fra døgntilrettelagt behandling	2 352	2 012
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	91 237	104 160
Antall ISF-poeng iht eieransvar	12 161	

Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere

Antall utskrevne pasienter fra døgntilrettelagt behandling	2 367	2 306
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	23 263	23 915
Antall ISF-poeng iht eieransvar	3 335	

Aktiviteten innen somatikk er delvis finansiert med basisbevilgning og delvis med inntekter koblet til behandlingsaktivitet. Ved sammenligning av foretakenes inntekter over tid må det hensyntas at andelen av inntektene som er koblet til behandlingsaktivitet og basisramme kan variere.

DRG-systemet klassifiserer sykehusopphold i grupper som er medisinsk og ressursmessig tilnærmet homogene. Inntektene i DRG-systemet er i 2017 satt til 50 % av full DRG-pris, det vil si kr 21.377 per DRG poeng.

Aktivitetstallene inkluderer ikke aktivitet finansiert av Raskere tilbake og eventuelt andre øremerkede midler/særskilt finansiering. Aktivitetstallene består også av pasienter behandlet hos private.

Fra og med 2017 er den aktivitetsbaserte finansieringen av poliklinisk psykisk helsevern og poliklinisk tverrfaglig spesialisert rusbehandling overført til ISF-ordningen. I antall polikliniske konsultasjoner for TSB og PH for 2017 inngår også de konsultasjonene som er finansiert gjennom ISF (antall DRG-poeng).

Ved innføring av ISF-refusjon er det samtidig endret tellemåte når det gjelder antall konsultasjoner.

Årsregnskap

Note 3 - Kjøp av helsetjenester

Oslo universitetssykehus HF

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016
KJØP AV HELSETJENESTER		
Kjøp av offentlige helsetjenester somatikk eksternt	30 115	33 243
Kjøp av offentlige helsetjenester somatikk internt i foretaksgruppen	52 782	41 149
Kjøp av private helsetjenester somatikk	123 441	131 567
Kjøp av offentlige helsetjenester psykiatri eksternt	3 475	449
Kjøp av offentlige helsetjenester psykiatri internt i foretaksgruppen	22 883	14 583
Kjøp av private helsetjenester psykiatri	5 328	3 703
Kjøp av offentlige helsetjenester rus eksternt	81	1 290
Kjøp av offentlige helsetjenester rus internt i foretaksgruppen	19 653	12 656
Kjøp av private helsetjenester rus	9 357	18
Kjøp av helsetjenester utland	151 700	138 531
Sum gjestepasientkostnader	418 816	377 188
Innleie av helsepersonell fra vikarbyrå	219 910	199 579
Kjøp fra Luftambulansen ANS	471	391
Kjøp av andre ambulansetjenester	31	348
Andre kjøp av helsetjenester	79 300	28 732
Sum kjøp av andre helsetjenester	299 711	229 050
RHF-ets kjøp av helsetjenester fra datterforetakene		
Sum kjøp av helsetjenester	718 527	606 238

Kjøp av private helsetjenester i 2017 er redusert sammenlignet med 2016 i forbindelse med innføring av nøytral merverdiavgift, jf note 22.

Årsregnskap

Note 4 - Varer

Oslo universitetssykehus HF

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016
VAREBEHOLDNING*		
Råvarer		
Varer i arbeid		
Ferdigvarer		
Øvrige beholdninger	59 001	87 482
Sum lager til videresalg	59 001	87 482
Annet medisinsk forbruksmaterieil (eget bruk)		
Andre varebeholdninger (eget bruk)		
Sum lager til eget bruk		
Sum varebeholdning	59 001	87 482
Anskaffelseskost	59 001	87 482
Nedskrivning for verdifall		
Bokført verdi 31.12	59 001	87 482
VAREKOSTNAD		
Legemidler	754 606	894 075
Medisinske forbruksvarer	1 504 856	1 702 683
Andre varekostnader til eget forbruk	176 627	192 218
Innkjøpte varer for videresalg	305	417
Beholdningsendring varer i arbeid og ferdig tilvirkede varer		
Sum varekostnad	2 436 393	2 789 392

Varekostnader i 2017 er redusert sammenlignet med 2016 i forbindelse med innføring av nøytral merverdiavgift, jf note 22.

Årsregnskap

Note 5 - Lønnskostn., antall ansatte, godtgjørelser mm.

Oslo universitetssykehus HF

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016
LØNSKOSTNADER		
Lønnskostnader	11 299 695	10 790 865
Arbeidsgiveravgift	1 607 334	1 517 697
Pensjonskostnader inkl arbeidsgiveravgift	2 233 284	2 226 781
Andre ytelser	173 396	198 847
- balanseførte lønnskostnader egne ansatte		
Sum lønn og andre personalkostnader	15 313 708	14 734 191
Gjennomsnittlig antall ansatte	23 315	22 999
Gjennomsnittlig antall årsverk	18 885	18 515

(Tall i kroner)

Lønn til ledende ansatte

Navn	Tittel	Lønn	Pensjon	Andre Godtgjørelser	Sum	Tjenesteperiode	Ansettelsesperiode
Bjørn Erikstein	Administrerende dire	2 195 732	201 263	11 969	2 408 964	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Lisbeth Sommervoll	Viseadm. direktør	1 806 462	515 024	9 035	2 330 521	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Morten Reymert	Viseadm. direktør	1 778 822	154 271	5 025	1 938 118	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Marit Bjartveit	Klinikkleder	1 648 424	253 180	8 733	1 910 337	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Lena Gjevort	Klinikkleder	1 656 027	232 428	24 065	1 912 520	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Kim Alexander Tønseth	Klinikkleder	2 002 884	185 603	366 097	2 554 584	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Roif Bjarne Rise	Klinikkleder	1 904 731	233 178	21 108	2 159 017	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Eva Bjørstad	Klinikkleder	1 614 329	569 597	5 391	2 189 317	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Terje Rootwelt	Klinikkleder	1 799 377	189 388	1 245	1 990 010	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Bjørn Busund	Klinikkleder	1 718 360	155 705	10 350	1 884 415	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Lars Eikvar	Klinikkleder	1 639 640	276 055	5 025	1 920 720	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Hans Jørgen Smith	Klinikkleder	1 763 948		5 025	1 768 973	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Morten Tanberg Eriksen	Klinikkleder	1 665 969	229 396	7 536	1 902 901	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Sigbjørn Smeland	Klinikkleder	1 769 116	173 030	8 383	1 950 529	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Otto Armin Smisøth	Klinikkleder	1 814 568		12 920	1 827 488	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Øyvind Skraastad	Klinikkleder	1 739 012	192 007	439 536	2 370 555	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Terje Strand	Klinikkleder	2 112 770	236 195	197 778	2 546 743	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Geir Teigstad	Direktør OSS	1 643 554	189 221	7 287	1 840 062	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Sølvi Andersen	Kst direktør	1 261 218	281 529	633	1 543 380	01.01-31.01.2017	01.01-31.12.2017
Annelene Foss Svingen	Kommunikasjonsdirekt	1 366 758	473 540	5 025	1 845 323	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Einar Sorterup Hysing	Medisinsk direktør	1 760 221		8 773	1 768 994	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Erlend B. Smeland	Forskningsdirektør	1 728 399	172 235	5 025	1 905 659	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
Morten A. Meyer	HR Direktør	1 694 692	221 395	633	1 916 720	01.01-31.12.2017	01.01-31.12.2017
		40 085 013	5 134 240	1 166 597	46 385 850		

Tilleggsopplysninger pensjonsavtale ledende ansatte

Det er ikke gitt lån/sikkerhetsstillelse til adm.dir/styreleder eller andre nærstående parter

Godtgjørelse til styrets medlemmer

Navn	Tittel	Styreonorar	Lønn	Annen godtgjørelse	Sum	Tjenesteperiode
Gunnar Bovim	Styrets leder	250 404		1 243	251 647	01.01-31.12.2017
Anne Carine Tanum	Styrets nestleder	174 804			174 804	01.01-31.12.2017
Aasmund Magnus Bredeli	Styremedlem	124 404	1 102 359	3 078	1 229 841	01.01-31.12.2017
Svein Erik Urstrømmen	Styremedlem	124 404	647 854	92 463	864 721	01.01-31.12.2017
Ole Petter Ottesen	Styremedlem	82 936			82 936	01.01-31.07.2017
Svein Stølen	Styremedlem	34 557			34 557	21.09-31.12.2017
Else Lise Skjærset-Larsen	Styremedlem	124 404	410 938	75 579	610 921	01.01-31.12.2017
Björg Månum Andersson	Styremedlem	124 404			124 404	01.01-31.12.2017
Berit Kjøll	Styremedlem	124 404			124 404	01.01-31.12.2017
		1 164 721	2 161 151	172 363	3 498 235	

(Tall i kroner)

Revisjonshonorar fordeler seg på følgende tjenestekategorier:	2017	2016
Lovpålagt revisjon	400 000	913 085
Utvidet revisjon	111 523	
Andre attestasjonstjenester	122 743	209 025
Skatte-og avgiftsrådgivning	44 368	42 899
Andre tjenester utenfor revisjon	49 850	
Sum godtgjørelse til revisor	728 484	1 164 989
Honorar til revisor i henhold til inngåtte avtale		
Revisjon av ørekerkede prosjekt	49 850	
Spesifikasjon av andre tjenester utenfor revisjon	49 850	

Revisjonshonorar for 2017 er oppgitt ekskl mva på grunn av innføringen av nøytral mva. Tall for 2016 er inkl merverdiavgift

Årsregnskap

Note 6 - Andre driftskostnader

Oslo universitetssykehus HF

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016
Transport av pasienter	300 515	240 504
Bygninger og kontorlokaler inkl energi og forsikring	565 255	570 550
Kjøp og leie av medisinskteknisk utstyr, IKT, inventar mv.	184 078	215 148
Konsulenttjenester	*	142 774
Annen ekstern tjeneste	**	942 778
Bygg og anleggs reparasjon vedlikehold og service	396 358	448 481
Kontor og kommunikasjonskostnader	96 359	127 885
Kostnader forbundet med transportmidler	27 500	33 473
Reisekostnader	74 884	67 907
Forsikringskostnader	14 835	14 988
Pasientskadeerstatning	5 397	8 587
Øvrige driftskostnader	110 595	132 565
Andre driftskostnader	2 980 550	2 945 639

*) inkludert 100 mnok IKT tjenester og 60 mnok bygg og eiendom

***) inkludert driftstjenester fra Sykehuspartner med 670 mnok IKT og 94 mnok lønntjenester

Andre driftskostnader i 2017 er redusert sammenlignet med 2016 i forbindelse med innføring av nøytral merverdiavgift, jf note 22.

Årsregnskap

Note 7 - Finansinntekter- og kostnader

Oslo universitetssykehus HF

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016
Finansinntekter		
Resultatandel FKV og TS		
Konserninterne renteinntekter	34 650	33 941
Andre renteinntekter	11 984	12 453
Andre finansinntekter (agio)	1 559	1 528
Finansinntekter	48 193	47 921
Finanskostnader		
Resultatandel FKV og TS		
Konserninterne rentekostnader	37 087	44 513
Andre rentekostnader	248	239
Andre finanskostnader (disagio)	13 431	6 350
Finanskostnader	50 766	51 102

Årsregnskap

Note 8 - Forskning og utvikling

Oslo universitetssykehus HF

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016
Øremerket tilskudd fra eier til forskning	600 276	565 158
Andre inntekter til forskning	488 211	478 303
Basisramme til forskning	1 015 347	929 217
Sum inntekter til forskning	2 103 834	1 972 678
Andre inntekter til utvikling	16 433	13 014
Basisramme til utvikling	83 015	72 472
Sum inntekter til utvikling	99 448	85 486
Sum inntekter til forskning og utvikling	2 203 282	2 058 134
Kostnader til forskning :		
- somatikk	1 979 017	1 881 356
- psykisk helsevern	117 456	87 651
- TSB	7 361	3 640
- annet		
Sum kostnader til forskning	2 103 834	1 972 648
Kostnader til utvikling :		
- somatikk	94 033	84 110
- psykisk helsevern	5 415	1 376
- TSB		
- annet		
Sum kostnader til utvikling	99 448	85 486
Sumkostnader Forskning og utvikling	2 203 282	2 058 134
Ant avlagte doktorgrader	132	111
Ant publiserte artikler	1) 2 000	1 946
Ant årsverk forskning	1 497	1 343
Ant årsverk utvikling	87	88

Kun kostnader og inntekter er inkludert Kreftregisteret.

1) Tall fra intern database oppdateres fortløpende, men er ikke tilstrekkelig kvalitetssikret på rapporteringstidspunktet. Det er forventet at tall for 2017 vil endres noe som følge av løpende kvalitetssikring.

Årsregnskap

Note 11 - Varige driftsmidler

Oslo universitetssykehus HF

(Alle tall i NOK 1000)

2017	Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	Medisinsk-teknisk utstyr	Transportmidl. og annet	Sum varige driftsmidler
Anskaffelseskost 1.1	314 308	22 686 341	644 506	4 509 914	1 230 431	29 385 500
Korrigeringer IB				152 207		152 207
Åpningsbalanse korrigeret	314 308	22 686 341	644 506	4 662 122	1 230 431	29 537 708
Tilgang eksternt		18	812 420	194 730	46 336	1 053 504
Tilgang intern (inkl virk. overdragelse)						
Tilgang egentilvirket 1)						
Tilgang fra anlegg under utførelse		703 187	-952 726	207 996	41 543	0
Avgang ved salg, eksternt		-85	-3		-44 103	-44 190
Avgang ved salg, intern (inkl virk. overdragelse)						
Utrangering						
Reklassifisering		-174		156	18	0
Anskaffelseskost 31.12.17	314 308	23 389 287	504 198	5 065 003	1 274 225	30 547 022
Akkumulerte avskrivninger 1.1		-13 478 817		-3 119 296	-1 018 088	-17 616 202
Korrigeringer IB				-107 585		-107 585
Akkumulerte avskrivninger korrigeret		-13 478 817		-3 226 881	-1 018 089	-17 723 786
Årets avskrivning		-538 860		-299 495	-65 352	-903 707
Akk. Avskrivning ved avgang eksternt		31			39 098	39 129
Akk. avskr. ved avgang, intern						
Akk. Avskrivning ved utrangering						
Akk. avskrivninger reklassifisering		6		-6	-29	-29
Akkumulerte avskrivninger 31.12.17		-14 017 640		-3 526 382	-1 044 372	-18 588 394
Akkumulerte nedskrivninger 1.1		-276 906		-3 500		-280 406
Korrigeringer IB						
Akkumulerte nedskrivninger korrigeret		-276 906		-3 500		-280 406
Årets nedskrivning		-29 535				-29 535
Reversering av nedskrivning						
Akk. nedskrivning ved avgang eksternt						
Akk. nedskrivning ved avgang, intern						
Akk. nedskrivning ved utrangering						
Akk. nedskrivning reklassifisering						
Akkumulerte nedskrivning 31.12.17		-306 440		-3 500		-309 940
Bokført verdi 31.12.17		9 065 207	504 198		229 853	11 648 688

1) herav balanseførte lånekostnader

Finansielle leieavtaler	Bokført verdi 31.12	Estimert leiebeløp			Årlige avskrivninger	Varighet kontrakt (år)
		Neste år	2 til 5 år	utover 5 år		
Oslo universitetssykehus HF	339 014	344 500			35 795	4-11 år
Medisinsk-teknisk utstyr	339 014	344 500			35 795	
Oslo universitetssykehus HF	73 856	26 250			16 256	5 år
Transportmidler og annet	73 856	26 250			16 256	

Årsregnskap

Note 12 - Eierandel i datter- og tilkn. foretak

Oslo universitetssykehus HF

(Alle tall i NOK 1000)

Investering i datterforetak	Hovedkontor	Eierandeler	Andel stemmer	Balanseført verdi	Egenkapital	Årets resultat
Sophies Minde Ortopedi AS	Oslo	100,00	100,00	12 000	111 062	33 359
Norsk Medisinsk Syklotronsenter AS	Oslo	70,00	70,00	1 400	26 892	659
Radiumhospitalets parkeringsselskap AS	Oslo	100,00	100,00	31 588	54 013	4 454
Sykehotell AS	Oslo	100,00	100,00	10 100	17 387	1 417
Sum datterforetak				55 088	209 354	39 889

Tilknyttede selskap	Oslo	50,00	50,00	20 100	66 414	2 918
Sum tilknyttede selskap				20 100	66 414	2 918

	Total 2017	Total 2016
Investeringer i tilknyttede selskap		
Sum eiendeler i felleskontrollerte virksomheter		
Sum eiendeler i tilknyttede selskaper	20 100	20 100
Sum investeringer i TS og FKV	20 100	20 100

Disposisjonsretten til medlemsinnskudd KLP er begrenset. Verdien av tilskuddet vil først kunne bli utbetalt dersom foretaket går ut av KLP (slik KLP er organisert p.t.). Ved en eventuell omdanning eller annen omorganisering av KLP antas det at medlemmene får tildelt aksjer.

	Total 2017	Total 2016
Investeringer i andre aksjer og andeler		
Andre aksjer og andeler		
Egenkapitalinnskudd i pensjonskasser/KLP	352 118	302 991
Sum investeringer i andre aksjer og andeler	352 118	302 991

Årsregnskap

Note 13 - Finansielle anleggsmidler og gjeld

Oslo universitetssykehus HF

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016
Finansielle anleggsmidler		
Lån til foretak i samme foretaksgruppe	4 044 488	3 718 739
Lån til tilknyttede selskap og felleskontrollert virksomhet		
Andre langsiktige lån og fordringer		
Sum finansielle anleggsmidler	4 044 488	3 718 739
Langsiktig gjeld		
Langsiktig gjeld til foretak i samme gruppe	2 124 244	2 048 908
Gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet		
Gjeld til kredittinstitusjoner		
Annen langsiktig gjeld	364 262	168 673
Sum langsiktig gjeld	2 488 506	2 217 582

Årsregnskap

Note 14 - Kundefordringer og andre fordringer

Oslo universitetssykehus HF

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016
Fordringer		
Kundefordringer	318 542	259 483
Fordringer på foretak i foretaksgruppen Helse Sør-Øst	907 251	617 561
Fordring på Helse- og omsorgsdepartementet		
Opptjente inntekter (inkl pasienter under behandl.)	145 752	120 700
Øvrige kortsiktige fordringer	20 547	178 849
Fordringer	1 392 091	1 176 594
Avsetning for tap på fordringer 31.12		
Avsetning for tap på kundefordringer 1.1.	-49 676	-41 154
Årets endring i avsetning til tap på krav	-30	-8 522
Avsetning for tap på fordringer 31.12	-49 706	-49 676
Årets konstanterte tap		
Årets konstanterte tap	11 981	6 230
Kundefordringer pålydende 31.12		
Ikke forfalte fordringer	271 185	171 800
Forfalte fordringer 1-30 dager	26 279	44 304
Forfalte fordringer 30-60 dager	*) -16 393	6 511
Forfalte fordringer 60-90 dager	2 044	2 073
Forfalte fordringer over 90 dager	35 427	34 794
Kundefordringer pålydende 31.12	318 542	259 483

*) Kreditnoater i forbindelse med priskorreksjon sykehotell

Årsregnskap

Note 15 - Kontanter og bankinnskudd

Oslo universitetssykehus HF

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016
Innestående skattetrekksmidler	511 501	507 681
Andre bundne konti	55 102	88 421
Sum bundne bankinnskudd	566 603	596 102
Bankinnskudd og kontanter som ikke er bundet		425
Sum bankinnskudd og kontanter	566 603	596 527

Oslo universitetssykehus HF har en kredittramme på 2 816 mnok tilknyttet konsernkontoordningen.

Av trekkrammen er det benyttet 1 664 mnok

Trekk på konsernkontoordning er klassifisert som kortsiktig gjeld i Helse Sør-Øst RHF og i foretaksgruppen.

Årsregnskap

Note 16 - Egenkapital

Oslo universitetssykehus HF

(Alle tall i NOK 1000)

	Foretaks- kapital	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderings- forskjeller	Minoritets- interesser	Annen egenkapital	Total Egenkapital
EGENKAPITAL 31.12.16						
Inngående balanse 1.1	100	11 692 995			-3 549 864	8 143 231
Korrigeringer IB, spesifiser nedenfor						
Åpningsbalanse korrigert	100	11 692 995			-3 549 864	8 143 231
Egenkapitaltransaksjoner, spesifiser nedenfor						
Overføring av strukturfond						
Minoritetsinteresse						
Årets resultat					282 653	282 653
Egenkapital 31.12.16	100	11 692 995			-3 267 211	8 425 884

	Foretaks- kapital	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderings- forskjeller	Minoritets- interesser	Annen egenkapital	Total Egenkapital
EGENKAPITAL 31.12.17						
Inngående balanse 1.1	100	11 692 995			-3 267 211	8 425 884
Korrigeringer IB, spesifiser nedenfor						
Åpningsbalanse korrigert	100	11 692 995			-3 267 211	8 425 884
Egenkapitaltransaksjoner, spesifiser nedenfor						
Virksomhetsoverdragelse Rettsmedisinsk institutt		45 060				45 060
Overføring av strukturfond						
Minoritetsinteresse						
Årets resultat					241 570	241 570
Egenkapital 31.12.17	100	11 738 055			-3 025 641	8 712 514

Årsregnskap

Note 17 - Pensjoner

Oslo universitetssykehus HF

(Alle tall i NOK 1000)

2017 2016

Oslo universitetssykehus HF har pensjonsordninger som omfatter i alt 63225 personer, hvorav 19181 er yrkesaktive, 31696 er oppsatte og 12348 er pensjonister. Ordningene gir rett til definerte fremtidige ytelser etter sluttlønnprinsippet. Disse er i hovedsak avhenge av antall opptjeningsår, stillingsfaktor og lønnsnivå ved nådd pensjonsalder. Pensjonsytelsene samordnes med folketrygdens ytelser. Foretakets pensjonsansvar i forhold til den ordinære tariffestede tjenestepensjonsordningen er dekket gjennom pensjonsordningene. Felles kommunal pensjonsordning, pensjonsordningen for sykehusleger og pensjonsordningen for sykepleiere i Kommunal Landspensjonskasse, SPK, Akershus fylkeskommunale pensjonskasse og Oslo pensjonsforsikring AS. I tillegg til den ordinære tjenestepensjonsordningen kommer ytelser i form av Avtalefestet pensjon (AFP) til aldersgruppen 62 til og med 66 år. AFP etter 65 år er dekket med tilskudd og utjevnet på risikofellesskapet i den enkelte "multiemployer plan".

Pensjonsforpliktelse

Brutto påløpte pensjonsforpliktelse	40 252 861	37 699 693
Pensjonsmidler	-34 514 897	-32 948 094
Netto pensjonsforpliktelse	5 737 964	4 751 598
Arbeidsgiveravgift på netto pensjonsforpliktelse	809 053	669 975
Ikke resultatført tap/(gev) av estimat- og planavvik inkl ag	-7 490 311	-7 374 911
Netto balanseførte forpliktelse inkl arbeidsgiveravgift	-943 294	-1 953 337

Herav balanseført netto pensjonsforpliktelse inkl aga	1 442 799	740 268
Herav balanseført netto pensjonsmidler inkl aga	2 386 093	2 693 605

Spesifikasjon av pensjonskostnad

Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året	1 743 008	1 596 574
Rentekostnad på pensjonsforpliktelsen	1 001 195	976 107
Årets brutto pensjonskostnad	2 744 203	2 572 681
Forventet avkastning på pensjonsmidler	-1 194 807	-1 036 244
Administrasjonskostnad	132 525	121 536
Netto pensjonskostnad inkl adm.kost	1 681 921	1 657 974
Aga netto pensjonskostnad inkl adm kost	243 469	241 193
Resultatført actuarielt tap/(gevinst)	269 846	264 985
Resultatført aga av actuarielt tap/(gevinst)	38 048	37 363
Resultatført planendring	0	25 267
Årets netto pensjonskostnad	2 233 284	2 226 781

Pensjonsmidler - premiefond

Brutto pensjonsmidler inkluderer premiefond med følgende beløp og bevegelser i løpet av regnskapsåret:

Premiefond 01.01.	1 374 674
Tilførte premiefond	263 513
Uttak fra premiefond	-730 244
	907 943

Økonomiske forutsetninger

Diskonteringsrente	2,4	2,6
Forventet avkastning på pensjonsmidler	4,1	3,6
Årlig lønnsregulering	2,5	2,5
Årets pensjonsregulering	1,48	1,5
Regulering av folketrygdens grunnbeløp	2,25	2,25

Pensjonskostnaden for 2017 er basert på forutsetninger i veiledning om pensjonsforpliktelser utarbeidet av Norsk regnskapsstiftelse.

Det er utarbeidet et beste estimat for pensjonsforpliktelser pr. 31.12.2017 basert på de økonomiske forutsetningene som er angitt for 2017. Basert på avkastningen i pensjonskassene for 2017 er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene pr. 31.12.2017. Pensjonsordningen tilfredsstiller kravene i Lov om offentlig tjenestepensjon

Demografiske forutsetninger

Med hensyn på dødelighet og uførhet mv. er det i beregningene benyttet forutsetninger som i pensjonskassens forsikringstekniske beregningsgrunnlag.

	2017		2016				
	K2013BE		K2013BE				
Anvendt dødelighetstabell	K2013BE		K2013BE				
Forventet uttakshyppighet AFP	15-46%		15-46%				
Frivillig avgang for sykepleiere (i %)							
Alder i år	<20	20-25	26-30	31-40	41-49	50-55	>55
Sykepleiere							
Frivillig avgang for sykehusleger og fellesordning (i %)							
Alder i år	<24	24-29	30-39	40-49	50-55	>55	
Sykehusleger							
Fellesordning							

Årsregnskap

Note 18 - Andre avsetninger for forpliktelser

Oslo universitetssykehus HF

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016
Tariffestet utdanningspermisjon (overlege/psyk.spes.)	275 891	265 094
Investeringsstilskudd	684 655	720 197
Andre avsetninger for forpliktelser	*	356 688
Sum avsetning for forpliktelser	1 287 449	1 341 978

*) Utsatt inntekt på investeringsstilskudd utover HSØ

Avsetning for overlegepermisjoner omfatter 1608 overlege- og psykologspesialistårsverk.

Uttakstilbøyeligheten er satt til 59.98 % for overlegestillingene og 59.98 % for psykologspesialister

Overordnede leger og spesialister i Oslo universitetssykehus HF har avtafefestet rett til fire måneders studiepermisjon hvert femte år.

Under permisjonen mottar overlegene og spesialistene lønn. Lønnen kostnadsføres og avsettes som en langsiktig forpliktelse etter hvert som retten opparbeides. Uttakstilbøyeligheten kan variere mellom foretak i Helse Sør-Øst og internt mellom de enkelte avdelinger i foretakene.

Årsregnskap

Note 19 - Kortsiktig gjeld

Oslo universitetssykehus HF

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016
Annen kortsiktig gjeld		
Leverandørgjeld	697 663	527 174
Kortsiktig gjeld til foretak i foretaksgruppen Helse Sør-Øst	*) 1 952 861	3 014 531
Påløpte feriepenger	1 297 924	1 226 552
Påløpte lønnskostnader	333 299	421 595
Kortsiktig gjeld til tilknyttede selskaper		
Annen kortsiktig gjeld	***) 1 426 136	1 229 655
Annen kortsiktig gjeld	5 707 884	6 419 507

*) Trekk på konsernkontoordning inkludert med 1.664 mnok, dette er klassifisert som kortsiktig gjeld i foretaksgruppen.

***) Forpliktelser overførbare forskningsprosjekt inkludert med 1.080 mnok og andre påløpte kostnader med 270 mnok

***) Avsetning for pasientskadeerstatning inkludert med 1,6 mnok

Årsregnskap

Note 21 - Eiers styringsmål

Oslo universitetssykehus HF

(Alle tall i NOK 1000)

	2017	2016
Årsresultat	241 570	282 653
Korrigerings for endrede levetider		
Korrigert resultat	241 570	282 653
Endrede pensjonskostnader som er blitt hensyntatt i resultat		
Resultat jf økonomiske krav fra HOD	241 570	282 653
Resultatkrav fra HOD	250 000	225 000
Avvik fra resultatkrav	-8 430	57 653

Årsregnskap

Note 22 - Proforma momskompensasjon

Oslo universitetssykehus HF

(Alle tall i NOK 1000)

	Faktisk kostnad 2017	Kompensert momskomp.
Driftskostnader		
Kjøp av helsetjenester	92 548	6 375
Varekostnad	1 934 060	476 650
Lønn og annen personalkostnad	43 629	8 230
Ordinær avskrivning		
Nedskrivning		
Annen driftskostnad	879 889	181 833
Tilbakebetalt momskompensasjon	2 950 126	673 088

Tallkolonne viser refusjonsberettiget merverdiavgift for kostnader i regnskapsåret 2017. Kompensert merverdiavgift for innkjøpte varer og andre utgifter som er balanseført inngår ikke (i denne oppstillingen).

Gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2016-2017) for Helse- og omsorgsdepartementet er det fra 1.januar 2017 innført en ordning med nøytral merverdiavgift for helseforetakene. Innføringen innebærer at helseforetakene får kompensert merverdiavgift på en rekke varer og tjenester som inngår i driften av virksomheten. Ordningen skal være budsjettneutryl for staten i innføringsåret. Dette innebærer at basisrammen til de regionale helseforetakene er redusert tilsvarende det som er forventet å bli refusjonsomfanget for helseregionene sett under ett. Inntektsreduksjonen er delt mellom helseregionene i tråd med ordinær inntektsfordelingsmodell. For OUS HF innebærer dette at basisrammen for 2017 er redusert med 890 mill. kroner. Samtidig er driftskostnadene redusert tilsvarende faktisk kompensert merverdiavgift etter ordningen. For OUS HF utgjør dette totalt 736 mill. kroner i 2017. I tillegg kommer reduserte kostnader på kjøp av varer- og tjenester fra Sykehuspartner HF og HSØ Forsyningssenteret, som også er omfattet av ordningen. For OUS HF sin del utgjør dette reduserte kostnader med kroner 140 mill. kroner i 2017. Samlet sett er altså kostnadene redusert med kroner 876 mill. kroner i 2017.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 22. mars 2018

Saksbehandler: Visadministrerende direktør økonomi og finans
Viseadm. direktør fag, pasientsikkerhet og samhandling

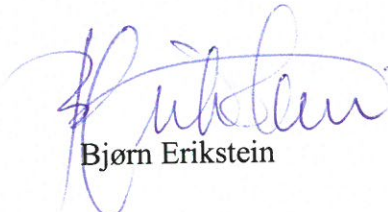
Vedlegg: 1. Tabellvedlegg - månedsrapport februar 2018
2. Periodisert resultatbudsjett 2018

SAK 17/2018 RAPPORT PER FEBRUAR 2018

Forslag til vedtak:

1. *Styret tar rapporteringen per februar til orientering.*
2. *Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler om investeringer i medisinskteknisk utstyr og bygg for 120 millioner kroner av investeringsrammen for 2019.*

Oslo den 15. mars 2018



Bjørn Erikstein

1. Innledning – styringsmål 2018

I oppdragsdokument 2018 fra Helse Sør-Øst RHF fremgår det at virksomheten i Oslo universitetssykehus 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.

2. Sammendrag

Gjennomgang av status og resultater for 2018 beskrives under.

- I februar var gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter 58 dager. Dette er en reduksjon på 4 dager sammenlignet med samme periode i 2017. For pasienter som venter på utredning/behandling var gjennomsnittlig ventetid per utgangen av februar 51 dager. Dette er en reduksjon på 5 dager fra samme periode i 2017.
- Antall fristbrudd av ventende pasienter per utgangen av februar var 59. Dette er 15 høyere enn rapportert på samme tidspunkt i 2017.
- Antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer per utgangen av februar var 17 mot 60 ved utgangen av samme periode i 2017.
- Andel kreftpasienter som er inkludert i pakkeforløp var 61 prosent i februar 2018 og andelen pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid var 59 prosent.
- Registrert aktivitet innenfor somatikken er til og med februar 2018 3,4 prosent, tilsvarende 1 440 ISF-poeng, bak budsjett.
- Innenfor psykisk helsevern for voksne er den rapporterte aktiviteten hittil i 2018 noe lavere enn budsjettet for antall døgnopphold. Antall polikliniske konsultasjoner er noe lavere enn budsjettet.
- Innenfor psykisk helsevern for barn og unge er døgnvirksomheten betydelig høyere enn budsjettet mens den polikliniske aktiviteten er en del lavere.
- Den polikliniske aktiviteten innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er hittil i 2018 lavere enn budsjettet mens døgnvirksomhetene er om lag som budsjettet.
- Rapportert økonomisk resultat etter februar 2018 viser et underskudd 37 millioner kroner (korrigert for forventet rammereduksjon som følge av reduserte pensjonskostnader) , mot et budsjettet overskudd på 29 millioner kroner. Dette gir et negativt budsjettavvik på 66 millioner kroner. Hensyntatt manglende inntektsføring av aktivitetsbaserte inntekter med 14 millioner kroner, er det et negativt budsjettavvik på 52 millioner kroner.
- Gjennomsnittlig antall brutto månedsverk for perioden januar til mars 2018 er 18 953. Dette er en økning på 273 fra samme periode i 2017. Økningen på 273 månedsverk gjelder i hovedsak ordinær drift hvor det er en økning på 289.
- Sykefraværet hittil i 2018 (for januar da sykefravær rapporteres med 2 måneders forsinkelse) var 8,1 prosent.

3. Administrerende direktørs vurderinger

Ved starten av 2018 har helseforetaket gode resultater innenfor ventelisteområdet. Resultatene innenfor pakkeforløp er imidlertid lavere enn de nasjonale målene. Dette gjelder både for andel nye kreftpasienter inkludert i pakkeforløp og andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstider. Det arbeides målrettet for å bedre måloppnåelsen.

Aktiviteten innenfor somatikken er lavere enn budsjettet, og som følge av dette er den økonomiske utviklingen hittil i 2018 svært bekymringsfull. Etter to måneders drift i 2018 har foretaket rapportert et negativt avvik i forhold til budsjett på 66 millioner kroner. Justert for manglende aktivitetsbaserte inntekter (ISF- og gjestepasientinntekter) på 14 millioner ville rapportert negativt avvik etter februar vært tilsvarende lavere, det vil si – 52 millioner kroner i stedet for – 66 millioner kroner.

Helseforetakets og klinikkens resultater etter februar ble gjennomgått i administrerende direktørs ledermøte tirsdag 13. mars. I klinikkvise oppfølgingsmøter fredag 16. mars er klinikkene bedt om å redegjøre nærmere for årsakene til avvikene, behov for nye tiltak og gi en oppdatert årsprognose for økonomisk resultat, aktivitet og bemanning. Dette vil sammenstilles på foretaksnivå og brukes til å vurdere behov for eventuelle nye tiltak på foretaksnivå frem mot styremøtet. Status og vurderinger av aktuelle tiltak vil bli lagt frem for styret i møte 22. mars.

4. Tilgjengelige helsetjenester

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

4.1. Status ventetider

I oppdragsdokumentet for 2018 har Helse Sør-Øst RHF stilt krav om at gjennomsnittlig ventetid innenfor somatikken skal være under 57 dager. Innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det satt som mål at gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager. I februar var gjennomsnittlig ventetid for alle avviklede pasienter 58 dager. Dette er en reduksjon på 4 dager sammenlignet med samme periode i 2017. Innenfor Klinikk for psykisk helse og avhengighet var gjennomsnittlig ventetid til avvikling i februar 43 dager.

For pasienter som venter på utredning/behandling var gjennomsnittlig ventetid per utgangen av februar 51 dager. Innenfor Klinikk for psykisk helse og avhengighet var gjennomsnittlig ventetid for ventende 31 dager. Samlet er dette en reduksjon på 5 dager fra samme tidspunkt i 2017.

Gjennomsnittlig ventetid til avvikling er høyest i Avdeling for gastro og barnekirurgi og i Akuttklinikken (smertebehandling). Ventetiden i akuttklinikken skyldes økt pågang til radiofrekvensbehandling.

4.2. Status langtidsventende (ventet 12 måneder eller mer)

Per utgangen av februar var antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer 17. Sammenlignet med samme periode i 2017 er det en reduksjon på 43 langtids-

ventende. Ved gjennomgang av de 17 var tre reelle langtidsventende, utsatt av medisinsk årsak ved plastkirurgisk avdeling. De resterende 14 var feilregistreringer.

4.3. Status fristbrudd

Per utgangen av februar var det 59 fristbrudd for ventende pasienter. Sammenlignet med samme tidspunkt i 2017 er dette en økning på fristbrudd. Årsaken til at fristbrudd ventende ikke er i null skyldes i stor grad at time er avtalt og tildelt pasient kort tid etter frist, forsinkelser i oppretting av ikke registrerte rettighetsopplysninger fra andre helseforetak, manglende registrering eller feil registrering av utsattkode eller av ventetid slutt, og forsinkelse i utredning kvittering av prøvesvar fra ALERIS til seksjon for Bryst og endokrinkirurgi. I Avdeling for urologi har det vært manglende kapasitet pga defekt utstyr. Forebygging av fristbrudd pågår kontinuerlig og i de tilfeller hvor pasientene må vente utover frist, kontaktes pasienten for samtykke til forlenget ventetid. Dette blir i de fleste tilfeller journalført. For pasienter med truende fristbrudd ble det i februar meldt 28 pasienter til HELFO med sikte på å finne et alternativt behandlingstilbud. 9 av disse har mottatt tilbud fra HELFO (6 innenfor gastro barn og 3 innenfor urologi). De resterende er likevel håndtert av Oslo universitetssykehus HF. Seksjon for nevrohabilitering har meldt 12 pasienter til HELFO. Sakene er ikke avsluttet i HELFO, men blir av erfaring tilbakeført til Oslo universitetssykehus HF pga manglende behandlingstilbud (for Kapellveien) annet sted.

4.4. Pakkeforløp for kreftpasienter

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

Kreftpasienter registrert i pakkeforløp	Per januar 2018		Per februar 2018	
	Antall nye kreftpas.	Andel i pakkeforløp	Antall nye kreftpas.	Andel i pakkeforløp
OA1 Nye kreftpasienter i pakkeforløp	441	62 %	862	61 %

Innfrielse av forløpstid	Antall forløp	Andel innen forløpstid	Antall forløp	Andel innen forløpstid
OF4K Kirurgisk behandling	157	55 %	305	64 %
OF4M Medikamentell behandling	69	51 %	120	63 %
OF4S Strålebehandling	46	37 %	75	37 %
OF4O Overvåking uten behandling	21	43 %	34	44 %
OF4 Samlet alle behandlingsformer	293	51 %	534	59 %

De første månedene av 2018 har både andelen kreftpasienter registrert i pakkeforløp og andelen gjennomført innenfor standard forløpstider vært lavere enn i siste halvår 2017. For andel innen normert forløpstid er det stor forskjell på januar og februar. I henhold til interne styringssystem er andelen både for februar og frem til nå i mars over 70 prosent. Manglende måloppnåelse gjelder for alle behandlingsmodaliteter. Det er identifisert 7 forløp hvor kapasiteten bør økes om sommeren hvorav 4 forløp hvor kapasiteten må økes for sommeren 2018. Dette gjelder brystkreft, prostatakreft, livmorkreft og eggstokkreft.

Sykehuset gjennom Driftsstyret for kreft har ambisjon om å utvikle standardiserte pasientforløp for alle kreftforløp. Arbeidet er startet opp og første forløp som ble

beskrevet var livmorhalskreft. Der er forløpstidene vesentlig bedre i 2017 enn i 2016. Driftsstyret vil følge opp implementering av standardiserte pasientforløp gjennom 2018 og 2019 og med en konkret tidsplan. Blant annet skal det utarbeides standardiserte forløp for de andre gynekreft-forløpene og ambisjonen er at det skal medføre bedring i forløpstider også for disse

Det gjennomføres regelmessig en detaljert oppfølging av de ulike pakkeforløpene (ved forløpsleder). Tiltak omfatter utarbeidelse av standardiserte pasientforløp, organisering og prioritering av henvisninger, samarbeid med henvistende instans for å sikre fullstendige henvisninger og innføring av regionale MDT-møter (møter i tverrfaglige team) som kom i gang på slutten av 2017. I tilknytning til drøfting av samarbeidet om regionale MDT-møter, er det også tatt opp forbedringspunkter på andre områder i samhandlingen om pasientforløp mellom regionsykehus og andre helseforetak i Helse Sør-Øst som standardiserte henvisningsskriv. Dette vil bli fulgt opp i 2018. Tiltakene involverer mange aktører i sykehuset, tiltakene må differensieres i forhold til de enkelte forløpene og det tar tid å få samlet resultater av arbeidet.

5. Pasientbehandling

5.1. Aktivitet somatikk

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

I budsjettet for 2018 ble beregnet en negativ effekt fra nytt regelverk for 2018 med om lag 1 200 ISF-poeng for Oslo universitetssykehus HF. Endelig grupper viser at den negative effekten er betydelig større, samlet om lag 2 600 DRG-poeng, dvs en økt negativ effekt på 1 400 poeng. I tillegg kommer effekt på budsjettert aktivitetsvekst fra 2017 til 2018. Klinikkenes budsjetter er kompensert for effekt av ISF-regelverk/nye vekter for 2018. De samlede endringene er betydelig større enn det som kan betegnes som «vanlig» og flere av endringene kom i siste versjon av grupper for 2018. Dette er endringer som slår negativt ut for Oslo universitetssykehus HF og som foretaket så langt ikke forstår fullt ut. De største usikkerhetsmomentene knyttes til:

- Effekter av nye særkoder innenfor blant annet øyeblikkelig hjelp
- Endringer der det er foretatt splitting av DRG'er/opprettet nye DRG'er
- Noe usikkerhet knyttet til komplettethet i koding

For perioden januar og februar 2018 er det rapportert 40 597 ISF-poeng, mens det er budsjettert med 42 039. Dette gir et negativt avvik på 1 443 ISF-poeng. Sammenligning med 2017 viser at antall ISF-poeng for aktivitet utført i Oslo universitetssykehus HF er redusert med 320 ISF-poeng, tilsvarende 0,8 prosent. Aktiviteten er da målt med samme regelsett for begge årene slik at tallet gir en indikasjon på en reell nedgang.

Per februar er det samlede avviket i klinikkene noe større enn for foretaket samlet, mens det er et positivt avvik for pasientadministrerte legemidler som så langt er holdt utenfor klinikkens budsjetter. Årsaken til avvikene vurderes å være knyttet til både endringer i ISF-regelverket, periodisering, forsinkelser i tiltak mv. Det arbeides med å få en bedre oversikt over dette frem mot styremøtet 22. mars, jf. omtale ovenfor.

Det er bare Ortopedisk klinikk og Hjerter-, lunge- og karklinikken som har en registrert aktivitet omtrent som budsjettert etter to måneder.

5.2. Aktivitet psykisk helsevern for voksne

Innenfor voksenpsykiatrien er det hittil i år skrevet ut 5,8 prosent (21) færre pasienter, mens antall liggedøgn er 2,7 prosent (318) høyere enn budsjettert.

Antall polikliniske konsultasjoner hittil i 2018 er noe lavere enn budsjettert. Det er hittil i år 2,4 prosent (398) færre polikliniske konsultasjoner enn budsjettert. Det negative avviket knyttes til en midlertidig aktivitetsreduksjon knyttet til flytting av Seksjon for tidlig psykose fra Majorstua til Gaustad samt naturlige variasjoner i sykefravær, avvikling av ferie, permisjoner og avvikling av kurs for klinisk personell.

5.3. Aktivitet psykisk helsevern for barn og unge

Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er det hittil i år skrevet ut 56,3 prosent (16) flere pasienter. For antall liggedøgn er det et positivt avvik på 532 liggedøgn. Dette knyttes til Front Ungdom hjemmesykehus. Det er stor etterspørsel etter denne typen tilbud. Mange pasienter har stort behov for stabilitet hjemme, og bruk av Front Ungdom vurderes å være et godt tilbud for disse.

Antall polikliniske konsultasjoner hittil i år er 13,1 prosent (1 133) lavere enn budsjett. I hovedsak skyldes det negative avviket at det er flere vakante stillinger pga sykdom og noe turnover som resulterer i lavere behandlerkapasitet enn forutsatt i budsjett.

5.4. Aktivitet tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Innenfor TSB er det hittil i år skrevet ut 1,3 prosent (5) flere pasienter enn plantall og antall liggedøgn er i samme periode 5,9 prosent (235) høyere enn plantall. Det jobbes med å videreføre arbeidet knyttet til inntak og drop-out. Arbeidet gav gode resultater i januar hvor det var godt oppmøte og få avbrudd i behandlingen.

Antall polikliniske konsultasjoner hittil i år er 7 prosent (307) lavere enn budsjett. Dette skyldes noe høyere sykefravær i januar og februar, samt flere klinisk personell på kurs.

6. Økonomi

6.1. Budsjettert overskudd i 2018

Oslo universitetssykehus HF budsjetterte med et overskudd for 2018 på 175 millioner kroner, 14,6 millioner kroner per måned. Periodisert resultatbudsjett følger som vedlegg 2 til denne saken.

6.2. Pensjonskostnad i 2018

For 2018 har Oslo universitetssykehus HF budsjettert med en pensjonskostnad på 2 132 millioner kroner. Oppdaterte NRS-beregninger fra januar 2018 viste imidlertid 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.

I revidert nasjonalbudsjett som legges frem i mai 2018, forventes det at basisrammen blir redusert tilsvarende reduksjonen i pensjonskostnad slik at endringen ikke forventes å påvirke foretakets økonomiske handlingsrom i 2018.

6.3. Rapportert resultat

Det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF viser etter februar 2018 et regnskapsmessig underskudd på 16,4 millioner kroner, mot et budsjettert overskudd på 29,2 millioner kroner. Dette gir isolert sett et negativt avvik i forhold til budsjett på 45,6 millioner kroner. Nye pensjonskostnadsberegninger for 2018 viser imidlertid som nevnt ovenfor en reduksjon sammenlignet med budsjett. Helse Sør-Øst RHF har bedt foretakene bokføre de nye pensjonskostnadene, men samtidig korrigere resultatet for effekten av en tilsvarende forventet rammereduksjon i Revidert nasjonalbudsjett for å få fram det reelle budsjettavviket. Når nevnte forventede rammereduksjon hensynstas øker det negative avviket til minus 66 millioner kroner etter februar.

I forbindelse med analyse av avvik rapportert per februar er det etter at regnskapet ble avsluttet, identifisert at det mangler aktivitetsbaserte inntekter (ISF- og gjestepasientinntekter) for om lag 14 millioner kroner. Dette er knyttet til aktivitet for pasienter fra Trøndelag og Vestfold, hvor det har vært kommuneendringer fra årsskiftet, og hvor nye kommunenumre mangler på inntektsgrunnlaget som er brukt ved rapporteringen februar. Justert for denne feilen i regnskapet ville rapportert negativt avvik etter februar vært tilsvarende lavere, dvs – 52 millioner kroner.

Den somatiske aktiviteten er betydelig lavere enn budsjettert, og dette er hovedårsaken til det negative budsjettavviket. Inntektsavviket knyttet til aktivitet er på 77 millioner kroner for de to første månedene i år samlet (eller 63 mill kroner når nevnte feil i regnskapet hensyntas). Økt negativ gruppereffekt (isolert virkning av endrede DRG-vekter mv utover det som ble lagt til grunn i budsjettet, jf omtale ovenfor) er beregnet å utgjøre 6-7 millioner kroner av dette avviket.

Med unntak av Ortopedisk klinikk og Hjerte-, lunge- og karklinikken har de øvrige somatiske klinikkene store negative aktivitetsavvik, og dermed store resultatavvik. Frem mot klinikkvise oppfølgingsmøter fredag 16. mars arbeider klinikkene med å finne årsakene til lav aktivitet. Dette vil deretter bli lagt frem for styret i møte 22. mars sammen med en vurdering av hvordan disse avvikene kan lukkes. For laboratorieområdet er det lagt til grunn at inntektsreduksjon innenfor medisinsk genetikk blir kompensert med inntil 200 millioner kroner med bakgrunn i tilbakemelding fra fra Helse Sør-Øst RHF datert 6. mars. Det er imidlertid behov for ytterligere dialog for å sikre at dette blir håndtert riktig samt avklare hvordan dette mer detaljert skal rapporteres. Redusert faktor for fakturering av inneliggende pasienter, som ble besluttet etter at endelig budsjett ble lagt for 2018, medfører alene et inntektsbortfall på 3-4 millioner kroner hittil i år (foreløpige vurderinger).

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

Tall i MNOK	Avvik per februar		Kommentarer til avvik justert for avvik innenfor øremerkede prosjekter.
	Rapportert avvik	Justert avvik	
Basisramme	0	-	-
Aktivitetsbaserte inntekter	-77	-77	innenfor somatikken og økt negativ groupereffekt.
Andre inntekter	-23	-1	Avvik knyttes til uavklart laboratoriefinansiering.
Sum driftsinntekter	-101	-78	
Lønn - og innleiekostnader	12	4	Ekskl positivt avvik for pensjon er det et negativt avvik på 16 mnok.
Kjøp av helsejenester	8	-8	Noe høyere kostnader til kjøp av helsejenester enn budsjettet.
Varekostnader mv	23	27	Noe lavere varekostnader som følge av lavere aktivitet.
Andre driftskostnader	13	11	Noe lavere avskrivninger/nedskrivninger. Mindre kostnader IKT og stab mv.
Sum driftskostnader	56	34	
Driftsresultat	-45	-45	
Netto finans	-1	-1	-
Resultat OUS	-46	-46	
Endrede pensjonskostnader	20	20	Basisrammen forventes redusert tilsvarende.
Resultat justert for endret pensj.kostnad	-66	-66	

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

6.4. 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 (kontantstrøm fra investeringsaktiviteter) i 2018 anslått til 1 435 millioner kroner. Forskjellen mellom vedtatt investeringsbudsjett og planlagt gjennomføring i 2018 skyldes en kombinasjon av investeringer utført i 2017, men forskuttet av rammen for 2018, overheng inn i 2018 (dvs investeringer besluttet tidligere år, men som først gjennomføres i 2018) og forventede overheng inn i 2019.

I tabellvedlegget vises planlagt gjennomføring for 2018 samt prognose for 2018.

Ved utgangen av februar var regnskapsførte investeringer 89 millioner kroner. Dette er 114 millioner kroner lavere enn planlagt, hvorav anskaffelser av medisinsk-teknisk utstyr utgjorde 63 millioner kroner og investeringer i bygg 44 millioner kroner.

Årsaken til at gjennomførte anskaffelser av medisinsk-teknisk utstyr er lavere enn planlagt skyldes en noe optimistisk fremdriftsplan tidlig i året. Prosessen for å komme i gang med prosjekter innenfor tilsynsavvik og oppgraderinger har vist seg å være mer tidkrevende enn tidligere lagt til grunn, og dette er hovedårsaken til det lave pådraget på bygg. Årsestimatet for investeringer er redusert med 193 millioner kroner. Herav gjelder om lag 180 millioner kroner lukking av tilsynsavvik og oppgraderinger, som finansieres med 70 pst. lån fra Helse Sør-Øst RHF.

5.4. Fullmakt til å gjennomføre investeringer

I vedtatt investeringsbudsjett for 2018 er det budsjettert med 176 millioner kroner til sammenbrudd, herav 150 millioner kroner til erstatning av medisinskteknisk utstyr. Planlegging, utlysning og gjennomføring av anskaffelser av medisinsk-teknisk utstyr er tidkrevende. Det kan ta inntil et år før beslutningen er fattet til utstyret er levert, prøvet ut og regnskapsført. Det er derfor viktig å ha en god og forutsigbar prosess slik at budsjetterte anskaffelser og utbedringer lar seg gjennomføre i praksis. Videre er hele rammen for sammenbrudd 2018 benyttet og nye sammenbrudd må finansieres av investeringsrammen for 2019. Administrerende direktør ber derfor om fullmakt til å starte prosessen og inngå avtaler om anskaffelse av medisinskteknisk utstyr og tilpasninger av bygg for inntil 120 millioner kroner av investeringsrammen for 2019. Som tidligere vil anskaffelsene i 2018 (dvs det som blir levert innen årets slutt) holdes innenfor tildelt likviditetsramme.

6.5. 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 februar var benyttet driftskreditt om lag som budsjettert. Som følge av det reduserte årsestimatet for investeringer er årsetimatet for økt trekk på bevilget driftskreditt redusert til 40 millioner kroner.

7. Bemanning og sykefravær

7.1. Bemanningsutvikling

Gjennomsnittlig brutto månedsverk per mars 2018 er 18 953, og har økt med 273, tilsvarende 1,5 prosent, sammenlignet med tilsvarende periode i 2017.

Internt finansierte månedsverk er per mars 17 466, 0,9 prosent høyere enn budsjettert, og viser en økning på 273 (1,7 prosent) sammenlignet med 2017. Økningen på 273 brutto månedsverk fordeles på en økning i internt finansierte månedsverk på 289 og en nedgang på 16 eksternt finansierte månedsverk. Bemanningstallene per mars 2017 vil bli gått nærmere gjennom med klinikkene de nærmeste dagene. Dette gjelder spesielt de klinikker har en økning utover planlagte bemanningsøkninger.

Under programmet "Forbedring av driften 2017-2020" leder HR prosjektene for reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk, forbedret bruk av GAT bemanningsplanlegging, og bruk av variabel lønn. Det arbeides med å implementere beslutninger fra administrerende direktørs ledermøte, herunder plan for klinikkvis innfasing av tiltak for reduksjon i variabel lønn.

7.2. Sykefravær

Sykefraværet per januar 2018 er 8 prosent, fordelt på 3,3 prosent korttidsfravær og 4,7 prosent langtidsfravær. Korttidsfraværet, som særlig er et uttrykk for sesongbasert sykefravær, har økt noe i vintermånedene men er ikke høyere enn hva man kan forvente disse månedene. Samlet fravær i januar 2018 er uendret fra januar 2017.

Styresak 17/2018 Tabellvedlegg – månedssrapport februar 2018

Oslo universitetssykehus HF
OUS HF

Rapporteringsperiode: Februar 2018
(bemanning for mars)

Tabellvedlegg

Rapporten viser enkelte indikatorer for driften ved Oslo universitetssykehus HF

1. Innhold i tabellvedlegg

2. Pasientbehandling

2.1 Aktivitet

2.2 Ventelisteutvikling

2.3 Fristbrudd

3. Økonomi og finans

3.1 Økonomisk resultat OUS

3.2 Økonomisk resultat klinikker

3.3 Investeringer og likviditet

4 Bemanning

4.1 Bemanningsutvikling – graf OUS

4.2 Bemanningsindikatorer, internt finansierte

4.3 Utvikling sykefravær

4.4 Sykefravær per klinikk

Definisjoner årsverksindikatorer

Følgende klinikkbetegnelser er brukt i tabeller/graffer:

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

Andre forkortelser og begrep:

HIÅ: Hittil i år

Status per mnd: Akkumulerte tall

PHV: Psykisk helsevern

VOP: Voksenpsykiatri

BUP: Barne- og ungdomspsykiatri

TSB: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

1. Styringsmål 2018 (fra oppdrag og bestilling)

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

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

Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

- Mål 2018:
 1. Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Prioritere DPS og psykisk helsevern for barn og unge.
 2. Færre tvangsinnleggelses 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)

Periode: FEBRUAR 2018	Periodens tall		HITTIL I ÅR		Sammenligning 2017	
Klinikk	Avvik	Avvik i %	Avvik	Avvik i %	Endring	i %
Medisinsk klinikk	-51	-2,3 %	-164	-3,4 %	-25	-0,5 %
Hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	-215	-12,4 %	-326	-9,2 %	-121	-3,6 %
Nevroklubnikken	-202	-8,9 %	-250	-5,4 %	-77	-1,8 %
Ortopedisk klinikk	120	6,6 %	36	0,9 %	-2	-0,1 %
Barne- og ungdomsklubnikken	-80	-6,3 %	-178	-6,6 %	-112	-4,2 %
Kvinnklubnikken	-63	-3,8 %	-95	-2,8 %	112	3,5 %
Kirurgi, inflammasjonsmedisin og transpl	-319	-9,7 %	-395	-5,8 %	138	2,2 %
Kreftklubnikken	-216	-8,3 %	-234	-4,4 %	-124	-2,5 %
Hjerte-, lunge- og karklubnikken	-71	-2,4 %	-23	-0,4 %	18	0,3 %
Akuttklubnikken	-27	-18,6 %	-67	-21,7 %	-89	-26,9 %
Laboratoriemedisin	3	21,4 %	4	12,5 %	4	12,5 %
SUM TOTALT	-755	-3,7 %	-1 443	-3,4 %	-320	-0,8 %

- Estimat for forventet etterregistrering er inkludert med 250 ISF-poeng.
- 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: FEBRUAR 2018	Denne periode				Hittil i år				2018 mot 2017			
Oslo universitetssykehus HF	Resultat	Budsjett	Avvik	%	Hittil i år	Budsjett	Avvik	%	HiÅ 2018	HiÅ 2017	Endring	%
Psykisk helsevern - voksen												
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	162	186	-24	-13,0 %	350	371	-21	-5,8 %	350	381	-31	-8,1 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	5 649	5 631	18	0,3 %	11 951	11 633	318	2,7 %	11 951	12 537	-586	-4,7 %
Antall polikliniske konsultasjoner	7 763	8 162	-399	-4,9 %	16 273	16 671	-398	-2,4 %	16 273	16 517	-244	-1,5 %
Psykisk helsevern - barn og unge												
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	18	15	3	23,6 %	44	28	16	56,3 %	44	32	12	37,5 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	867	689	178	25,9 %	1 926	1 394	532	38,1 %	1 926	1 065	861	80,8 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	280	282	-2	-0,7 %	593	598	-5	-0,9 %	593	550	43	7,8 %
Antall polikliniske konsultasjoner	3 479	3 797	-318	-8,4 %	7 503	8 636	-1 133	-13,1 %	7 503	7 865	-362	-4,6 %
TSB												
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	163	199	-36	-18,1 %	385	380	5	1,4 %	385	358	27	7,5 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	1 979	2 030	-51	-2,5 %	4 227	3 992	235	5,9 %	4 227	3 896	331	8,5 %
Antall polikliniske konsultasjoner	1 880	2 125	-245	-11,5 %	4 049	4 356	-307	-7,0 %	4 049	3 998	51	1,3 %

2.1 Aktivitet radiologi per modalitet

Vektede aktivitetstall

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

	Vekter (NCRP-vekt)	Mnd 2017	Mnd 2018	HiÅ 2017	HiÅ 2018	%-vis endring 2017-2018 Mnd	%-vis endring 2017-2018 HiÅ
Modalitet		H	H	H	H	H	H
Angio	25,8	6 398	6 914	14 267	13 906	8,1 %	-2,5 %
CT	9,9	53 925	55 678	113 959	117 939	3,2 %	3,5 %
MG	18,3	7 942	8 747	17 568	17 733	10,1 %	0,9 %
MR	17,1	49 265	46 392	106 003	100 822	-5,8 %	-4,9 %
NM	12,3	6 568	6 753	14 391	14 280	2,8 %	-0,8 %
PET	37,1	13 616	13 393	32 203	30 793	-1,6 %	-4,4 %
RG	1	13 673	14 037	28 984	29 912	2,7 %	3,2 %
UL	1,9	5 694	5 502	11 886	11 761	-3,4 %	-1,1 %
MG - screen	18,3	36 984	37 497	76 421	80 923	1,4 %	5,9 %
TS	1	2 442	2 570	5 075	5 373	5,2 %	5,9 %
Totalt		196 509	197 484	420 757	423 441	0,5 %	0,6 %

H = henvisninger

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

MG = mammografi

NM = nukleærmedisin

RG = konvensjonell røntgen

2.1 Aktivitet avdeling PO/Intensiv

Aktivitet	Feb 2018	Akkumulert aktivitet Feb 2018	Feb 2017	Akkumulert aktivitet Feb 2017	Akkumulert endring 2017-2018	Endring 2017-2018 i %
Antall intensivpasienter	260	547	237	527	20	3,8 %
Antall intensivdøgn	1 080	2 259	1 118	2 279	-20	-0,9 %
Antall respiratordøgn:						
Barneintensiv, RH	84	170	94	174	-4	-2,3 %
Generell Intensiv UL	106	276	167	299	-23	-7,7 %
Generell int 1, RH	187	334	181	367	-33	-9,0 %
Generell int 2, RH	102	198	90	201	-3	-1,5 %
Nevrointensiv, Ullevål	59	136	91	168	-32	-19,0 %
PO, Aker	0	1	-	2	-1	
PO, Radium	3	5	11	25	-20	-80,0 %
PO, RH	0	-	-	-	0	
PO, Ullevål	4	14	5	11	3	27,3 %
SUM Antall respiratordøgn	545	1 134	639	1 247	-113	-9,1 %

Oversikten omfatter aktivitet ved Akuttklinikken PO/intensivenheter.

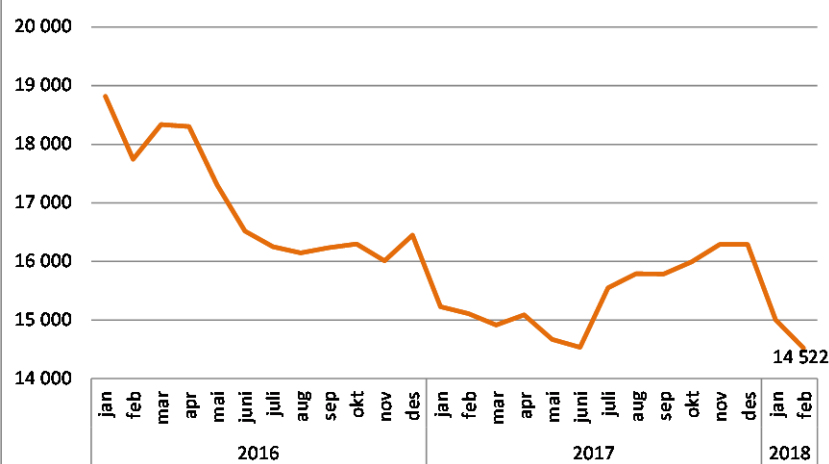
2.1 Aktivitet avdeling PO/Intensiv

Aktivitet	Feb 2018	Akkumulert aktivitet Feb 2018	Feb 2017	Akkumulert aktivitet Feb 2017	Akkumulert endring 2017-2018	Endring 2017-2018 i %
Antall PO-pasienter						
Barneintensiv, RH	32	77	32	76	1	1,3 %
Generell Intensiv UL	23	41	12	39	2	5,1 %
Generell int 1, RH	17	51	11	39	12	30,8 %
Generell int 2, RH	22	72	14	41	31	75,6 %
Nevrointensiv, Ullevål	17	39	10	23	16	69,6 %
PO, Aker	417	974	404	981	-7	-0,7 %
PO, Radium	231	517	227	520	-3	-0,6 %
PO, RH	897	1 914	896	1 948	-34	-1,7 %
PO, Ullevål	377	807	406	825	-18	-2,2 %
Sum antall PO-pasienter	2 033	4 492	2 012	4 492	0	0,0 %
Liggedøgn PO-pasienter						
Barneintensiv, RH	10	21	7	20	1	5,0 %
Generell Intensiv UL	8	17	5	17	0	0,0 %
Generell int 1, RH	6	18	2	11	7	63,6 %
Generell int 2, RH	8	19	3	12	7	58,3 %
Nevrointensiv, Ullevål	8	20	6	12	8	66,7 %
PO, Aker	69	165	79	196	-31	-15,8 %
PO, Radium	56	116	46	105	11	10,5 %
PO, RH	98	211	104	228	-17	-7,5 %
PO, Ullevål	101	226	116	232	-6	-2,6 %
Sum antall liggedøgn PO-pasienter	364	813	368	833	-20	-2,4 %

Oversikten omfatter aktivitet i Akuttklinikken.

2.2 Ventelisteutvikling – antall ventende

Antall ventende

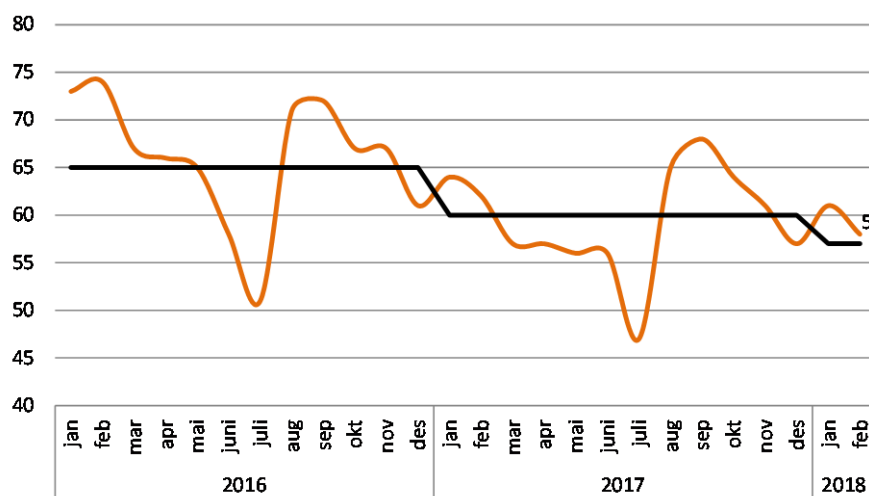


Antall ventende	2016		2017				2018		Utvikling
	nov	des	jan	feb	nov	des	jan	feb	
PHA	585	679	623	640	555	636	563	578	
MED	2 061	2 126	2 166	2 160	2 416	2 439	2 133	2 038	
HHA	2 352	2 361	2 262	2 171	2 669	2 613	2 417	2 273	
NVR	1 890	1 897	1 679	1 707	1 875	1 967	1 632	1 502	
OPK	1 901	1 817	1 592	1 613	1 539	1 539	1 432	1 449	
BAR	672	807	786	699	796	866	760	766	
KVI	1 124	1 126	992	925	829	696	747	735	
KIT	3 292	3 389	3 184	3 249	3 638	3 605	3 468	3 392	
KRE	329	286	306	322	390	350	328	325	
HLK	1 136	1 214	937	889	701	737	715	693	
AKU	108	106	106	100	177	182	176	178	
KLM	560	641	596	634	704	658	632	593	
Sum klinikker	16 010	16 449	15 229	15 109	16 289	16 288	15 003	14 522	
Diff vs. 2017									-587
Diff %									-4 %

Antall ventende = ikke avviklede henvisningsperioder

2.2 Gjennomsnittlige ventetider til avvikling

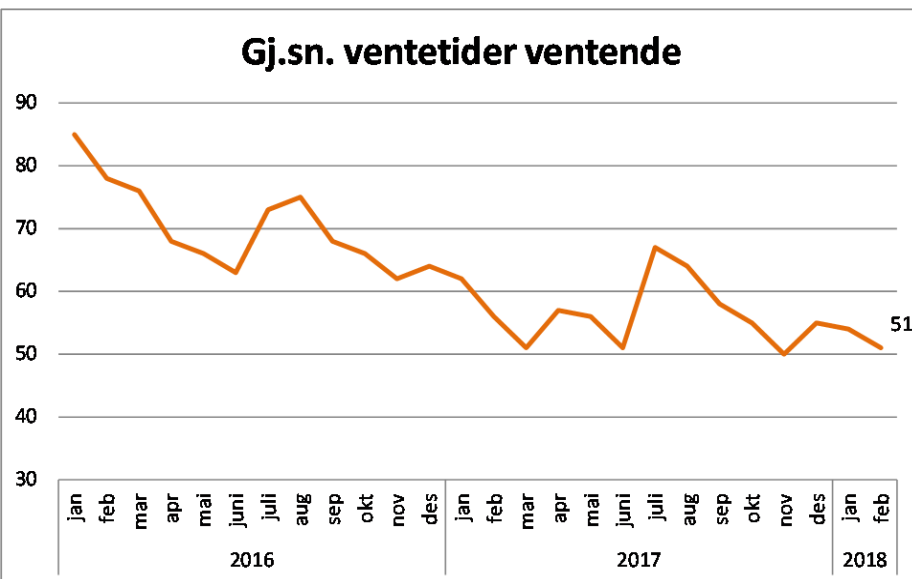
Gj.sn. ventetider til avvikling



Gj.sn. v.tid til avvikling	2016		2017				2018		Utvikling
	nov	des	jan	feb	nov	des	jan	feb	
PHA	43	39	49	53	39	42	49	43	
MED	65	58	55	56	64	56	74	62	
HHA	61	59	62	56	68	64	66	64	
NVR	65	63	66	57	56	57	58	59	
OPK	107	121	93	107	76	80	70	83	
BAR	66	59	65	62	64	60	71	64	
KVI	63	59	64	59	47	41	46	38	
KIT	76	61	66	66	74	67	64	67	
KRE	21	22	24	34	26	27	28	27	
HLK	107	72	115	106	59	66	65	58	
AKU	53	53	70	57	69	77	73	73	
KLM	34	33	34	34	35	32	39	37	
OUS	67	61	64	62	61	57	61	58	
Diff vs. 2017									-4
Diff %									-6 %

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

2.2 Gjennomsnittlige ventetider ventende

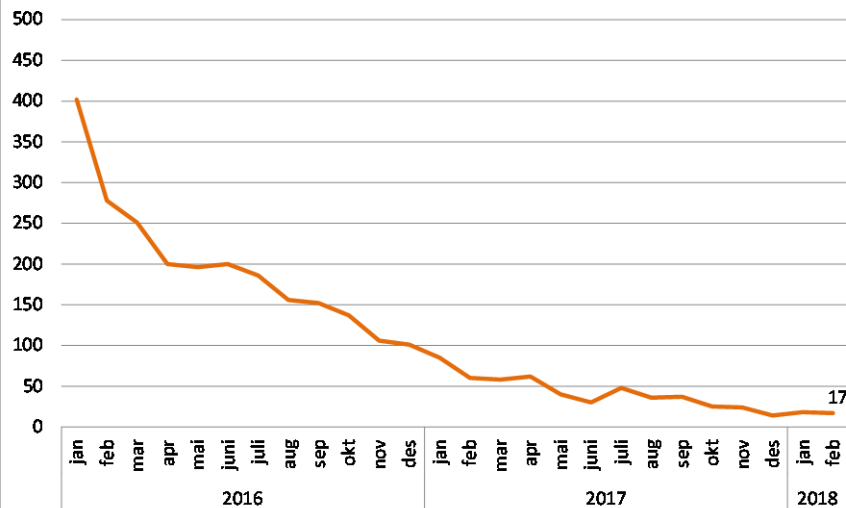


Gj.sn. v.tid ventende	2016		2017				2018		Utvikling
	nov	des	jan	feb	nov	des	jan	feb	
PHA	30	38	36	34	29	35	39	31	
MED	55	57	54	51	50	56	52	49	
HHA	65	70	65	62	57	63	60	58	
NVR	47	51	48	43	38	46	45	42	
OPK	105	101	99	82	64	65	67	61	
BAR	54	57	62	51	51	59	59	53	
KVI	47	53	47	46	32	40	32	32	
KIT	55	60	61	57	57	60	62	61	
KRE	48	31	43	70	26	30	23	23	
HLK	91	100	90	79	48	52	49	48	
AKU	39	48	41	38	64	57	60	63	
KLM	31	38	34	33	33	41	36	34	
OUS	62	64	62	56	50	55	54	51	
Diff vs. 2017									-5
Diff %									-9 %

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

2.2 Langtidsventende (≥ 12 mnd)

Ventende ≥ 12 mndr.



Antall ventet ≥ 1 år	2016		2017				2018		Utvikling
	nov	des	jan	feb	nov	des	jan	feb	
PHA	-	2	1	-	-	-	2	1	
MED	3	4	1	-	4	1	-	-	
HHA	4	6	8	11	6	3	4	5	
NVR	3	7	3	1	-	2	3	3	
OPK	70	57	47	23	2	1	1	-	
BAR	-	1	2	-	-	1	1	-	
KVI	3	4	3	6	-	-	2	-	
KIT	14	14	12	10	9	4	4	7	
KRE	7	1	5	7	2	1	-	1	
HLK	2	3	2	2	-	-	1	-	
AKU	-	-	-	-	1	-	-	-	
KLM	-	2	1	-	-	1	-	-	
Sum	106	101	85	60	24	14	18	17	
Diff vs. 2017								-43	
Diff %								-72 %	

2.3 Fristbrudd

Fristbrudd ordinært avviklede	2016		2017				2018			Utvikling
	Antall		Antall				Antall	Andel		
	nov	des	jan	feb	nov	des	jan	feb	feb	
PHA	1	-	3	1	1	2	1	1	0,4%	
MED	3	3	18	3	1	1	1	1	0,1%	
HHA	2	5	6	3	7	2	4	4	0,4%	
NVR	15	1	11	6	2	6	7	1	0,1%	
OPK	23	21	16	1	-	1	2	1	0,2%	
BAR	2	-	6	4	5	5	25	18	5,8%	
KVI	3	7	6	4	1	7	4	3	0,6%	
KIT	14	13	20	14	43	17	35	29	2,5%	
KRE	6	9	10	6	7	3	6	4	1,1%	
HLK	2	2	1	1	2	5	4	4	1,4%	
AKU	-	-	-	-	-	-	-	-	0%	
KLM	3	-	-	-	-	-	-	-	0%	
Sum	74	61	97	43	69	49	89	66	1%	
Endr fra 2017									23	
Endr i %									53 %	

Fristbrudd ventende	2016		2017				2018			Utvikling
	Antall		Antall				Antall	Andel		
	nov	des	jan	feb	nov	des	jan	feb	feb	
PHA	3	8	6	3	2	-	-	1	0,2	
MED	-	10	4	2	4	1	-	5	0,2	
HHA	1	4	5	1	1	3	2	2	0,1	
NVR	4	8	8	3	1	4	4	4	0,3	
OPK	9	12	7	3	2	3	4	-	-	
BAR	-	2	1	4	12	31	26	15	2,0	
KVI	1	1	2	-	4	-	-	-	-	
KIT	20	33	14	16	26	37	13	26	0,8	
KRE	1	7	10	11	3	12	-	3	0,9	
HLK	1	4	3	-	1	4	4	2	0,3	
AKU	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
KLM	-	-	-	1	-	-	-	1	0,2	
Sum	40	89	60	44	56	95	53	59	0,4%	
Endr fra 2017									15	
Endr i %									34 %	

Fristbrudd avviklede: Frist var overskredet på tidspunkt for avvikling.

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

3.1 Økonomisk resultat

Tall i hele 1000 kr	Budsjett 2018	Februar				Hittil i 2018			
		Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %
Basisramme	11 889 309	998 688	998 688	0	0,0 %	2 006 243	2 006 243	0	0,0 %
Aktivitetsbaserte inntekter	8 447 259	654 055	711 473	-57 419	-8,1 %	1 386 276	1 463 484	-77 207	-5,3 %
Andre inntekter	2 714 720	244 800	229 915	14 885	6,5 %	437 477	460 835	-23 358	-5,1 %
Sum driftsinntekter	23 051 288	1 897 543	1 940 076	-42 533	-2,2 %	3 829 996	3 930 561	-100 565	-2,6 %
Lønn -og innleiekostnader	15 828 574	1 343 969	1 334 616	-9 353	-0,7 %	2 698 671	2 710 429	11 758	0,4 %
Kjøp av helsetjenester	492 313	40 111	40 683	572	1,4 %	74 151	81 892	7 741	9,5 %
Varekostnader mv	2 622 536	207 353	221 091	13 738	6,2 %	424 247	447 682	23 435	5,2 %
Andre driftskostnader	3 965 783	322 133	331 261	9 128	2,8 %	653 672	666 754	13 082	2,0 %
Sum driftskostnader	22 909 206	1 913 566	1 927 651	14 086	0,7 %	3 850 740	3 906 757	56 017	1,4 %
Driftsresultat	142 082	-16 023	12 425	-28 448	-1,5 %	-20 744	23 804	-44 548	-1,1 %
Netto finans	32 918	-498	2 158	-2 656	-123,1 %	4 327	5 362	-1 035	-19,3 %
Resultat OUS	175 000	-16 520	14 583	-31 103	-1,6 %	-16 417	29 166	-45 583	-1,2 %
Endrede pensjonskostnader	0	5 278	0	5 278		20 479	0	20 479	
Resultat justert for endret pensj.kost	175 000	-21 798	14 583	-36 381	-1,9 %	-36 896	29 166	-66 062	-1,7 %

Merknad: I etterkant av rapporteringen er det identifisert at det mangler ISF-inntekter for om lag 14 millioner kroner. Justert for denne feilen i regnskapet ville rapportert negativt avvik etter februar vært tilsvarende lavere, dvs – 52 millioner kroner.

3.1 Kommentarer til resultat per ØBAK-linje

Art_ØBAK	Resultat	Budsjett	Avvik	Kommentarer til de største avikene
Basisramme	1 992 320	1 992 320	0	Inntektsføres som budsjett.
Kvalitetsbasert finansiering	13 923	13 923	0	Inntektsføres som budsjett.
ISF egne pasienter	642 626	688 745	-46 119	De totale ISF-inntektene er om lag 36 mnok lavere enn budsjett. I dette ligger et positivt avik på 11 mnok relatert til refusjon for pasientadministrerte legemidler (hovedsakelig knyttet til de nye legemidlene som ble overført i 2017 og 2018). Aviket kan i stor grad relateres til somatisk dag- og døgnbehandling. Dette har sammenheng med lavere aktivitet enn forutsatt i flere klinikker. I aviket inngår også negativt avik knyttet til negativ gruppereffekt ut over budsjettet med om lag 7 mnok.
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	149 321	150 236	-915	
ISF-refusjon fritt behandlingsvalg	0	0	0	
ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	11 777	12 177	-399	
ISF-refusjon pasientadministrerte lege	23 538	12 256	11 282	
Utskrivningsklare pasienter	2 571	561	2 009	Antall utskrivningsklare pasienter er høyere enn forventet, derfor også noe høyere inntekt.
Gjestepasienter	106 222	115 661	-9 438	Aviket kan i sin helhet relateres til somatikken og gjelder både dag-, døgn- og poliklinisk aktivitet, samt kurdøgn.
Salg av konserninterne helsetjenester	338 727	369 417	-30 690	Salg av helsetjenester til andre i egen region er om lag 31 mnok lavere enn budsjettet. Aviket gjelder i sin helhet dag-, døgn- og poliklinisk aktivitet innen somatikken. PHA har et positivt avik på om lag 1 mnok og kurdøgn et positivt avik på om lag 2,5 mnok.
Polikliniske inntekter	111 495	114 432	-2 936	Aviket er negativt med om lag 3 mnok, hvor om lag halvparten er relatert til radiologiområdet.
Andre øremerkede tilskudd	231 034	262 664	-31 630	Inntektene føres i takt med faktisk forbruk (kostnadene).
Andre driftsinntekter	206 443	198 171	8 272	Aviket gjelder mindre avik i flere av klinikkene.
Sum driftsinntekter	3 829 996	3 930 561	-100 565	
Kjøp av off helsetjenester	9 896	7 291	-2 604	
Kjøp av private helsetjenester	51 484	61 860	10 376	Lavere kostnader til kjøp av behandling i utlandet.
Varekostnader	424 247	447 682	23 435	Deler av aviket knyttes til lavere aktivitet enn budsjettet.
Innleid arbeidskraft	32 295	26 817	-5 478	Innleiekostnadene er 5,5 mnok høyere enn budsjettet og økt med 5% fra 2017.
Kjøp av konserninterne helsetjenester	12 771	12 741	-30	
Lønn til fast ansatte	1 911 787	1 919 136	7 348	De samlede lønnskostnadene er om lag 17 mnok lavere enn budsjettet. I resultatet inngår rundt 20 mnok i lavere pensjonskostnader enn forutsatt i budsjettet. Aviket ekskl. pensjonseffekt er således negativt med om lag 3 mnok. Deler av aviket kan relateres til aktivitet med øremerket finansiering. Lønnsrefusjonene er høyere enn budsjettet, men må ses i sammenheng med høyere kostnader til overtid og ekstrahjelp.
Overtid og ekstrahjelp	219 068	201 301	-17 767	
Pensjon	326 422	346 901	20 479	
Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft	-132 209	-121 541	10 669	
Annen lønn	341 306	337 814	-3 493	
Avskrivninger	150 408	148 552	-1 856	
Nedskrivninger	0	2 410	2 410	
Andre driftskostnader	503 264	515 792	12 528	Aviket skyldes blant annet noe lavere IKT-kostnader. Energikostnadene er høyere enn budsjettet.
Sum driftskostnader	3 850 740	3 906 757	56 017	
Finansinntekter	-11 329	-13 308	-1 979	Negativ netto finans kommer i all hovedsak som følge av negativt bidrag fra datterselskapene.
Finanskostnader	7 002	7 946	944	
Netto finans	-4 327	-5 362	-1 035	
TOTALT	-16 417	29 166	-45 583	
Avvik justert for endrede pensjonskost			-66 062	

3.2 Økonomisk resultat – per klinikk

Rapportering Februar 2018 tall i hele 1000 kr	Februar				Hittil i år			
Økonomisk resultat	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Klinikk psykisk helse og avhengighet	-1 253	0	-1 253	-0,7 %	-1 397	0	-1 397	-0,4 %
Medisinsk klinikk	-4 923	0	-4 923	-4,3 %	-6 882	0	-6 882	-3,0 %
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	-11 603	0	-11 603	-16,4 %	-13 209	0	-13 209	-9,1 %
Nevroklubnikken	-8 754	0	-8 754	-9,9 %	-10 581	0	-10 581	-6,0 %
Ortopedisk klinikk	-1 851	0	-1 851	-3,1 %	-2 525	0	-2 525	-2,0 %
Barne- og ungdomsklubnikken	-2 798	0	-2 798	-2,8 %	-3 292	0	-3 292	-1,7 %
Kvinneklubnikken	-3 030	0	-3 030	-5,4 %	-4 392	0	-4 392	-3,8 %
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	-13 468	0	-13 468	-13,1 %	-15 772	0	-15 772	-7,7 %
Kreftklubnikken	-8 648	0	-8 648	-5,7 %	-9 842	0	-9 842	-3,2 %
Hjerte-, lunge- og karklubnikken	-1 998	0	-1 998	-1,9 %	-2 566	0	-2 566	-1,2 %
Akuttklubnikken	-1 990	0	-1 990	-1,2 %	-3 114	0	-3 114	-0,9 %
Prehospital klinikk	-1 624	0	-1 624	-2,1 %	-1 843	0	-1 843	-1,2 %
Klinikk for laboratoriemedisin	-1 953	0	-1 953	-1,1 %	-4 137	0	-4 137	-1,2 %
Klinikk for radiologi og nuklearmedisin	-1 777	0	-1 777	-2,3 %	-495	0	-495	-0,3 %
Oslo sykehusservice	-3 058	0	-3 058	-1,3 %	-3 779	0	-3 779	-0,9 %
Direktørens stab	2 951	0	2 951	2,1 %	6 564	0	6 564	2,4 %
Fellesposter	49 474	12 335	37 139	66,0 %	56 541	23 520	33 021	28,0 %
Konsern	-217	2 248	-2 465		4 306	5 646	-1 340	
Sum OUS	-16 520	14 583	-31 103	-1,6 %	-16 417	29 166	-45 583	-1,2 %
Sum OUS justert for endret pensj.kostnad	-21 798	14 583	-36 381	-1,8 %	-36 896	29 166	-66 062	-1,7 %

Merknad: I etterkant av rapporteringen er det identifisert at det mangler ISF-inntekter for om lag 14 millioner kroner. Justert for denne feilen i regnskapet ville rapportert negativt avvik etter februar vært tilsvarende lavere, dvs – 52 millioner kroner. Manglende inntekter skulle vært inntektsført under Fellesposter.

3.2 Kommentarer til klinikkens resultater

Klinikk	Avvik i mill kr	Overordnet beskrivelse av avvik
Klinikk psykisk helse og avhengighet	-1	Klinikken har noe høyere kostnader enn budsjettert, hvorav merforbruk innenfor lønnsområdet utgjør om lag 4 mnok.
Medisinsk klinikk	-7	Klinikken har lavere aktivitet enn budsjettert. Dette gir en negativt resultatteffekt på 4,1 mnok. Så langt i 2018 er det en stor økning i utskrivningsklare pasienter og økt inntekt knyttet til disse dekker ikke opp for de negative effekter de har hatt på belegg, pasient
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	-13	Lav aktivitet, med lave ISF-inntekter, er hovedårsaken til klinikkens negative resultatavvik. Dette utgjør om lag 10 mnok. Klinikken har også høyere kostnader til lønn- og Innleie enn budsjettert. Dette utgjør i overkant av 4 mnok.
Nevroklinikken	-11	Klinikken har lavere aktivitet og lavere aktivitetsbaserte inntekter. Lav aktivitet skyldes i hovedsak nedgang i antall operasjoner grunnet kapasitetsproblemer. Kurdøgn og poliklinisk aktivitet er positivt. Lavere varekostnader og variabel lønn henger sammen med aktivitetsnivået.
Ortopedisk klinikk	-3	Klinikken har en aktivitet som planlagt, men høyere lønns- og innleiekostnader enn budsjettert gir et negativt resultatavvik på 3 mnok.
Barne- og ungdomsklinikken	-3	Klinikken har lavere aktivitet og lavere inntekter, særlig ved Nyfødt intensiv. Dette gir et negativt avvik i ISF-inntekt på 5 mnok. Utgiftssiden er om lag i balanse.
Kvinneklinikken	-4	Klinikkens merforbruk kan i stor grad relateres til inntektssiden (både ISF og laboratorieinntekter). På utgiftssiden har klinikken et merforbruk på -1,3 mnok.
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	-16	Klinikken ligger -5,8% etter periodisert DRG- budsjett. Det er færre operasjoner og utskrivninger av TX- pasienter enn planlagt. Varekostnadene følger aktiviteten med et mindreforbruk på -0,9 mnok. Lønn- og Innleie har et merforbruket er -2,9 mnok.
Kreftklinikken	-10	Aktiviteten hittil å år er under budsjettert nivå og lavere enn i samme periode i 2017. Varekostnadene (spesielt medikamenter) er imidlertid høyere enn budsjettert. Det samme gjelder andre driftskostnader som skyldes særskilt høye kostnader til stamcelletransplantasjon i februar. Personalkostnadene viser et samlet avvik så langt i år på -1,1 mnok.
Hjerte-, lunge- og karklinikken	-3	Aktiviteten er ihht plan. Varekostnadene er høyere enn budsjettert. Dette skyldes i hovedsak høye kostnader til implantater.
Akuttklinikken	-3	Aktiviteten er litt lavere enn plan. Hovedforklaringen for resultatet er et merforbruk (-4 mnok) på innleie fra vikarbyrå og lønn.
Prehospital klinikk	-2	Prehospital klinikk sitt resultat er om lag i balanse. Det har vært høy aktivitet på ambulansområdet med en aktivitetsvekst tilsvarende 3 døgnbiler mer enn samme periode i 2017 (en økning på 8,7 % i antall oppdrag). Klinikken har høy bruk av variabel lønn og høye bilkostnader knyttet til økt aktivitet.
Klinikk for laboratoriemedisin	-4	Klinikken har høyere varekostnader enn budsjettert i flere av avdelingene. Redusert faktor for fakturering av analyser for pasienter innlagt ved andre sykehus gir et negativt inntektsavvik. Det er fortsatt noe usikkerhet knyttet til laboratorieinntekter etter innføring av nytt laboratoriefinansieringssystem.
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	0	Klinikken har litt lavere aktivitet med tilhørende lavere varekostnad enn budsjett.
Oslo sykehusservice	-4	Hovedforklaringene til avviket ligger på utgiftssiden. Energikostnadene er høyere enn budsjettert (-4 mnok), stengt kjøkken på US hotell resulterer i -2 mnok, eiendomsområdet viser -3,5 mnok. Lønnsområdet bidrar positivt med 5,3 mnok og varekostnadene er 2,2 mnok lavere enn budsjett.
Stab	7	Direktørens stab har et positivt avvik på 6,5 mnok. IKT står for 3,9 mnok og øvrig stab for 2,7 mnok.
Fellesposter / konsern mv	32	Det positive avviket for fellesposter gjelder i hovedsak budsjettert reserve og midler som skal fordeles til klinikkene. Økt negativ gruppereffekt gir et negativt inntektsavvik. Det er noe reduserte tapsavsetninger knyttet til blant annet sykehotell.
Samlet avvik	-46	
Avvik justert for endrede pensjonskostnader	-66	

3.3 Investeringer

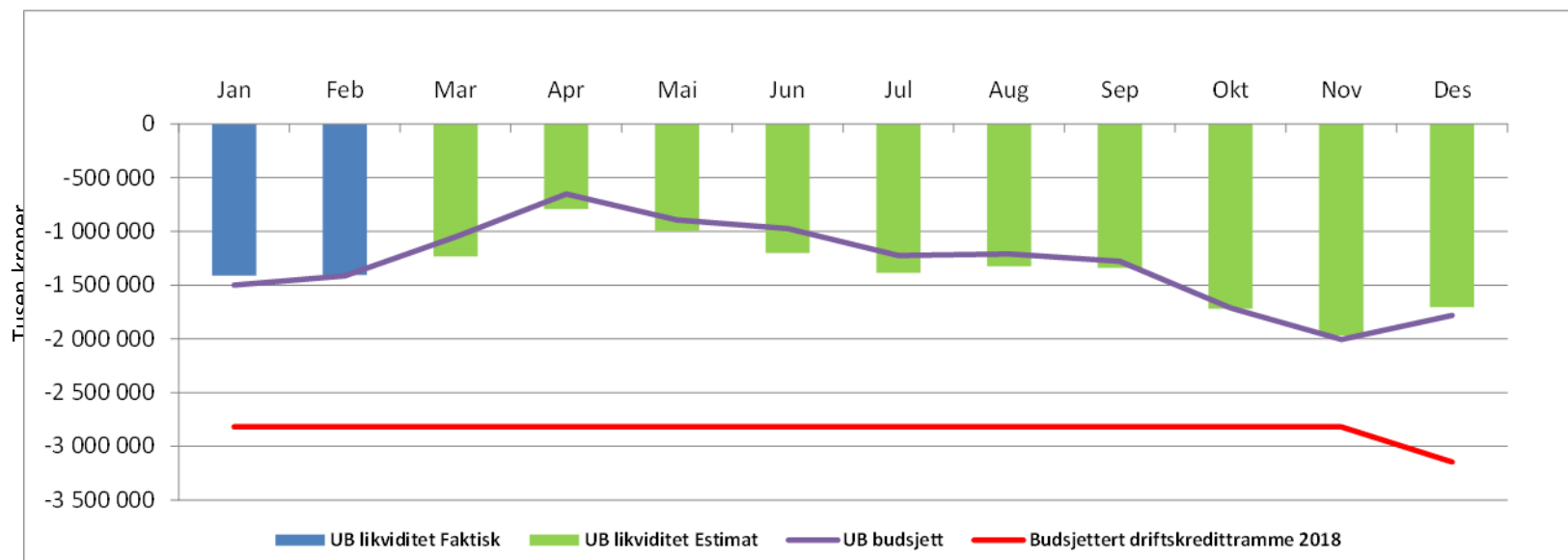
Investeringer		Planlagt gjennomføring i 2018 ¹⁾	Planlagt gjennomføring hiå.	Bokførte investeringer hiå.	Avvik hiå.	Prognose gjennomføring 2018	Endring i ft. planlagt gjennomføring 2018
(Beløp i millioner kroner)							
Investeringer (ekskl. byggelånsrenter)	MTU	493	90	27	-63	498	5
	Bygg	759	97	53	-44	561	-198
	Annet	58	4	3	-1	58	0
	<i>Investeringer som balanseføres</i>	1 310	191	84	-107	1 116	-193
	Egenkapital pensjon	55	0	0	0	55	0
	IKT ²⁾	71	12	5	-7	71	0
	SUM	1 435	203	89	-114	1 242	-193
Finansiering	Ordinær likviditet	268	93	34	-59	268	0
	Driftsresultat	421	10	5	-6	335	-85
	Fordring på HSØ RHF	7	0	0	0	7	0
	Lån	317	49	43	-6	214	-103
	Øremerkede tilskudd	15	0	0	0	15	0
	Finansiell leie	371	51	7	-44	365	-6
	Annen finansiering	36	0	0	0	36	0
	SUM	1 435	203	89	-114	1 242	-193

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 planlegges 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 planlegges gjennomført i 2018. Av investeringsrammen for 2018 forventes 232 millioner kroner å bli gjennomført etter årets slutt. Dette innebærer at det i 2018 anslås å bli gjennomført investeringer for 1 435 millioner kroner.

2) Investeringer i IKT regnskapsføres i Sykehuspartners regnskap.

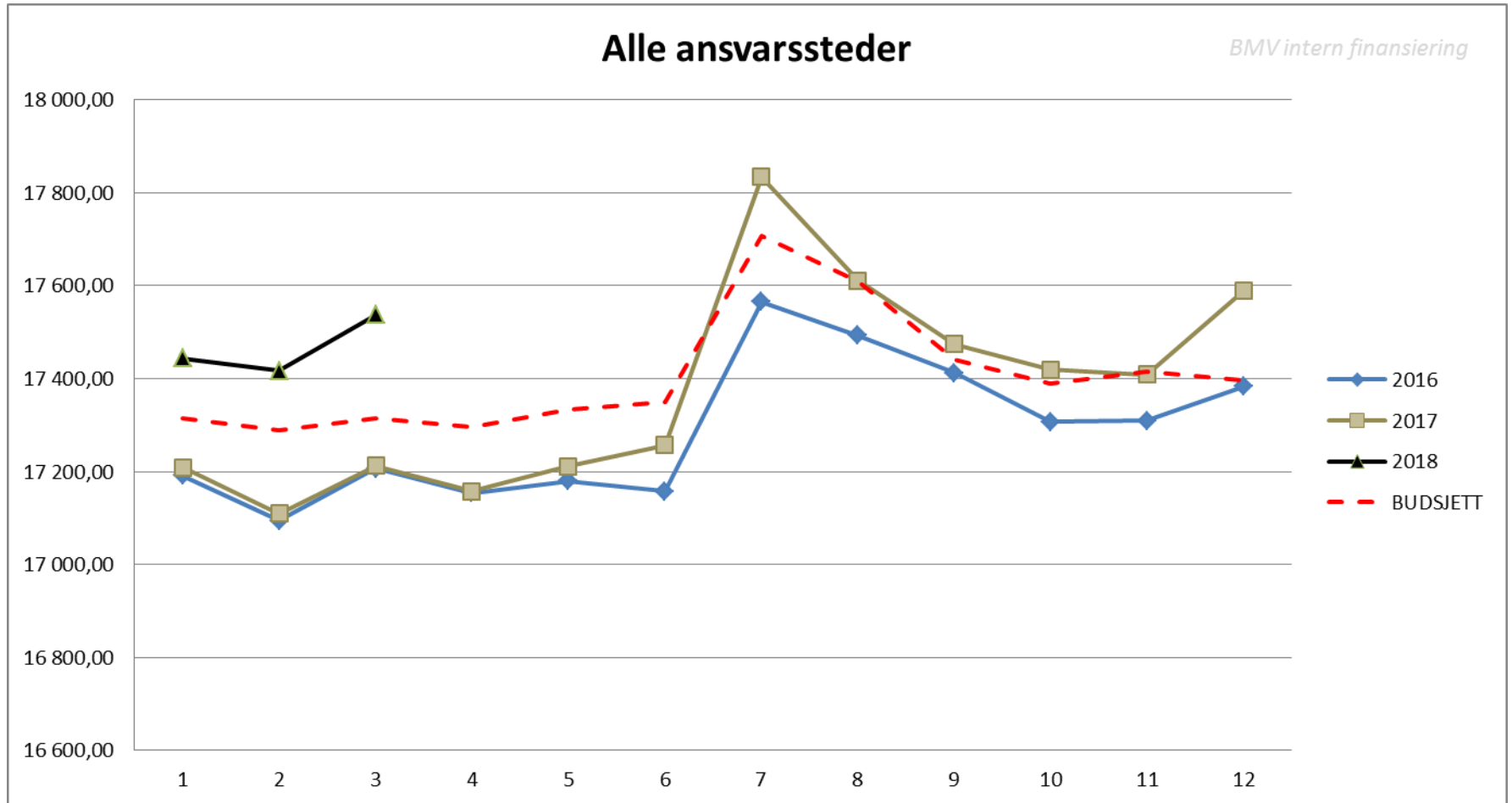
3.3 Likviditet

Utvikling likviditet
(utgående saldo ved periodeslutt)



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

4.1 Bemanningsutvikling (intern finansiering)



4.2 Bemanningsindikatorer

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF Indikator	Denne måned			Hittil i 2018				2018 mot 2017			
	MARS 2018	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr MARS	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ MARS 2018 mot MARS 2017	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Brutto månedsverk, herav:	19 017	18 858	159	18 953	18 850	103	0,5 %	287	1,5 %	273	1,5 %
- internt finansierte	17 537	17 314	223	17 466	17 306	160	0,9 %	324	1,9 %	289	1,7 %
- eksternt finansierte	1 480	1 545	-64	1 488	1 544	-57	-3,7 %	-38	-2,5 %	-16	-1,0 %
- månedslønnede	17 724	17 760	-36	17 686	17 743	-57	-0,3 %	254	1,5 %	238	1,4 %
- variabelønnede	1 294	1 098	196	1 267	1 107	160	14,5 %	33	2,6 %	35	2,8 %
- fast ansatte	14 671			14 667				369	2,6 %	364	2,5 %
- midlertidig ansatte	4 344			4 284				-83	-1,9 %	-92	-2,1 %

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			
	MARS 2018	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr MARS	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ MARS 2018 mot MARS 2017	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Funksjonsområde											
Psykisk helse og rus	2 260	2 286	-26	2 241	2 294	-53	-2,3 %	67	3,1 %	59	2,7 %
Somatiske kliniske klinikker	8 454	8 246	208	8 402	8 219	183	2,2 %	146	1,8 %	127	1,5 %
Medisinske støttefunksjoner	4 735	4 700	35	4 733	4 708	25	0,5 %	109	2,3 %	115	2,5 %
Stab og OSS	2 086	2 082	4	2 089	2 085	4	0,2 %	2	0,1 %	-13	-0,6 %
OUS	17 536	17 314	223	17 466	17 306	160	0	324	0	289	0

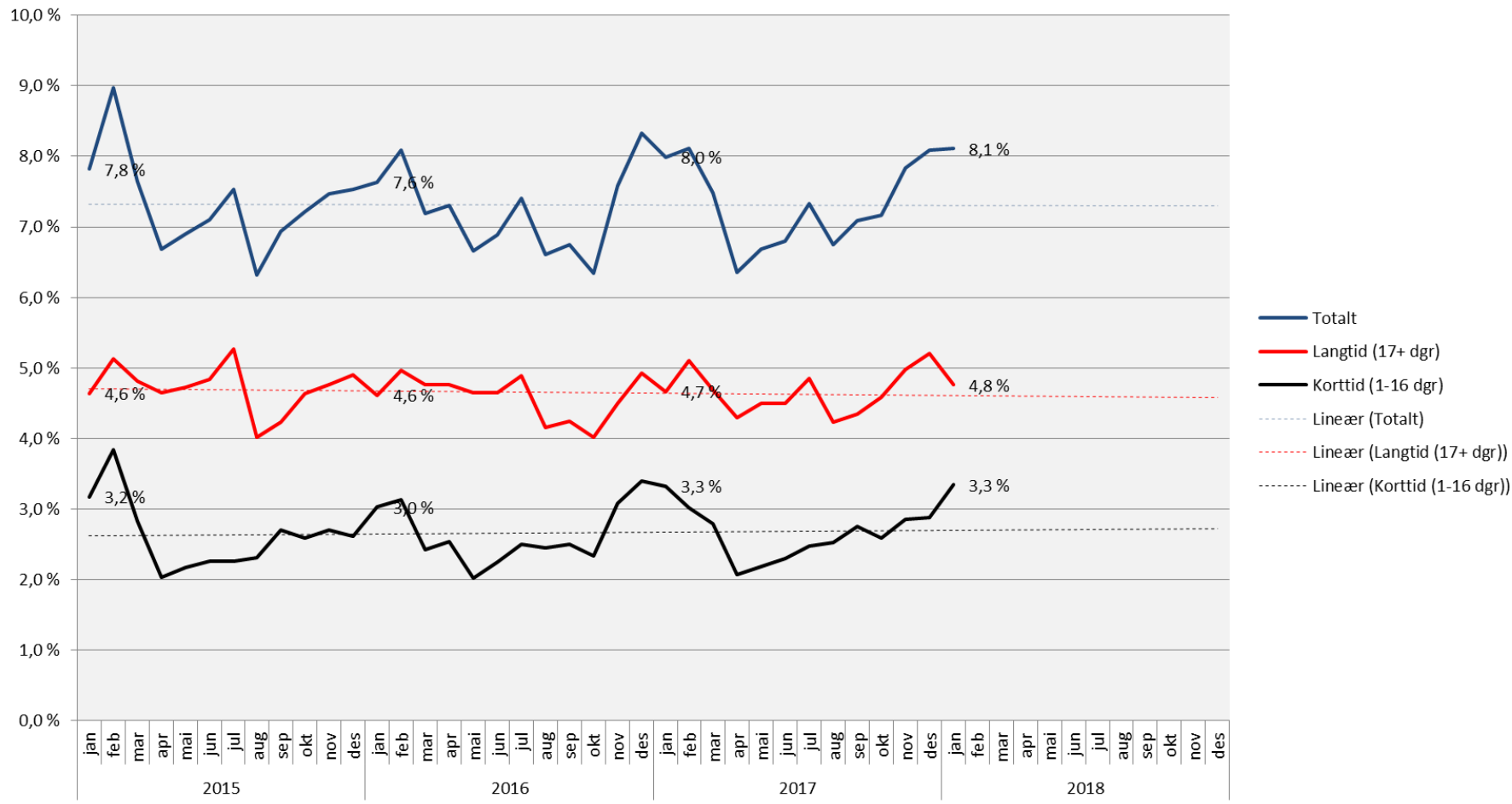
INTERNT FINANSIERTE	Denne måned			Hittil i 2018				2018 mot 2017			
	MARS 2018	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr MARS	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ MARS 2018 mot MARS 2017	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Klinikk											
AKU	1 806	1 805	0	1 805	1 800	5	0,3 %	13	0,7 %	36	2,0 %
PRE	805	776	29	803	784	18	2,3 %	43	5,7 %	32	4,1 %
PHA	2 260	2 286	-26	2 241	2 294	-53	-2,3 %	67	3,1 %	59	2,7 %
MED	1 288	1 266	22	1 288	1 262	25	2,0 %	-3	-0,3 %	12	0,9 %
HLK	869	851	18	860	841	19	2,3 %	35	4,2 %	29	3,4 %
KIT	1 010	969	42	1 009	973	37	3,8 %	26	2,6 %	18	1,8 %
KLM	1 338	1 337	1	1 341	1 340	1	0,1 %	27	2,0 %	25	1,9 %
KRE	1 351	1 351	-1	1 349	1 344	6	0,4 %	17	1,3 %	23	1,8 %
KRN	787	782	5	784	783	1	0,2 %	26	3,4 %	22	2,9 %
KVI	664	649	15	663	649	13	2,1 %	8	1,2 %	5	0,7 %
NVR	922	857	65	918	855	63	7,3 %	25	2,7 %	34	3,8 %
OPK	614	600	14	609	599	10	1,7 %	10	1,6 %	5	0,8 %
HHA	778	761	17	767	756	11	1,5 %	29	3,8 %	17	2,3 %
BAR	959	943	16	939	941	-2	-0,2 %	0	0,0 %	-14	-1,5 %
OSS	1 886	1 865	21	1 886	1 868	19	1,0 %	6	0,3 %	-11	-0,6 %
DST	200	217	-17	203	217	-14	-6,6 %	-5	-2,3 %	-2	-0,8 %
OUS	17 537	17 314	223	17 466	17 306	160	0,9 %	324	1,9 %	289	1,7 %

4.2 Månedsværk fordelt på stillingskategorier

Alle ansvarssteder											
Brutto månedsværk ekskl eksternt finansiert	Forrige periode	Denne periode	Hittil 2017	Hittil 2018	2018 mot 2017				Stillingskategoriernes gjennomsnittlige andel		
	FEB 2017	MAR 2018	Pr. MAR 2017	Pr. MAR 2018	Δ MAR 2018 mot MAR 2017	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring	Andel 2017	Andel 2018	Relativ endring
(1) Administrasjon/Ledelse	2 869	2 892	2 837	2 879	38	1,3 %	42	1,5 %	16,5 %	16,5 %	-0,2 %
(2) Pasientrettede stillinger	1 481	1 506	1 441	1 489	40	2,7 %	48	3,3 %	8,4 %	8,5 %	1,6 %
(3) Leger	2 533	2 532	2 446	2 524	78	3,2 %	78	3,2 %	14,2 %	14,4 %	1,5 %
(3a) Overleger	1 563	1 569	1 513	1 560	49	3,2 %	47	3,1 %	8,8 %	8,9 %	1,4 %
(3b) LIS-leger	918	914	885	911	29	3,2 %	26	3,0 %	5,2 %	5,2 %	1,3 %
(3c) Turnusleger	-	-	-	-	-	0,0 %	-	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
(4) Psykologer	295	301	284	297	20	7,1 %	13	4,5 %	1,7 %	1,7 %	2,7 %
(5) Sykepleier	5 999	6 064	5 965	6 038	74	1,2 %	73	1,2 %	34,7 %	34,6 %	-0,4 %
(6) Helsefagarbeider/hjelpepleier	508	515	517	511	-1	-0,2 %	-6	-1,1 %	3,0 %	2,9 %	-2,7 %
(7) Diagnostisk personell	1 481	1 475	1 445	1 475	35	2,5 %	30	2,1 %	8,4 %	8,4 %	0,4 %
(8) Apotekstillinger	2	2	2	2	0	6,5 %	0	6,5 %	0,0 %	0,0 %	4,7 %
(9) Drifts/teknisk personell	1 423	1 424	1 463	1 425	-17	-1,2 %	-38	-2,6 %	8,5 %	8,2 %	-4,2 %
(10) Ambulansepersoneell	588	588	557	590	40	7,2 %	33	5,9 %	3,2 %	3,4 %	4,1 %
(11) Forskning	238	235	218	235	19	8,7 %	17	7,8 %	1,3 %	1,3 %	6,0 %
(99) Ukjente	-	-	1	-	-1	-100,0 %	-1	-100,0 %	0,0 %	0,0 %	-100,0 %
Alle stillingsgrupper	17 417	17 537	17 177	17 466	324	1,9 %	289	1,7 %	100,0 %	100 %	0,0 %

4.3 Sykefravær OUS

Utvikling sykefraværspersent 2015-2018



4.4 Sykefravær per klinikk

Sykefraværslengde per januar 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	1,9	1,7	3,7	1,1	3,3	4,4	8,0
PRE	1,2	1,4	2,6	1,0	3,9	5,0	7,6
PHA	1,9	1,4	3,3	1,1	3,6	4,7	8,0
MED	1,7	1,2	2,9	1,0	3,6	4,6	7,5
HLK	1,5	1,5	3,0	1,0	3,3	4,2	7,2
KIT	1,6	1,6	3,2	1,1	3,0	4,2	7,3
KLM	1,8	1,5	3,3	1,3	3,2	4,4	7,8
KRE	1,6	1,5	3,1	0,9	2,9	3,8	6,9
KRN	2,1	1,9	4,0	1,7	2,9	4,5	8,5
KVI	1,3	1,7	3,0	1,7	3,4	5,1	8,1
NVR	1,5	1,2	2,7	1,3	3,9	5,2	7,9
OPK	1,6	1,5	3,0	1,2	3,0	4,2	7,2
HHA	2,1	1,8	3,9	1,6	2,7	4,3	8,3
BAR	1,5	1,7	3,2	1,2	4,3	5,6	8,7
OSS	1,8	2,4	4,2	1,6	4,2	5,8	10,0
DST	0,7	0,9	1,6	0,6	1,5	2,0	3,7
OUS	1,7	1,6	3,3	1,2	3,4	4,7	8,0

4.4 Sykefravær per klinikk

Sykefraværslengde per januar 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	1,9	1,7	3,7	1,1	3,3	4,4	8,0
PRE	1,2	1,4	2,6	1,0	3,9	5,0	7,6
PHA	1,9	1,4	3,3	1,1	3,6	4,7	8,0
MED	1,7	1,2	2,9	1,0	3,6	4,6	7,5
HLK	1,5	1,5	3,0	1,0	3,3	4,2	7,2
KIT	1,6	1,6	3,2	1,1	3,0	4,2	7,3
KLM	1,8	1,5	3,3	1,3	3,2	4,4	7,8
KRE	1,6	1,5	3,1	0,9	2,9	3,8	6,9
KRN	2,1	1,9	4,0	1,7	2,9	4,5	8,5
KVI	1,3	1,7	3,0	1,7	3,4	5,1	8,1
NVR	1,5	1,2	2,7	1,3	3,9	5,2	7,9
OPK	1,6	1,5	3,0	1,2	3,0	4,2	7,2
HHA	2,1	1,8	3,9	1,6	2,7	4,3	8,3
BAR	1,5	1,7	3,2	1,2	4,3	5,6	8,7
OSS	1,8	2,4	4,2	1,6	4,2	5,8	10,0
DST	0,7	0,9	1,6	0,6	1,5	2,0	3,7
OUS	1,7	1,6	3,3	1,2	3,4	4,7	8,0

Definisjoner årsverksindikatorer

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

Periodisert resultatbudsjett 2018

Art_Nivå	Art_ØBAK	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember	Totalt	
Driftsinnt	Basisramme	-1 000 593	-991 727	-1 037 181	-1 014 674	-1 103 878	-761 701	-900 455	-946 365	-984 617	-996 057	-1 002 425	-1 066 101	-11 805 774	
	Kvalitetsbasert finansiering	-6 962	-6 961	-6 961	-6 961	-6 962	-6 960	-6 962	-6 962	-6 960	-6 962	-6 961	-6 961	-83 535	
	ISF-refusjon dag- og døgntilrettelagt	-354 499	-334 246	-337 768	-346 606	-333 166	-348 555	-242 867	-306 311	-356 845	-343 443	-351 337	-318 670	-3 974 313	
	ISF-refusjon somatisk poliklinisk aktivitet	-77 327	-72 909	-73 676	-75 609	-72 367	-75 716	-52 663	-66 491	-77 520	-74 603	-76 321	-69 189	-864 391	
	ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	-6 501	-5 676	-5 430	-6 039	-5 098	-5 756	-2 192	-4 713	-6 323	-6 349	-6 750	-4 766	-65 593	
	ISF refusjon pasientadm.legemiddel (H-reseptor)	-6 145	-6 111	-6 145	-6 178	-6 145	-6 630	-4 630	-4 630	-4 630	-4 630	-4 764	-4 024	-3 853	-61 885
	Utskrivningsklare pasienter	-281	-281	-281	-281	-281	-281	-281	-281	-281	-281	-281	-281	-281	-3 369
	Gjestepasienter	-59 424	-56 237	-56 386	-58 473	-54 070	-58 873	-33 951	-50 007	-60 306	-58 749	-59 586	-50 454	-656 515	
	Salg av konserntermer helsetjenester (gjestepas.)	-189 599	-179 818	-179 441	-186 385	-178 043	-188 443	-127 211	-164 884	-191 984	-186 409	-190 201	-168 838	-2 131 257	
	Polikliniske inntekter	-58 235	-56 196	-55 380	-61 343	-55 520	-59 194	-53 909	-50 346	-58 174	-62 469	-59 844	-59 325	-689 936	
	Andre ørmerkede tilskudd	-130 864	-131 800	-132 165	-135 018	-133 925	-29 003	-131 351	-137 867	-134 368	-134 622	-134 179	-135 416	-1 500 577	
	Andre driftsinntekter	-100 056	-98 115	-101 445	-102 119	-101 241	-98 603	-86 402	-99 255	-106 997	-107 651	-109 860	-102 399	-1 214 143	
	Totalt Driftsinntekter	-1 990 485	-1 940 076	-1 992 261	-1 999 686	-2 050 697	-1 637 715	-1 642 872	-1 838 112	-1 989 005	-1 982 358	-2 001 770	-1 986 253	-23 051 288	
Driftskost	Kjøp av off helsetjenester	5 860	1 432	3 639	3 631	3 614	3 680	3 477	3 586	3 667	3 661	3 662	3 594	43 504	
	Kjøp av private helsetjenester	28 798	33 062	31 089	30 989	30 998	31 266	30 699	30 938	31 176	30 893	30 922	30 897	371 727	
	Varekostnader knyttet til aktiviteten i FG	226 591	221 091	218 538	228 198	217 481	231 293	176 461	206 092	228 838	224 849	228 869	214 235	2 622 536	
	Innleid arbeidskraft - del av kto 458	13 820	12 997	12 685	13 009	12 365	12 965	15 242	15 199	13 768	13 787	13 884	13 982	163 703	
	Kjøp av konserntermer helsetjenester (gjestepas.)	6 552	6 189	6 047	6 265	6 486	6 966	6 179	6 228	6 339	6 159	6 075	7 597	77 082	
	Lønn til fast ansatte	978 278	940 858	987 529	987 898	1 041 579	836 206	687 414	840 316	969 565	961 663	970 394	965 775	11 167 476	
	Overtid og ekstrahjelp	99 710	101 591	100 959	101 967	101 896	59 661	97 178	99 262	100 024	100 929	102 058	100 011	1 165 246	
	Pensjon	174 763	172 138	175 761	174 144	179 002	180 676	178 178	178 342	180 878	178 680	178 675	180 711	2 131 949	
	Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft	-61 023	-60 518	-61 233	-60 007	-58 542	-59 927	-56 520	-57 515	-59 725	-59 075	-58 876	-58 959	-711 920	
	Annen lønn	170 263	167 550	172 237	171 713	178 870	-2 301	176 708	176 170	174 147	174 611	174 743	177 409	1 912 120	
	Avskrivninger	73 982	74 570	75 580	74 857	74 962	75 503	75 140	75 391	75 111	75 538	75 916	75 248	901 800	
	Nedskrivninger	0	2 410	2 409	2 409	2 409	2 409	2 409	2 409	2 409	2 409	2 409	2 409	26 500	
	Andre driftskostnader	261 512	254 281	255 053	252 934	247 182	250 185	238 308	249 484	250 896	256 547	261 030	260 072	3 037 483	
Totalt Driftskostnader	1 979 106	1 927 651	1 980 294	1 988 008	2 038 303	1 628 582	1 630 872	1 825 902	1 977 095	1 970 651	1 989 761	1 972 983	22 909 206		
Netto fina	Finansinntekter	-7 229	-6 079	-6 678	-6 979	-6 478	-9 678	-6 873	-6 679	-7 028	-7 279	-7 350	-5 979	-84 309	
	Finanskostnader	4 025	3 921	4 061	4 074	4 289	4 227	4 290	4 306	4 354	4 403	4 776	4 665	51 391	
Totalt Netto finansposter	-3 204	-2 158	-2 617	-2 905	-2 189	-5 451	-2 583	-2 373	-2 674	-2 876	-2 574	-1 314	-32 918		
Totalsum	-14 583	-14 583	-14 584	-14 583	-14 583	-14 584	-14 583	-14 583	-14 584	-14 584	-14 583	-14 583	-175 000		

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 22. mars 2018

Saksbehandler: Direksjonssekretær

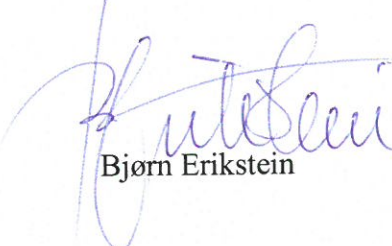
Vedlegg: Protokoll fra foretaksmøte 14. februar 2018
Oppdrag og bestilling 2018 for Oslo universitetssykehus HF

SAK 18/2018 OPPDRAG OG BESTILLING 2018 FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF

Forslag til vedtak:

Styret tar protokoll fra foretaksmøtet 14. februar 2018 i Oslo universitetssykehus HF til etterretning.

Oslo den 15. mars 2018



Bjørn Erikstein

Oppdrag og bestilling 2018

Helse Sør-Østs oppdrag og bestilling til Oslo universitetssykehus HF for 2018 ble gjort gjeldende i foretaksmøtet 14. februar 2018.

Administrerende direktørs vurdering

Oppdrag og bestilling er forenelig med planer og budsjett 2018 for helseforetaket, men som kommunisert tidligere anses budsjett 2018 å være utfordrende. Det foreslås imidlertid at styret tar protokoll fra foretaksmøte 14. februar 2018 med tilhørende Oppdrag og bestilling for 2018, til etterretning.

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

Nærmere om noe av innholdet i oppdrag og bestilling for 2018

Nedenfor beskrives kort noe av innholdet i årets oppdrag og bestilling.

Vederlag for oppdrag og bestilling 2018

I forbindelse med Oppdrag og bestilling 2018 betaler Helse Sør-Øst RHF et vederlag til Oslo universitetssykehus på 17,7 milliarder kroner, hvorav 11,7 milliarder er faste inntekter, se vedlegg 1. Måltall for pasientbehandling som Oslo universitetssykehus skal yte i 2017 er oppgitt i vedlegg 2 i oppdraget.

Som eier har Helse Sør-Øst RHF fastsatt et resultatkrav for Oslo universitetssykehus på 175 millioner kroner eller bedre i 2018. For nærmere omtale vises det til behandling av budsjett 2018.

Tre prioriterte styringsmål for perioden 2013 til 2020

Helseforetaksgruppen i Helse Sør-Øst har fem prioriterte mål for god tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet:

1. Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd.
2. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 prosent.
3. Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning.
4. Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet.
5. Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer.

Dette er mål for helseforetaksgruppen samlet. Oslo universitetssykehus følger opp og rapporterer resultatene for helseforetaket. Styret holdes orientert gjennom rapportering i styremøtene.

Tre overordnet mål for 2018

Virksomheten i 2018 skal innrettes med sikte på å nå følgende overordnede mål:

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

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Oslo universitetssykehus er kommet langt i å redusere unødvendig venting og fristbrudd. Ved inngangen av 2018 var det 14 pasienter som har stått på venteliste mer enn 12 måneder (langtidsventende). Målet er å redusere ventetid sammenlignet med 2017 og antall langtidsventende og fristbrudd til et minimum.

Videre vil det i 2018 bli arbeidet for god utnyttelse av kapasiteten ved poliklinikker og operasjonsstuer. Det arbeides med en bedre utnyttelse av operasjonsstuer gjennom detaljert kartlegging av bruk i regi av Kirurgisk driftsstyre og de enkelte driftsråd.

Standardiserte pasientforløp (pakkeforløp) innen kreftbehandling vil bli videreført i 2018 med sikte på å gi et slikt tilbud til minst 70 prosent av pasientene og at for minst 70 prosent av disse skal behandlingsforløpet være gjennomført innen standard tidsforløp. Helseforetaket vil i 2018 starte opp standardiserte pasientforløp i forbindelse med hjerneslag og innen psykisk helse og rus.

Oslo universitetssykehus vil i 2018 inngå samarbeidsavtaler med avtalespesialister og arbeide for bedre samordning med private leverandører av helsetjenester med sikte på bedret kapasitetsutnyttelse og gode og effektive pasientforløp.

Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

På regionnivå skal det være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Innen psykisk helsevern skal distriktpsikiatriske sentre og barne- og ungdomspsykiatri prioriteres. Veksten måles blant annet i gjennomsnittlig ventetid og aktivitet.

Arbeidet med redusert bruk av tvang prioriteres og innsatsen for å redusere antall avbrutte døgnbehandlinger i tverrfaglig spesialisert rusbehandling vil fortsette.

Klinikk for psykisk helse og avhengighet har utarbeidet en handlingsplan, basert på Oslo Universitetssykehus sin strategi 2015-2018. Handlingsplanen er sentral i arbeidet med en styrking av de distriktpsikiatriske sentrene, barne- og ungdomspsykiatrien og ambulante team.

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Oslo universitetssykehus vil fortsette arbeidet med å styrke virksomheten og legger til grunn målsetningen i Oppdrag og bestilling om at bemanning, utdanning, kompetanseutvikling, forskning, innovasjon og opplæring av pasienter og pårørende skal underbygge god og forsvarlig pasientbehandling.

I Oppdrag og bestillingsdokumentet omtales det at styret og ledelsen i Oslo universitetssykehus har ansvar for å følge med på Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer og eventuelt iverksette tiltak for å bedre kvaliteten i tjenestene (side 13). Kvalitetsindikatorene følges opp og resultatene vil bli rapportert i den utvidete tertialrapporten.

Oslo universitetssykehus vil i 2018 styrke innsatsen i pasientsikkerhetsprogrammet og arbeide for å redusere andel pasientskader. Korridorpatienter skal unngås og pasientene skal ha timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning.

Økende antibiotikaresistens kan gi store utfordringer fremover og Oslo universitetssykehus fortsetter sitt program for styring av bruken av antibiotika og arbeidet for å redusere omfanget av sykehusinfeksjoner i tillegg til økt forskning på antibiotikaresistens.

Rapportering av oppdraget

Gjennomføringen av oppdraget rapporteres til styret som del av den ordinære rapporteringen. Det vil bli utarbeidet en samlet fremstilling for rapportering av de prioriterte styringsmålene for 2018. Det er også fortløpende rapportering til Helse Sør-Øst RHF som er satt opp i henhold til den regionale rapporteringspakken til alle helseforetak og sykehus.

I tillegg oversendes en utvidet rapport som behandles i styret etter hvert tertial. Endelig rapportering av årets oppdrag og bestilling skjer i Årlig melding for 2018 som sendes Helse Sør-Øst RHF innen 1. mars 2019.

**PROTOKOLL
FRA
FORETAKSMØTE I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF**

Onsdag 14. februar 2018 klokken 12:00 ble det avholdt foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF ved Clarion Hotel & Congress Oslo Airport, Gardermoen.

Dagsorden:

1. Foretaksmøtet konstitueres
2. Dagsorden
3. Oppdrag og bestilling 2018

Til stede var:

Helse Sør-Øst RHF, 100 % eier av foretaket, representert ved styreleder Svein Gjedrem, som også ledet møtet.

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

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

Fra styret i Oslo universitetssykehus HF møtte:

Styreleder Gunnar Bovim
Nestleder Anne Carine Tanum
Styremedlem Aasmund Magnus Bredeli
Styremedlem Berit Kjøll
Styremedlem Else Lise Skjæret-Larsen

I tillegg møtte fra administrasjonen i Oslo universitetssykehus HF:

Administrerende direktør Bjørn Erikstein

Foretakets revisor var varslet i samsvar med helseforetaksloven.

Riksrevisjonen var varslet i samsvar med riksrevisjonsloven.



Sign.: SG

GB

Sak 1: Foretaksmøtet konstitueres

Styreleder Svein Gjedrem ønsket, som øverste eiermyndighet og møteleder, velkommen. Han spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

Styreleder Gunnar Bovim ble valgt til å underskrive protokollen sammen med møteleder.

Foretaksmøtet vedtok:

Innkallingen godkjennes. Foretaksmøtet er lovlig satt.

Sak 2: Dagsorden

Styreleder Svein Gjedrem spurte om noen hadde merknader til den utsendte dagsorden. Det var ingen merknader til dagsorden.

Foretaksmøtet vedtok:

Dagsorden godkjennes.

Sak 3: Oppdrag og bestilling 2018

Det ble gitt en kort generell gjennomgang av oppdrag og bestilling 2018.

Oppdrag og bestilling 2018 er utarbeidet av Helse Sør-Øst RHF med utgangspunkt i de styringsbudskapene det regionale helseforetaket er gitt fra Helse- og omsorgsdepartementet i oppdragsdokument 2018 og foretaksmøteprotokoll datert 16. januar 2018. Det er også innarbeidet styringsbudskap med forankring i vedtak i det regionale helseforetaket, regionale strategier og lignende.

Mange av styringsbudskapene fra tidligere års oppdrag og bestilling vil kreve fortsatt oppfølging uten at de er spesielt nevnt i årets dokument. Dette gjelder styringsbudskap som må betraktes som systemkrav og som forventes å inngå i virksomhetsstyringen, samt krav/oppdrag som ikke er gjennomført som forutsatt. Selv om det ikke stilles krav om rapportering for disse områdene vil status for arbeidet kunne etterspørres av Helse Sør-Øst RHF i den faste oppfølgingen av helseforetaket.

I oppdrag og bestilling 2018 er det lagt vekt på at styringsbudskapene skal fremstilles samlet, slik at oppfølging og rapportering blir så oversiktlig som mulig. Helse Sør-Øst RHF vil følge opp styringsbudskap under *Mål 2018* i de faste oppfølgingsmøtene med Oslo universitetssykehus HF. Oslo universitetssykehus HF skal også følge opp styringsbudskapene under *Andre oppgaver 2018*.

Virksomheten skal innrettes med sikte på å nå følgende overordnede mål:

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

Dette skal skje innenfor de ressurser som blir stilt til rådighet.

Sign.:



SG



GB


Styret i Oslo universitetssykehus HF er ansvarlig for at det iverksettes nødvendige tiltak for å innfri kravene i oppdrag og bestilling 2018 innenfor de juridiske, økonomiske og organisatoriske rammene som gjelder.

Foretaksmøtet vedtok:


Oppdrag og bestilling 2018 gjøres gjeldende for Oslo universitetssykehus HF.

Møtet ble hevet klokken 12:45.

Gardermoen, 14. februar 2018.



styreleder Svein Gjedrem

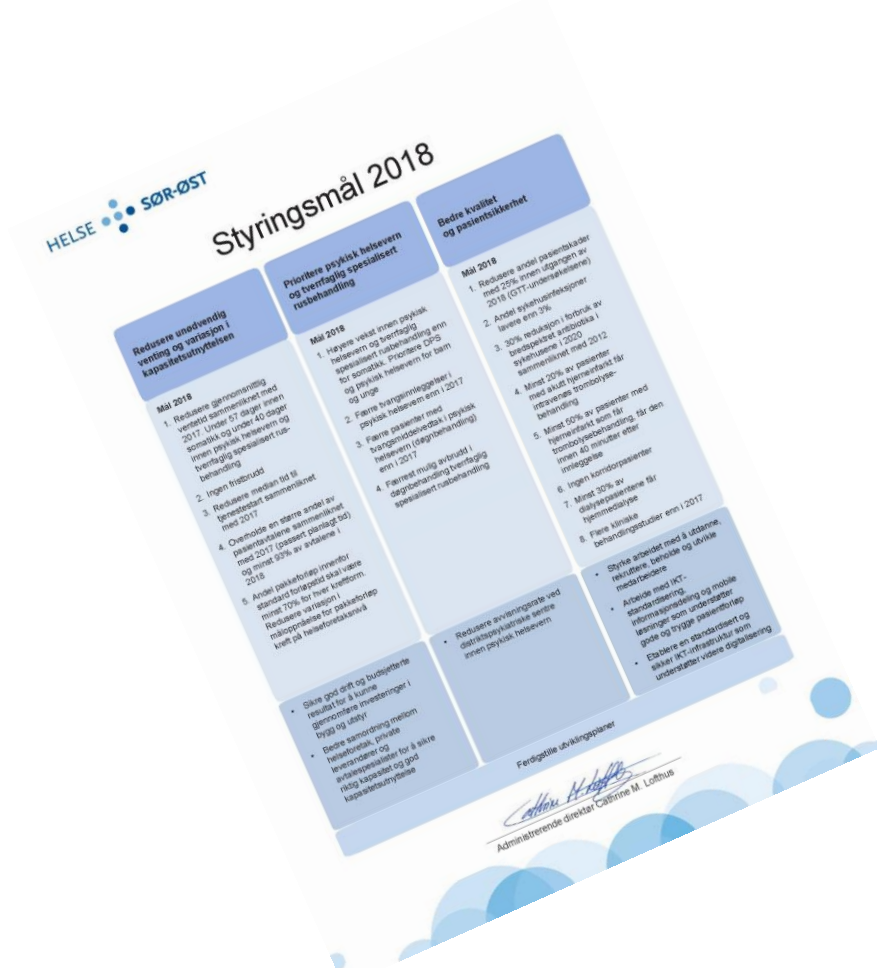


styreleder Gunnar Bovim



Sign.: SG GB

OPPDRAG OG BESTILLING 2018 FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF



Foretaksmøte 14. februar 2018

Innhold

0.	Innledning	4
0.1	Overordnede styringsbudskap og rammebetingelser	4
0.2	Nye strategier, handlingsplaner og retningslinjer	5
0.3	Helseforetakenes utviklingsplaner	6
1.	Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	7
1.1	Ventetid og fristbrudd	7
1.2	Kreftbehandling	7
1.3	Effektivitet og kapasitetsutnyttelse	7
1.4	Samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester	8
1.5	Helseforetakenes kjøp av helsetjenester fra private leverandører	8
1.6	Avtalespesialister	9
2.	Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	10
2.1	Høyere vekst	10
2.2	Tvang	10
2.3	Pakkeforløp	11
2.4	Avvisning av pasienter ved distriktpspsykiatriske sentre	11
2.5	Utskrivningsklare pasienter	11
2.6	Avbrudd i døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling	11
2.7	Tilbud til barn og unge	11
2.8	Tilbud til innsatte i fengsel	11
3.	Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	12
3.1	Pasientsikkerhet og HMS	12
3.2	Pasientsikkerhetsprogrammet	12
3.3	Infeksjoner og resistens	13
3.4	Uønskede hendelser	13
3.5	Kvalitetsindikatorer	13
3.6	Helse- og kvalitetsregistre	14
3.7	Legemiddelbruk, -forsyning og-håndtering	14
3.8	Korridorpasienter	15
3.9	Timeavtale	15
3.10	Kvalitets- og fagutvikling	15
3.11	Forskning og innovasjon	16
3.12	Omlegging av «Raskere tilbake»-ordningen	16
3.13	Samhandling med kommunehelsetjenesten	17
3.14	Brukermedvirkning	17
4.	Bemanning, kompetanse, ledelse og organisering	18
4.1	ForBedring	18
4.2	Lederutvikling	18
4.3	Sykefravær	19

4.4	Kompetanseutvikling	19
4.5	Legestillinger	19
4.6	Legers spesialistutdanning	19
4.7	Spesialsykepleiere	20
4.8	Turnus- og praksisplasser	20
4.9	Lærlinger	20
4.10	Vaksine	20
5.	Nasjonal samordning	22
5.1	Bygg- og eiendom	22
5.2	Oppgjørskontroll- og samkjøringsprosjektet	22
6.	E-helse - Modernisering og digitalisering	23
6.1	Informasjonssikkerhet og personvern	23
6.2	Gjennomføring av IKT-prosjekter	24
6.3	Innføring av regionale løsninger	24
7.	Økonomiske krav og rammer og krav til aktivitet	25
7.1	Drift og investering	25
7.2	Resultat	26
7.3	Likviditet og investeringer	26
7.4	Overføring av likviditet - driftskreditt	26
7.5	Økonomisk handlingsrom	27
7.6	Investerings- og utbyggingsprosjekter	27
7.7	Evalueringer i etterkant av alle investeringsprosjekter	28
7.8	Regional støtte til forskning og innovasjon	28
7.9	Krav til aktivitet	28
8.	Øvrige krav	30
8.1	Beredskap og sikkerhet	30
8.2	Nasjonalt medisinsk utrykningsteam for høyrisikosmitte	30
8.3	Redningshelikoptertjeneste	30
8.4	Oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelser	31
8.5	Telefoni	31
8.6	NAKMI	31
8.7	Arbeidslivskriminalitet	31
	Vedlegg	33
I.	Detaljert økonomitabell	33
II.	Detaljert aktivitetstabell	36

0. Innledning

Informasjon

Gjennom oppdrag og bestilling gis Oslo universitetssykehus styringskrav fra Helse Sør-Øst RHF for 2018. Overordnede føringer og styringsbudskap gitt Helse Sør-Øst RHF i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller gjelder også for Oslo universitetssykehus. Helse Sør-Øst RHF forutsetter at Oslo universitetssykehus setter seg inn i disse dokumentene og grunnlaget for disse.

Flere av oppdragene som er gitt i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller til Helse Sør-Øst RHF må gjennomføres på regionalt nivå og omtales ikke i oppdrag og bestilling. Det forutsettes likevel at Oslo universitetssykehus medvirker og/eller tar del i oppfølgingen når det er nødvendig. Helse Sør-Øst RHF vil i så fall komme tilbake med nærmere informasjon om medvirkning/oppfølging for det enkelte oppdrag.

Mange av styringsbudskapene fra tidligere års oppdrag og bestilling vil kreve fortsatt oppfølging uten at de er spesielt nevnt i årets dokument. Dette gjelder styringsbudskap som må betraktes som systemkrav og som forventes å inngå i virksomhetsstyringen, samt krav/oppdrag som ikke er gjennomført som forutsatt. Selv om det ikke stilles krav om rapportering for disse områdene vil status for arbeidet kunne etterspørres av Helse Sør-Øst RHF i den faste oppfølgingen av helseforetaket.

I oppdrag og bestilling 2018 er det lagt vekt på at styringsbudskapene skal fremstilles samlet, slik at oppfølging og rapportering blir så oversiktlig som mulig. Helse Sør-Øst RHF vil følge opp styringsbudskap under *Mål 2018* i de faste oppfølgingsmøtene med Oslo universitetssykehus. Oslo universitetssykehus skal også følge opp styringsbudskapene under *Andre oppgaver 2018*. Styret og ledelsen i Oslo universitetssykehus har ansvar for å følge med på Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer og evt. iverksette tiltak for å bedre kvaliteten i tjenestene. Der resultatoppnåelsen er definert, for eksempel gjennom definerte måltall, er disse tatt inn under overskrift *Krav til måloppnåelse*.

I årlig melding 2018 skal det som hovedregel rapporteres på alle *Krav til måloppnåelse* og iverksatte/planlagte tiltak for *Mål 2018* og *Andre oppgaver 2018*. Årlig melding skal også omfatte styringsbudskap som er gitt i løpet av året i foretaksmøter og tilleggsdokument til oppdrag og bestilling. Der måloppnåelsen ikke er tilfredsstillende, skal årlig melding inneholde oversikt over tiltak som er iverksatt for å bedre måloppnåelse og forventet tid for full måloppnåelse.

Det vil mot slutten av året bli utarbeidet egen mal for årlig melding der de endelige rapporteringskravene vil fremkomme.

Når «kommuner» er omtalt i dokumentet, gjelder styringsbudskapet også for bydeler i Oslo der disse er ansvarlig for tjenestetilbudet styringsbudskapet omhandler.

0.1 Overordnede styringsbudskap og rammebetingelser

Informasjon

Helse Sør-Øst RHF skal sørge for at befolkningen i regionen får tilgang til

spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter. Oslo universitetssykehus skal ta del i dette arbeidet og innrette sin virksomhet med sikte på å nå følgende overordnede styringsmål:

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

Dette skal skje innenfor de juridiske, økonomiske og organisatoriske rammene som gjelder for helseforetak og med de ressurser som bli stilt til rådighet i oppdrag og bestilling.

Det er et overordnet mål å skape pasientens helsetjeneste. I møtet med helsetjenesten skal hver enkelt pasient oppleve respekt og åpenhet, og gjennom samvalg få delta i beslutninger om egen behandling og hvordan den skal gjennomføres. Pasientene skal oppleve helhetlige og sammenhengende tjenester også mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det må etableres gode arenaer og systemer for informasjonsutveksling, veiledning og kompetanseoverføring mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, herunder fastlegene.

Det skal legges til rette for god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient, som også innebærer bruk av tolketjenester når det er behov for det. Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen, og når beslutninger tas. Eventuelle nye tiltak overfor de regionale helseforetakene og helseforetakene for å styrke samisk språk og språkkretigheter vil bli vurdert som ledd i oppfølgingen av NOU 2016:18 *Hjertespråket - Forslag til lovverk, tiltak og ordninger for samiske språk*.

Krav og rammer i oppdrag og bestilling skal legges til grunn for styrets arbeid i 2018.

For å tydeliggjøre utfordringer og prioritere innsatsen i helseforetaksgruppen har styret i Helse Sør-Øst RHF vedtatt målformuleringer som del av *Plan for strategisk utvikling 2013-2020*. Målene uttrykker organisasjonens ambisjoner om tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet:

1. Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd.
2. Sykehusinfeksjoner er redusert til under tre prosent.
3. Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning.
4. Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet.
5. Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer.

0.2 Nye strategier, handlingsplaner og retningslinjer

Informasjon

Følgende nye dokumenter på nasjonalt nivå skal legges til grunn for utvikling av tjenesten:

- Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)

- Sammen redder vi liv – en nasjonal dugnad for å redde liv ved hjertestans og andre akuttmedisinske tilstander. Helsedirektoratet 2017
- Meld. St. 6 (2017-2018) Kvalitet og pasientsikkerhet 2016
- Nasjonal strategi for tilgjengeliggjøring og deling av forskningsdata / -hjernehelsestrategi (2018-2024)
- Nasjonal diabetesplan (2017-2021)

I tillegg skal følgende nye dokumenter på regionalt nivå legges til grunn for utvikling av tjenesten i Helse Sør-Øst:

- Revidert veileder for tidligfasen i byggeprosjekter, vedtatt implementert i styresak 088-2017
- Regional strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS 2018-2020, vedtatt i styresak 106-2017
- Nasjonal forsikringsstrategi for spesialisthelsetjenesten, vedtatt i styresak 012-2018

0.3 Helseforetakenes utviklingsplaner

Informasjon

Helse Sør-Øst RHF vil i 2018 følge opp helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner og sørge for at disse ses samlet og sikrer det totale helsetilbudet i regionen.

Annen oppgave 2018

- Helseforetakets utviklingsplaner skal ferdigstilles i 2018.

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

1.1 Ventetid og fristbrudd

Mål 2018

- Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2017.
- Innen 2021 skal gjennomsnittlig, samlet ventetid for alle tjenesteområder være under 50 dager. For 2018 skal gjennomsnittlig ventetid være under 57 dager innen somatikk og under 40 dager innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Ventetid måles som årlig gjennomsnitt.
- Ingen fristbrudd.
- Median tid til tjenestestart skal reduseres sammenliknet med 2017¹.
- En større andel av pasientavtalene skal overholdes sammenliknet med 2017 (passert planlagt tid). Innen 2021 skal minst 95 prosent av avtalene overholdes.

1.2 Kreftbehandling

Informasjon

Det er innført 28 pakkeforløp for kreft. Det vil bli innført pakkeforløp for hjerneslag, psykisk helse og rus. Målingen av pakkeforløpene vil starte samtidig med implementeringen, og departementet vil komme tilbake til indikatorene for dette i revidert oppdragsdokument 2018. Kunnskap om variasjon i kapasitetsutnyttelsen skal brukes aktivt som grunnlag for å øke kapasitet og gi mer likeverdig tilgang til helsetjenester.

Mål 2018

- Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 pst. Variasjonen i måloppnåelse for pakkeforløp kreft på helseforetaksnivå skal reduseres.

Annen oppgave 2018

- Oslo universitetssykehus gjennomfører 3-strøms MDT-møter for pakkeforløp kreft, fortrinnsvis gynekologisk kreft, lungekreft, urologisk kreft, GI-kreft og brystkreft med avansert behandling samt andre kreftgrupper der dette er egnet. Alle helseforetak og sykehus deltar på 3-strøms MDT-møter for pasientgrupper de utreder og behandler.

1.3 Effektivitet og kapasitetsutnyttelse

Informasjon

De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Nord RHF, og i samarbeid med Helsedirektoratet:

¹ Tiden mellom tidspunktet henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten og tjenestestartdato (dato for når prosedyre er utført) for spesifikke sykdomsgrupper. Målet gjelder for sykdomsgrupper der tid til tjenestestart er tilgjengelig som nasjonale tall fra NPR.

- Innen 1. november 2018 redegjøre for departementet for status i arbeidet med å redusere uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og forbruk, og fremme forslag til videre utviklingsarbeid. Anbefalinger i rapporten «*Reduksjon av uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og effektivitet i spesialisthelsetjenesten*» av 10. oktober 2017 skal følges opp. Det skal prioriteres å publisere nasjonale tall for indikatorene «ikke møtt», «replanlegging» og «planleggingshorisont». Videre skal det vurderes hvordan Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus, jf. Dokument 3:2 (2017-2018), kan brukes som grunnlag for å utarbeide indikatorer for variasjon i kapasitetsutnyttelse av operasjonsstuer.
- Samle og dele erfaringer fra relevante ressurser på tvers av regionene som arbeider med forbedring i effektivitet og kapasitetsutnyttelse, med sikte på å identifisere hvilke faktorer som bidrar til vellykket forbedringsarbeid. Det skal redegjøres for dette til departementet innen 1. juni 2018. Som del av dette skal det redegjøres for hvordan styrene i regionale helseforetak og helseforetak gis mulighet til løpende å følge med på relevant styringsinformasjon om effektivitet, kapasitetsutnyttelse og forbedringsarbeid som gjennomføres.
- Følge opp variasjon i liggetid, etterkontroller og rehabilitering for hofteprotese- og hoftebruddspasienter, samt variasjon i utnyttelse av operasjonsstuene, jf. Riksrevisjonens oppfølgingsundersøkelse av effektivitet i sykehus.

Oslo universitetssykehus vil kunne bli kontaktet av Helse Sør-Øst RHF for å delta i arbeidet dersom det er behov for slik medvirkning.

1.4 Samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester

Informasjon

Hovedoppgavene i spesialisthelsetjenesten skal løses ved de offentlige sykehusene. Bedre samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester betyr bedre utnyttelse av ledig kapasitet, økt valgfrihet og nye arbeids- og samarbeidsformer. Pasientene skal slippe unødvendig ventetid. Fritt behandlingsvalg og pasient- og brukerrettighetsloven legger til rette for dette. Pasientforløpene skal være gode og effektive.

Annen oppgave 2018

- Oslo universitetssykehus skal arbeide for bedre samordning mellom helseforetak, private leverandører og avtalespesialister for å sikre riktig kapasitet og god kapasitetsutnyttelse.

1.5 Helseforetakenes kjøp av helsetjenester fra private leverandører

Annen oppgave 2018

- For å sikre at Helse Sør-Øst RHF får en samlet oversikt over anskaffelser gjort av helseforetakene, skal slike anskaffelser rapporteres løpende til det regionale helseforetaket. Denne løpende rapporteringen skal samordnes med annen eksisterende rapportering. Det skal tas inn en overordnet rapportering om gjennomføringen i årlig melding 2018.

1.6 Avtalespesialister

Informasjon

Det vises til gjeldende rammeavtaler for avtalespesialister fra 1. januar 2016 og at mange samarbeidsavtaler mellom sykehusene og avtalespesialistene nå er inngått. Helse- og omsorgsdepartementet tar sikte på å gi avtalespesialistene både rett og plikt til å tildele pasientrettigheter innen utgangen av gjeldende stortingsperiode (medio 2021) og de regionale helseforetakene har vurdert alternative pilotprosjekter knyttet til avtalespesialisters rettighetsvurdering. Det er også startet en prosess knyttet til utvidelse av ISF-ordningen for avtalespesialister.

Annen oppgave 2018

- Helseforetaket skal innen utgangen av 2018 ha inngått samarbeidsavtaler med avtalespesialistene i sykehusområdet/opptaksområdet.

2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Informasjon

Den nye strategien for psykisk helse «*Mestre hele livet*» skal ligge til grunn for innretning av behandlingstilbudet til barn, unge, voksne og eldre. Det skal legges til rette for større grad av tverrfaglig og pasienttilpasset organisering av tilbudene, basert på hva brukerne etterspør hjelp til og oppdatert fagkunnskap.

Tjenestenes responsevne og mobilitet, medansvar for helheten i oppfølging av pasienter, styrket tilgjengelighet døgnet rundt og kortere ventetider er sentrale utviklingsområder. Pakkeforløpene for psykisk helse og rus forutsettes å være et redskap for mer målrettet ledelse og styring av virksomheten. Sivilombudsmannens besøksrapporter og Helsetilsynets rapporter skal inngå i det generelle kunnskapsgrunnlaget for utvikling og forbedring av tjenestene.

Det er stort behov for å arbeide videre med systematisk endring og styrking av kompetanse og organisering for å redusere tvangsbruk i psykisk helsevern, og for å videreutvikle og spre gode metoder for frivillig behandling. Når pasienter har både psykiske lidelser og rusavhengighet, må tjenestene behandle begge tilstander samtidig og i samarbeid med kommunene.

Registrering av data til et kvalitetsregister innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling vil være avgjørende for at registeret skal kunne gi viktig kunnskap om kvaliteten.

2.1 Høyere vekst

Mål 2018

- Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsykiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske opphold)².

2.2 Tvang

Mål 2018

- Færre tvangsinnleggelse i psykisk helsevern enn i 2017.
- Færre pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) enn i 2017.

² Årsverk er tatt ut som måleparameter. Årsverkstall fra SSB gir ikke en fullstendig oversikt over årsverk etter sektor på grunn av reglene for innrapportering av fellespersonell.

2.3 Pakkeforløp

Annen oppgave 2018

- Oslo universitetssykehus skal implementere pakkeforløpene for psykisk helse og rus.

2.4 Avvisning av pasienter ved distriktpsikiatriske sentre

Annen oppgave 2018

- Oslo universitetssykehus skal arbeide aktivt for å redusere avvisningsrate ved distriktpsikiatriske sentre innen psykisk helsevern.

2.5 Utskrivningsklare pasienter

Annen oppgave 2018

- Oslo universitetssykehus skal registrere utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samt inngå samarbeidsrutiner med kommunene for å forberede utskrivninger av disse pasientene, jf. innføring av betalingsplikt for kommunene fra 2019.

2.6 Avbrudd i døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Mål 2018

- Registrere avslutningstype og sikre færrest mulig avbrudd i døgnbehandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

2.7 Tilbud til barn og unge

Annen oppgave 2018

- Oslo universitetssykehus skal videreføre satsing på bedre helsetjenester til barn og unge i barnevernet, herunder bidra til regional utvikling av modeller for utredning av barn i barnevernet. Oslo universitetssykehus skal utvide det ambulante arbeidet inn mot barnevernet.

2.8 Tilbud til innsatte i fengsel

Annen oppgave 2018

- Oslo universitetssykehus skal iverksette tiltak for å øke tilgjengeligheten til psykisk helsevern for innsatte i fengsler, herunder språklige og kulturelt tilrettelagte tilbud for samiske innsatte.

3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

3.1 Pasientsikkerhet og HMS

Informasjon

Helsetjenesten skal videreutvikles slik at pasienter og brukere i større grad får og opplever å få trygg og god helsehjelp. Helse, miljø og sikkerhet (HMS) skal være en integrert del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet.

Gode pasientforløp skal utvikles i samarbeid med kommuner, med spesiell oppmerksomhet på pasienter med kols og pasienter som trenger rehabilitering og habilitering.

Kvalitetsmålinger, pasientsikkerhetsmålinger, forskningsbasert kunnskap og pasienterfaringer må brukes aktivt i utformingen av tjenestetilbudet og i systematisk forbedringsarbeid. Ineffektive metoder utfases.

En egen undersøkelseskommisjon for alvorlige hendelser i helsetjenesten vil bli etablert i 2018. Det er et mål å redusere uberettiget variasjon i tjenestetilbudet der dette er dokumentert for eksempel gjennom helseatlas.

Bemanning, utdanning, kompetanseutvikling, forskning, innovasjon og opplæring av pasienter og pårørende skal underbygge god og forsvarlig pasientbehandling.

Det vises til krav i oppdrag og bestilling 2017 om åpenhet og dialog, samt at pasientsikkerhet og HMS må ses i sammenheng.

3.2 Pasientsikkerhetsprogrammet

Informasjon

Sykehusapotekene kan være en samarbeidspartner i arbeidet med å etablere tiltak som reduserer feilmedisinering, i tråd med Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker for «*Samstemming av legemiddellister*» og «*Trygg utskrivning*».

Annen oppgave 2018

- Oslo universitetssykehus skal styrke innsatsen i pasientsikkerhetsprogrammet og sikre at tiltakspakkene fra pasientsikkerhetsprogrammet, inkludert kartlegging av pasientskader og pasientsikkerhetskultur videreføres etter 2018.

Krav til måloppnåelse

- Rapportering: Andel relevante enheter i regionen hvor tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet er implementert.

Mål: 100 %

Datakilde: RHF's rapportering til pasientsikkerhetsprogrammet

Publiseringsfrekvens: Årlig

3.3 Infeksjoner og resistens

Mål 2018

- 30 pst. reduksjon i samlet forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2020 sammenliknet med 2012. (Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner).
- Sykehusinfeksjoner er redusert til under tre prosent.

Annen oppgave 2018

- Oslo universitetssykehus skal sikre utvikling av antibiotikastyringsprogram i sykehus, i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets handlingsplan mot antibiotikaresistens mot 2020.

3.4 Uønskede hendelser

Mål 2018

- Andel pasientskader basert på de årlige GTT-undersøkelsene er redusert med 25 pst. innen utgangen av 2018, målt ut fra undersøkelsen for 2012.

Annen oppgave 2018

- Helseforetakene skal følge regionale føringer for håndtering av uønskede hendelser. Helseforetakene skal følge regional retningslinje for publisering av uønskede hendelser.

3.5 Kvalitetsindikatorer

Informasjon

Styret og ledelsen i Oslo universitetssykehus har ansvar for å følge med på Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer og eventuelt iverksette tiltak for å bedre måloppnåelsen på kvalitetsindikatorer.

Krav til måloppnåelse

- Rapportering: 30 dagers overlevelse etter innleggelse i 2017 (uansett årsak til innleggelse)
Datakilde: Folkehelseinstituttet
Publiseringsfrekvens: Årlig
- Rapportering: 30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag i 2017
Datakilde: Folkehelseinstituttet
Publiseringsfrekvens: Årlig
- Rapportering: 30 dagers overlevelse etter innleggelse for hoftebrudd i 2017
Datakilde: Folkehelseinstituttet
Publiseringsfrekvens: Årlig
- Rapportering: 30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt i 2017
Datakilde: Folkehelseinstituttet
Publiseringsfrekvens: Årlig

3.6 Helse- og kvalitetsregistre

Informasjon

Oslo universitetssykehus skal delta i arbeidet med å legge til rette for at nasjonale medisinske kvalitetsregistre utvikles på områder med behov for kunnskap, som f.eks. innenfor psykisk helsevern og rus.

Innen områder der pasientgrunnlaget er lite, eksempelvis innenfor persontilpasset medisin, høyspesialisert medisin og sjeldne sykdommer, skal det tilrettelegges for internasjonalt samarbeid om kvalitetsregistre og forskning, herunder innen områder som inngår i de europeiske referansenettverkene eller nordisk samarbeid.

Etablering av registre forutsettes å skje innenfor rammen av det etablerte systemet for nasjonal status for medisinske kvalitetsregistre..

Krav til måloppnåelse

- Rapportering: Andel episoder rapportert med korrekt behandlingssted til Norsk pasientregister
Mål: 100 %
Datakilde: Norsk pasientregister
Publiseringsfrekvens: Tertiærvis

3.7 Legemiddelbruk, -forsyning og -håndtering

Informasjon

Det vises til flere oppdrag til de regionale helseforetakene innenfor legemiddelområdet i 2017, og bl.a. rapport fra de regionale helseforetakene til departementet om overgang til faglig likeverdige, men rimeligere legemidler og tilgrensende oppdrag. Det legges til grunn at anbefalingene i rapporten følges opp.

De regionale helseforetakene skal redegjør for denne oppfølgingen for departementet innen 1. juni 2018. En viktig forutsetning for overgang til faglig likeverdige, men rimeligere legemidler er at helsepersonell har tilstrekkelig informasjon om legemidler på forskrivningstidspunktet.

De regionale helseforetakene skal, i samråd med Statens Legemiddelverk og Direktoratet for ehelse, igangsette et arbeid knyttet til etablering av SAFEST. Plan for gjennomføring, etablering og finansiering av SAFEST skal legges fram for departementet innen 1. april 2018.

Sykehusapotekene skal, med utgangspunkt i det enkelte helseforetaks ansvar, analyser og behov, samarbeide om etablering og vedlikehold av legemiddelberedskap for kriser og katastrofer samt rutiner som forebygger legemiddelmangel.

Sykehusapotekene kan levere og tilrettelegge informasjon og rådgivning om legemiddelbruk som grunnlag for oppfølging av behandlingsretningslinjer og innkjøpsavtaler.

Oslo universitetssykehus skal forberede og etablere nødvendige tiltak for å sikre at

forfalskede legemidler ikke kommer i bruk, i henhold til EUs forfalskningsdirektiv som trer i kraft 9. februar 2019. Sykehusapotekene kan være en viktig samarbeidspartner i dette arbeidet.

Annen oppgave 2018

- Det skal, i samarbeid med Sykehusapotekene, legges til rette for utvikling av lukket legemiddelsløyfe.

3.8 Korridorpasienter

Mål 2018

- Ingen korridorpasienter.

3.9 Timeavtale

Mål 2018

- Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning.

3.10 Kvalitets- og fagutvikling

Mål 2018

- Minst 20 pst. av pasienter med akutt hjerneinfarkt får intravenøs trombolysebehandling.
- Minst 50 pst. av pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet, får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse.
- Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse skal være minst 30 pst.

Annen oppgave 2018

- Oslo universitetssykehus skal implementere pakkeforløpene for hjerneslag.
- Oslo universitetssykehus skal etablere rutiner for god overføring fra barne- til voksenorientert helsetjeneste ut fra best tilgjengelig kunnskap. Rutinene skal omfatte overføring internt i helseforetaket og ved utskriving til primærhelsetjenesten. Rutinene utarbeides i samarbeid med ungdomsrådet.
- Oslo universitetssykehus skal redusere uberettiget variasjon i tilbudet til pasienter med kols, jf. SKDEs helseatlas.
- Oslo universitetssykehus skal styrke arbeidet med tidlig diagnostisering og oppfølging/veiledning av autismspekterforstyrrelser (ASF), samt stimulere til forpliktende samarbeidsavtaler mellom helseforetak/sykehus og kommuner.
- Endring i screeningsprogrammet for livmorhalskreft trer i kraft nasjonalt 1. januar 2019 og skal implementeres gradvis frem til 1. januar 2022. Overføring av volum av prøver fra avgivende helseforetak eller private leverandør til mottakende helseforetak skal avtales mellom partene og skje i takt med kapasitets-oppbygging eller -nedbygging.

3.11 Forskning og innovasjon

Informasjon

Det er et mål å øke både antallet offentlig initierte kliniske studier og studier initiert av næringslivet. Det skal legges til rette for økt samarbeid med næringslivet, bl.a. gjennom tilrettelegging av infrastruktur for uttesting av medisinsk-teknisk utstyr og for industrifinansierte kliniske studier.

Innovasjonseffekten av anskaffelser i helseforetakene bør økes, eksempelvis innen bygg, medisinsk-teknisk utstyr og IKT.

Annen oppgave 2018

- Antall kliniske behandlingsstudier er økt sammenliknet med 2017. Telling av pasientdeltakelse skal følge ny nasjonal standard når denne er etablert.

3.12 Omlegging av «Raskere tilbake»-ordningen

Annen oppgave 2018

- «Raskere tilbake»-ordningen avvikles og inngår fra 2018 i ordinær drift. Helseforetakene skal sørge for en planmessig omlegging og integrering i ordinære pasienttilbud av de tiltak som har vist seg å ha god effekt og som har bidratt til samtidighet i behandling og arbeidsrettet bistand. Dette med grunnlag i anbefalinger fra de regionale helseforetakene til Helse- og omsorgsdepartementet i brev av 28. april 2017 og supplerende dialog mellom Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene.

Helseforetakene må ha poliklinisk tilbud for henholdsvis muskel-/skjelettlidelser og angst/depresjon operative fra januar 2018 i egen regi, eller sørge for at tjenestene tilgjengeliggjøres for eget opptaksområde gjennom avtaler med eller kjøp fra andre helseforetak eller private leverandører frem til helseforetaket har tilbudet etablert.

Omleggingen innebærer at dette blir ordinær pasientbehandling og dermed vil kunne bli finansiert av ISF og laboratorie- og radiologiske takster. Pasienter som får behandling gjennom disse behandlingstilbudene skal fortsatt registreres til NPR med debitorcode 20.

Det skal tilrettelegges for muligheten for følgeforskning knyttet til omleggingen, og det skal redegjøres for bruk av midler satt av til tilbudene som etableres og/eller videreføres.

Det vil bli stilt krav om rapportering og oversendelse av planer for videreføring og utvikling av tilbudet som nevnt over. Helseforetaket bes innen 1. mars 2018 oversende informasjon om status og videre plan for omleggingen til Helse Sør-Øst RHF.

Nedtrappings- og avviklingskostnader for tilbud som ikke vil bli videreført vil bli finansiert av overførbare midler fra den tidligere ordningen. Dette konkretiseres i direkte dialog mellom Helse Sør-Øst RHF og helseforetaket.

3.13 Samhandling med kommunehelsetjenesten

Informasjon

Omstilling av spesialisthelsetjenester som berører kommunene skal ikke gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene.

Det er en forutsetning at omstillingen gir brukerne et kontinuerlig og like godt eller bedre tjenestetilbud enn før. Det vises til Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019). I tråd med Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet skal Oslo universitetssykehus bidra til å øke kompetansen i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Annen oppgave 2018

- Det skal i samarbeid med Helsedirektoratet og kommunene etableres en ordning for opplæring og bruk av akutthjelpere (det vises til akuttmedisinforordningen § 5). Oslo universitetssykehus skal bidra i dette arbeidet.

Krav til måloppnåelse

- Rapportering: Antall helseforetak som deltar i læringsnettverket Gode pasientforløp i 2018.
Datakilde: Helseforetakene rapporterer for perioden 1.1.2017-31.12.2018.

3.14 Brukermedvirkning

Informasjon

Arbeidet med å sikre pasienten som likeverdig part i pasientbehandling skal styrkes. Det må legges til rette for pasientenes rett til å delta i beslutninger som berører egen helse og behandling.

Annen oppgave 2018

- Bidra til opplæring av helsepersonell i samvalg og implementering av samvalgsverktøy fra Helsenorge.no.

Krav til måloppnåelse

- Rapportering: Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern 2016
Datakilde: Folkehelseinstituttet
Publiseringsfrekvens: Publisert i oktober 2017
- Rapportering: Brukererfaringer med fødsel- og barselomsorgen i 2016
Datakilde: Folkehelseinstituttet
Publiseringsfrekvens: Publisert i desember 2017
- Rapportering: Pasienters erfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2017
Datakilde: Folkehelseinstituttet
Publiseringsfrekvens: Publisert i desember 2017

4. Bemanning, kompetanse, ledelse og organisering

Informasjon

Det vises til tidligere stilte krav om å etablere en heltidskultur i helseforetakene og redusere bruken av deltid. Dette er viktig for å bedre pasientsikkerheten og kvaliteten i behandlingen for pasientene. Dette området vil bli fulgt opp med videre rapportering.

Det må arbeides systematisk med strategisk bemannings- og kompetanseplanlegging, gjennom målrettet å arbeide med å utdanne, rekruttere, beholde og utvikle medarbeidere.

Helseforetakene må ha god dialog og godt samspill med utdanningssektoren for å sikre at utdanningene har kapasitet, kvalitet og innhold som er tilpasset tjenestens og befolkningens behov. Det er spesielle utfordringer med å rekruttere sykepleiere og spesialsykepleiere.

Det vises til tidligere krav om å sikre flere læreplasser i tråd med målene i Samfunnskontrakt for flere læreplasser. Dette er særlig viktig når det gjelder helsefagarbeidere.

Oslo universitetssykehus skal legge til rette for at eksisterende tilbud om kompetanseheving i samisk språk og kultur gjøres kjent slik at helsepersonell i hele landet har mulighet til å søke om deltakelse.

4.1 ForBedring

Annen oppgave 2018

- Oslo universitetssykehus skal gjennomføre den felles kartleggingen av arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur (ForBedring) i 2018 med metodikk som gjør det mulig å sammenlikne resultatene mellom sykehus og helseregioner.

Det skal gjennomføres forbedringstiltak på identifiserte forbedringsområder når undersøkelsen er gjennomført. Videre skal resultater på nasjonale indikatorer for pasientsikkerhetskultur rapporteres til Helsedirektoratet.

4.2 Lederutvikling

Informasjon

Det vises til tidligere krav om å legge til rette for samarbeid med kommunale helse- og omsorgstjenester om ledelse og lederutvikling, og om å sette av ressurser for å kunne tilrettelegge for slikt samarbeid med kommunesektoren og KS.

De regionale helseforetakene er bedt om, sammen med KS, å utrede felles lederutviklingsprogram med sikte på iverksettelse fra 2019. Dagens topplederprogram bearbejdes slik at det er egnet for toppledere fra både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Det legges til grunn at programmet skal utvikles og driftes i samarbeid mellom de regionale helseforetakene og KS.

For de regionale helseforetakene videreføres dagens finansieringsordninger, mens kostnadene for de kommunale deltakerne dekkes av kommunen de er ansatt i. Som en

del av utredningen vurderes det hvor mange av deltakerne som bør komme fra kommunal sektor, eventuelt om det bør være en gradvis opptrapping, og hvordan rekrutteringen skal skje.

4.3 Sykefravær

Annen oppgave 2018

- Oslo universitetssykehus skal arbeide for at sykefraværet i alle enheter reduseres med minimum 0,15 prosentpoeng i løpet av 2018.

4.4 Kompetanseutvikling

Annen oppgave 2018

- Oslo universitetssykehus skal samarbeide med Helse Sør-Øst RHF om å utvikle en felles regional strategi for å utdanne, rekruttere, beholde og utvikle kompetanse hos medarbeidere.
- Oslo universitetssykehus skal, i dialog med de relevante utdanningsinstitusjonene, arbeide for å få utdanninger bedre i samsvar med tjenestenes behov og skal i denne dialogen også arbeide for at opptak av studenter og gjennomføring av praksis er tilpasset både kapasitet og læringsutbytter.

4.5 Legestillinger

Informasjon

Oppretting av legestillinger skal fortsatt skje i tråd med behovene i henhold til Helse Sør-Øst RHF's «sørge for»-ansvar, det helsepolitiske styringsbudskapet og de økonomiske rammer som er stilt til disposisjon. Gode lokale, regionale og nasjonale analyser av kompetansebehov framover skal legges til grunn for Helse Sør-Øst RHF's fordeling av leger til helseforetakene og mellom spesialiteter.

Helse Sør-Øst RHF skal særlig vurdere behovet for legestillinger til spesialiteter der utdanningskapasiteten i dag anses å være for lav og spesialiteter der behovet for legespesialister vil endre seg i årene fremover som en følge av befolkningsutvikling, sykdomsutvikling og organisatoriske endringer i helseforetakene.

Oslo universitetssykehus skal bidra til at Legestillingsregisteret i Helsedirektoratet til enhver tid er oppdatert.

4.6 Legers spesialistutdanning

Informasjon

Turnustjenesten for leger opphørte høsten 2017 og er erstattet av LIS1-stillinger som er første del av legenes spesialistutdanning. LIS1-stillingene har samme struktur som turnustjenesten, med 12 måneder i sykehus og 6 måneder i kommunehelsetjenesten, men har egne læringsmål.

Antallet LIS1-stillinger videreføres i 2018 på samme nivå som for turnustjenesten.

Annen oppgave 2018

- Oslo universitetssykehus må sikre at det er utarbeidet planer og læringsaktiviteter for innfasing av ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin samt utarbeide planer og forberede iverksetting av del 2 og 3 i ny modell for legers spesialistutdanning.
- Oslo universitetssykehus skal drifte regionalt utdanningscenter for leger i spesialisering i tråd med fastsatt mandat og skal i den forbindelse sikre at det regionale utdanningscenteret er rustet til å ivareta nye oppgaver med læringsaktiviteter og nasjonal og regional samordning av LIS-utdanningen, herunder for ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin.

4.7 Spesialsykepleiere

Annen oppgave 2018

- Oslo universitetssykehus skal ha en strategi som bidrar til gode rekrutterings- og utdanningsplaner for spesialsykepleiere innen ABIOK- og jordmorfagene. Herunder må det sikres praksisplasser tilpasset fremtidig behov i spesialavdelinger.

4.8 Turnus- og praksisplasser

Informasjon

Grunnutdanning omfatter studier ved videregående skoler, høyskoler og universiteter hvor studentene har helseforetakene som praksisarena. Fylkeskommunene har ansvar for de videregående skolene. Fylkenes opplæringskontor skal i samarbeid med praksisarenaene sikre læreplasser i de yrkesfaglige utdanningene.

Videreutdanning omfatter bl.a. ulike studier ved fagskoler, høyskoler og universiteter hvor studentene har helseforetakene som praksisarena (og arbeidsplass). Høyskoler som tilbyr videreutdanning skal i forkant inngå avtaler med helseforetakene om praksisplasser. Eventuell uenighet skal søkes løst i samarbeidsorganet. Spesialistutdanning for leger skal ivaretas i samsvar med den nye Spesialistforskriften.

Helsedirektoratet har det overordnede ansvaret og fastsetter hvor mange turnusplasser for fysioterapeuter det skal legges til rette for. Regionansvarlige fylkesmenn er delegert myndighet til å skaffe turnusplasser for fysioterapeutkandidater, de informerer de regionale helseforetakene om forventet behov kommende år. Antallet turnusplasser for fysioterapeuter videreføres i tråd med økningen i 2013.

4.9 Lærlinger

Annen oppgave 2018

- Oslo universitetssykehus skal ha lærlingplasser innen helsefagarbeiderfaget.

4.10 Vaksine

Informasjon

Oppslutningen om sesonginfluensavaksinasjonsprogrammet både blant risikogrupper og helsepersonell er for lav både i absolutt forstand og sammenlignet med land det er

naturlig å sammenligne oss med. Dette kan ha alvorlige helsemessige konsekvenser og være dyrt for samfunnet. Influensa kan smitte fra en person til en annen før symptomene bryter ut. Sykehuspersonell med pasientkontakt bør ikke smitte pasientene.

Det er allerede gjort mye for å øke vaksinasjonsdekningen, men det er likevel langt igjen til WHO og EU sin målsetning om 75 pst. årlig vaksinasjonsdekning.

Annen oppgave 2018

- Oslo universitetssykehus skal legge til rette for at alt personell hvert år får tilbud om sesonginfluensavaksine slik at WHO og EUs målsetning om 75 prosent vaksinasjonsdekning for helsepersonell kan nås.

5. Nasjonal samordning

5.1 Bygg- og eiendom

Informasjon

De regionale helseforetakene er bedt om i fellesskap å utrede hvordan det kan legges bedre til rette for verdibevarende vedlikehold av sykehusbygg og en internhusleieordning innenfor det enkelte helseforetak med sikte på å få en mer effektiv arealutnyttelse og verdibevaring av sykehusbyggene, herunder om dette bør gjøres til en obligatorisk ordning for alle helseforetak. Arbeidet skal gjøres i samarbeid med Sykehusbygg HF, ledes av Helse Vest RHF og ferdigstilles innen 1. november 2018.

5.2 Oppgjørskontroll- og samkjøringsprosjektet

Annen oppgave 2018

- Oslo universitetssykehus skal, i samarbeid med Pasientreiser HF, bidra til operasjonaliseringen av oppgjørskontroll- og samkjøringsprosjektet i tråd med plan, herunder oppdatere lokale gevinstrealiseringsplaner.

6. E-helse - Modernisering og digitalisering

Informasjon

Gode IKT-løsninger er en forutsetning for å oppnå helhetlige pasientforløp og ambisjonene om pasientens helsetjeneste. De regionale helseforetakene må i større grad utnytte mulighetene for digital dialog mellom innbygger og spesialisthelsetjenesten via helsenorge.no. Dette vil bidra til økt pasientmedvirkning og en styrket pasientrolle.

Det er viktig at befolkningen har tillit til at helsetjenesten håndterer personopplysninger på en trygg og sikker måte. Dette stiller krav til både teknologi, prosesser og mennesker. Det er virksomhetenes ledelse som har ansvar for å etablere og opprettholde tilfredsstillende informasjonssikkerhet. For å kunne levere gode IKT-tjenester til både helsepersonell og innbyggere, er de regionale helseforetakene også avhengig av å benytte private leverandører.

Det vises til Direktoratet for e-helses rapport om informasjonssikkerhet ved bruk av private leverandører i helse- og omsorgstjenesten. Det vises også til rapporten Felles plan neste generasjon elektronisk pasientjournal (EPJ) og pasientadministrative systemer (PAS) utarbeidet av Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Nord RHF. IKT-utviklingen framover bør skje i et nasjonalt perspektiv med sikte på større grad av likhet mellom regionene.

Det er behov for å øke bruken av etablerte nasjonale e-helseløsninger. De regionale helseforetakenes faglige og finansielle bidrag er avgjørende for den videre utviklingen av nasjonale fellesløsninger. Det er behov for modernisering av metodene for deling av helseinformasjon. Innsatsen på det nasjonale arbeidet med infrastruktur, arkitektur, kodeverk og terminologi forventes å øke framover.

Det er fortsatt behov for en prioritert innsats for å ta i bruk etablerte løsninger for elektronisk samhandling. De regionale helseforetakene har behov for at det fastsettes nasjonale standarder. For realisering av nasjonale e-helsemål og videreutvikling av nasjonale løsninger, vises det til behovet for en nasjonal oversikt over strategiske IKT-prosjekter. Kunnskap om fremdrift og risiko i de regionale helseforetakenes strategisk viktige IKT-prosjekter vil gi Direktoratet for e-helse et bedre grunnlag til å følge med på, og vurdere fremdrift i, realisering av de nasjonale e-helsemålene.

6.1 Informasjonssikkerhet og personvern

Annen oppgave 2018

- Oslo universitetssykehus skal påse at krav som følge av EUs personvernforordning (GDPR) ivaretas, og sikre at de til enhver tid gjeldende krav til informasjonssikkerhet og personvern kontinuerlig ivaretas ved drift og forvaltning og hensyntas i alle endringsprosesser.
- Oslo universitetssykehus skal bidra til å revidere felles regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet i henhold til de krav og endringer som ligger i innføringen av EUs personvernforordning (GDPR) og effektivere endringene i eget styringssystem for informasjonssikkerhet.
- Oslo universitetssykehus skal i takt med regional plan for utrulling av løsning for statistisk logganalyse bidra til at denne blir tatt i bruk. Statistisk logganalyse gir

helseforetakene verktøy som gir mulighet for systematisk gjennomgang av logger. Oslo universitetssykehus skal implementere rutiner for å gjennomgå identifiserte unormale oppslag og håndtering av uberettigede oppslag.

6.2 Gjennomføring av IKT-prosjekter

Annen oppgave 2018

- Prosjektveiviseren skal benyttes i alle IKT-prosjekter. Styringsdokumentasjon fra prosjektene skal være dokumentert, transparent og tilgjengelig. Oslo universitetssykehus skal benytte CA PPM for registrering og oppfølging av alle IKT-prosjekter.

6.3 Innføring av regionale løsninger

Annen oppgave 2018

- Sykehuspartner er felles tjenesteleverandør til helseforetakene i regionen innen IKT-, HR- og logistikkjenester. Sykehuspartner har ansvar for å levere fellestjenester, inklusive drift og forvaltning av infrastruktur og IKT-løsninger.
- Oslo universitetssykehus skal sammen med Sykehuspartner kartlegge, planlegge og deretter iverksette applikasjonssanering og konsolidering.
- Oslo universitetssykehus skal innføre regionale løsninger i henhold til regional gjennomføringsplan.
- Regionalt kompetansesenter for samordning av investeringer i medisinteknisk utstyr (RKMTU) utarbeider analyser og foreslår anskaffelser for regional koordinering som godkjennes av det regionale helseforetaket før de settes inn i regional anskaffelsesplan.
- Oslo universitetssykehus skal orientere Sykehuspartner om godkjente regionale anskaffelser av medisinsk teknisk utstyr. Videre skal Oslo universitetssykehus i samarbeid med Sykehuspartner avklare IKT-kompetanse- og ressursbehov i anskaffelsesprosjektene. Oslo universitetssykehus skal bestille og følge opp prosjektbistand fra Sykehuspartner.
- Regionalt senter for kliniske IKT-løsninger (RSKI) skal bidra til klinisk forvaltning og videre utvikling av regionale løsninger. Oslo universitetssykehus tildeles midler til drift av RSKI. Det vil bli sendt et eget tildelingsbrev fra Helse Sør-Øst RHF om dette.
- Oslo universitetssykehus skal ha medisinskfaglig ansvar for innhold og vedlikehold av det regionale medisinske kurbiblioteket, som er plassert i den regionale løsningen for medikamentell kreftbehandling (MKB). Alle helseforetak i regionen skal involveres i arbeidet med kurbiblioteket.
- Oslo universitetssykehus skal bidra til gjennomføring av regionale prosjekter for innføring av modernisert Folkeregister og innføring av helse-ID.
- Oslo universitetssykehus skal arbeide med IKT-standardisering, informasjonsdeling og mobile løsninger som understøtter gode og trygge pasientforløp.
- Det skal etableres en standardisert og sikker IKT-infrastruktur som understøtter videre digitalisering.

7. Økonomiske krav og rammer og krav til aktivitet

Informasjon

Fra 2019 innføres betalingsplikt for kommunene for utskrivningsklare pasienter med rus- og/eller psykiske helseproblemer. Oslo universitetssykehus bes forberede seg på dette.

Annen oppgave 2017

- Oslo universitetssykehus skal forebygge evt. uønskede tilpasninger som følge av omleggingen av finansieringsordningen for poliklinisk psykisk helsevern og rusbehandling i 2017. Omleggingen skal brukes som et virkemiddel for å understøtte ønsket faglig innretning av disse tjenestene.

7.1 Drift og investering

Informasjon

Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen.

Helse Sør-Øst RHF stiller følgende inntekter til disposisjon for Oslo universitetssykehus i 2018, beløp i 1000 kroner:

Basisramme	11 735 442
<i>herav kvalitetsbasert finansiering</i>	<i>83 535</i>
Forskning	413 405
Nasjonale kompetansetjenester	176 381
Statlige tilskudd	430 548
ISF-refusjoner	4 966 143
Inntekter i alt 2018	17 721 919

Det vises til detaljert vederlagstabell i vedlegg. ISF-refusjonene avregnes i ettertid i forhold til faktisk aktivitet.

Oslo universitetssykehus er tildelt 24,8 millioner kroner i basisramme av tidligere «Raskere tilbake»-midler. Det forutsettes aktivitetsbudsjettering og rapportering for bruk av disse midlene.

I tillegg til midlene i tabellen over gis Oslo universitetssykehus 1,3 millioner kroner til tiltak på sykehus som inngår i en behandlingsskjede for barn og unge med moderate og alvorlige hjerneskader.

Mål 2018

- Oslo universitetssykehus skal benytte midlene som er stilt til rådighet på en effektiv måte og slik at de kommer pasientene til gode. Oslo universitetssykehus skal i 2018 basere sin virksomhet på de tildelte midler.
- Sikre god drift og budsjetterte resultat for å kunne gjennomføre investeringer i bygg og utstyr.

- Virksomheten knyttet til nasjonale kompetansetjenester skal videreføres minst på samme nivå som i 2017. Det samme gjelder tiltak som tidligere ble finansiert over særskilte tilskudd, og som nå er innarbeidet i basisrammen. Det vises til oversikt over nasjonale kompetansetjenestene i vedlegg.

7.2 Resultat

Informasjon

- Kravet til økonomisk resultat 2018 er fastsatt av styret i Helse Sør-Øst RHF og basert på helseforetakets innspill til økonomisk langtidsplan, endrede forutsetninger som følge av statsbudsjettet for 2018 samt konkret vurdering av situasjon og risiko for helseforetaket knyttet til årsbudsjettet for 2018.

Mål 2018

- Årsresultat 2018 for Oslo universitetssykehus skal være på minst 175 millioner kroner.

7.3 Likviditet og investeringer

Informasjon

Likviditet til investeringer videreføres på nivå med 2017. Tilgjengelig likviditet til investeringer i 2018 er 326 millioner kroner for Oslo universitetssykehus, forutsatt et resultat i henhold til resultatkrav for 2018.

Investeringer skal budsjetteres innenfor helseforetakets tilgjengelige investeringsmidler i 2018, det vil si likviditetstildelingen for 2018 med tillegg av budsjettert bruk av oppspart likviditet, og eventuelle salgs-/gavemidler. I tråd med forutsetningene fra økonomisk langtidsplan skal egenkapitaltilskudd til pensjonsinnretningene samt netto likviditet fra lokale IKT-investeringer gjennomført av Sykehuspartner, salderes innenfor helseforetakets tilgjengelige investeringsmidler.

Annen oppgave 2018

- Helseforetakets styring av samlet likviditet skal skje innenfor tilgjengelige rammer til drift og investeringer.
- Etablerte prinsipper for likviditetsstyring skal følges opp. Budsjettert resultat for 2018 skal ikke benyttes til investeringer i 2018 uten etter særskilt avtale med Helse Sør-Øst RHF.
- Det skal tas høyde for resultatrisiko og risiko ved pågående investeringsprosjekter før etablering av nye investeringsforpliktelser.

7.4 Overføring av likviditet - driftskreditt

Informasjon

Utbetalingene til helseforetaket skjer innen den syvende arbeidsdag i hver måned. Månedlig overføring utgjør normalt 1/12 av samlet likviditetsoverføring. Enkelte tilskudd mv vil bli utbetalt i sin helhet i januar 2018.

Mål 2018

- Oslo universitetssykehus skal styre innenfor tilgjengelig driftskredittramme fastsatt av Helse Sør-Øst RHF.
- Helse Sør-Øst RHF skal forespørres i god tid dersom det er behov for driftskreditt ut over gjeldende ramme, og det skal fremlegges tilstrekkelig underbyggende dokumentasjon for dette behovet.

Annen oppgave 2018

- Det legges til grunn at helseforetakene skal drive sin virksomhet innenfor gjeldende driftskredittrammer, samt innretter virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som følger av vedtak i foretaksmøter i 2018, herunder oppdrag og bestilling 2018 som er gitt i foretaksmøte 14. februar 2018, slik at det bidrar til at Helse Sør-Øst RHF's «sørge for»-ansvar oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.

7.5 Økonomisk handlingsrom

Mål 2018

- Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer. Oslo universitetssykehus skal derfor sikre at gevinster av utviklingsarbeid og investeringer er realisert, både når det gjelder kvalitet og økonomi.

7.6 Investerings- og utbyggingsprosjekter

Annen oppgave 2018

- I 2018 videreføres omstillingsinvesteringer (samlokalisering fase I) ved Oslo universitetssykehus innenfor rammene av sak 075-2010. Inntil 13 millioner kroner finansieres med regionale midler.
- Oppgraderings – og vedlikeholdsinvesteringer videreføres med inntil 358 millioner kroner innenfor rammene av sak 045-2015. Av dette utgjør 250,6 millioner kroner ekstern lånefinansiering. Resterende finansiering dekkes av foretakets egne midler. Kravet om at Oslo universitetssykehus selv finansierer 30 prosent av investeringskostnaden gjelder både akkumulert og innenfor det enkelte budsjettår. Videre utbetales lånefinansieringen på 70% etterskuddvis mot faktura med spesifisert grunnlag.
- Godkjenning og gjennomføring av prosjekter knyttet til oppgraderings – og vedlikeholdsinvesteringer som nevnt ovenfor, skal oppfylles i henhold til eget mandat som er gitt helseforetaket.
- Helse Sør-Øst RHF avsetter regional likviditet i 2018 i forbindelse med:
 - videre utredningsarbeid for Regional sikkerhetsavdeling (RSA), hvor forprosjektfasen finansieres med lån.
 - forprosjekt for nytt klinikkbygg Radiumhospitalet, hvor 70 prosent finansieres med lån.
 - konseptfase Aker/Gaustad ifm videreutvikling av Oslo universitetssykehus
 - videre utredninger i forbindelse med protonsentor, hvor 70 prosent finansieres med lån og resterende med statlig tilskudd.

Ledelsen av disse utredningsarbeidene er overført til Helse Sør-Øst RHF, men Oslo

universitetssykehus skal bidra med ressurser, bemanning og nødvendig involvering for å understøtte at prosessene gjennomføres på planlagt måte og med best mulig måloppnåelse.

- I forbindelse med investerings- og utbyggingsprosjektene skal helseforetaket avsette nødvendige ressurser til utvikling av virksomhetsmodell, driftskonsepter og bemanningsplanlegging samt planer for gevinstrealisering. Dette arbeidet skal avstemmes med Helse Sør-Øst RHF's prosjektorganisasjon. Videre har helseforetaket ansvar for å sikre medvirkning fra ansatte og bruker i alt arbeidet som omfatter investerings- og utbyggingsprosjektene.

7.7 Evalueringer i etterkant av alle investeringsprosjekter

Informasjon

Det vises til NOU 2016: 25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten* (Kvinnsland-utvalget) og omtalen av utvalgets arbeid i Prop. 1 S (2017–2018). Her foreslås det blant annet at Sykehusbygg HF skal få en mer sentral rolle. For å sikre gode og effektive sykehusbygg må det gjennomføres gode driftsmessige analyser i forkant av utbygginger, og det må kunne vurderes i etterkant om planlagte driftsgevinster blir realisert. Det bør derfor gjennomføres evalueringer i etterkant av alle investeringsprosjekter hvor det minimum vurderes gevinstrealisering og logistikk i bygget. Det er byggherre som er ansvarlig for evalueringene, mens Sykehusbygg HF må være ansvarlig for å håndtere kunnskapsdelingen. Evalueringskriterier må rettes inn mot brukerne og virksomhetens krav. Helseforetakene har ansvar for at vedtatte veiledere og standarder tas i bruk.

7.8 Regional støtte til forskning og innovasjon

Informasjon

Oslo universitetssykehus skal ivareta regionale støttefunksjoner for forskning og innovasjon, jf. sak 119/2017 i styret for Helse Sør-Øst RHF. Det er avsatt særskilt fra regionale forskningsmidler til disse formål (forskning: 36,0 millioner kroner og innovasjon 3,5 millioner kroner).

7.9 Krav til aktivitet

Informasjon

Oslo universitetssykehus skal i 2018 ha en aktivitet innen sine tjenesteområder i samsvar med aktivitetskravene fra Helse Sør-Øst RHF. En oversikt over de detaljerte kravene er tatt inn i vedlegg.

Mål 2018

Aktivitet i 2018	Somatikk	VOP	BUP	TSB
ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk og pasientadm. legemidler) i henhold til "sørge for"-ansvaret	225 688	11 599	13 049	3 200
Pasientbehandling				
Antall utskrivninger døgnbehandling	109 591	2 341	167	2 367
Antall liggedøgn døgnbehandling	472 900	71 310	7 943	24 686

Antall oppholdsdager dagbehandling	84 087	0	3 698	0
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	846 597	93 449	44 507	23 831

8. Øvrige krav

8.1 Beredskap og sikkerhet

Informasjon

Det vises til revidert Nasjonal helseberedskapsplan. Helsedirektoratet har, delegert fra Helse- og omsorgsdepartementet, ansvar for nasjonal koordinering av helse- og omsorgssektorens innsats og iverksetter nødvendige tiltak når en krise truer eller har inntruffet. Det vises videre til Helsedirektoratets rapport *Overordnede risiko- og sårbarhetsvurderinger i helse- og omsorgssektoren 2017*, forslag til ny lov om nasjonal sikkerhet, jf. Prop. 153 L (2016–2017) og pilot for å etablere norske Emergency Medical Team (EMT), som skal kunne stilles til disposisjon for internasjonal innsats via EUs krisehåndteringsmekanisme, samt nordisk brannskadesamarbeid.

Annen oppgave 2018

- Oslo universitetssykehus skal gjennomføre nødvendige oppdateringer i egne beredskapsplaner og rutiner i tråd med revidert Nasjonal helseberedskapsplan.
- Oslo universitetssykehus skal delta i arbeidet med å forberede implementering av ny sikkerhetslov.
- Oslo universitetssykehus skal delta med opplært og trenet personell til Emergency Medical Team (EMT).
- Oslo universitetssykehus skal medvirke til å utarbeide rutiner og prosedyrer som kan anvendes av Emergency Medical Team (EMT), herunder delta i arbeidet med å utarbeide en mekanisme som kan anvendes ved hendelser med mange brannskadde.

8.2 Nasjonalt medisinsk utrykningsteam for høyrisikosmitte

Annen oppgave 2018

- Oslo universitetssykehus skal etablere Nasjonalt medisinsk utrykningsteam for høyrisikosmitte, i tråd med forutsetninger som fremgår i brev fra Helse Sør-Øst RHF, datert 25. oktober 2017.

8.3 Redningshelikoptertjeneste

Informasjon

Helseforetakene har flere forpliktelser knyttet til drift av redningshelikoptertjenesten. Det er ønskelig å formalisere etablert praksis knyttet til helseforetak som er ansvarlig for å sikre tilgang på lege som besetningsmedlem. Det er inngått avtaler mellom Forsvaret v/330-skvadronen og de aktuelle helseforetakene om dette. Helseforetakene sørger også for leveranse og etterfylling av medisinsk forbruksmateriell. Redningshelikoptrene skal til enhver tid ha medisinsk utstyr om bord tilsvarende det luftambulanshelikoptrene har. Utstyret eies av Luftambulansetjenesten HF som er ansvarlig for leveranse, vedlikehold og utskifting ved behov. Luftambulansetjenesten HF foretar også inspeksjoner og reparasjoner av det medisinske utstyret montert i helikoptrene eller lokalisert på basene.

Annen oppgave 2018

- Oslo universitetssykehus skal ha avtaler med Forsvaret. Avtalene skal sikre

legebemanning i redningshelikoptertjenesten, samt leveranse og etterfylling av medisinsk forbruksmateriell.

8.4 Oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelser

Informasjon

Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes håndtering av bierverv viste at ansatte og ledere i helseforetakene i for liten grad rapporterer om bierverv. Systemene som er etablert for å rapportere og følge opp bierverv brukes også i liten grad.

Annen oppgave 2018

- Oslo universitetssykehus må følge opp hovedfunnene og anbefalingene i Riksrevisjonens undersøkelse om bierverv.

8.5 Telefoni

Informasjon

Markedsføringsloven forbyr næringsdrivende å henvise kundene sine til kostbare spesialnumre når de skal kontakte kundeservice. Dette har blitt stadfestet i en avgjørelse i EU-domstolen. Norske næringsdrivende fikk frist til 15. oktober 2017 på å rette seg etter denne avgjørelsen. Flere helseforetak benytter spesialnummer av hensyn til enkel kommunikasjon for publikum. Denne praksisen må gjennomgås med sikte på å utfase løsninger som er kostbare for brukere av spesialisthelsetjenesten. Helse Sør-Øst RHF vil foreta en gjennomgang av spesialisthelsetjenestens bruk av spesialnumre med sikte på å avvikle kostbare spesialnumre.

8.6 NAKMI

Annen oppgave 2018

- Det vises til protokoll fra foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 19. juni 2017, sak 8 *Virksomhetsoverdragelse av NAKMI fra Oslo universitetssykehus HF til Folkehelseinstituttet*. Som det fremgår av protokollen, skal den nye organiseringen tre i kraft fra 1. januar 2018. Oslo universitetssykehus skal følge opp arbeidet med virksomhetsoverdragelse.

8.7 Arbeidslivskriminalitet

Informasjon

Offentlige oppdragsgivere har som innkjøpere av varer og tjenester et særskilt ansvar for å motvirke arbeidslivskriminalitet. Det forventes at offentlige virksomheter går foran i arbeidet med å fremme et seriøst arbeidsliv.

Annen oppgave 2018

- Ved tildeling av oppdrag og i oppfølging av inngåtte kontrakter skal det sikres at leverandører følger lover og regler. Helseforetakene skal i årlig melding redegjøre for resultater fra oppfølging av inngåtte kontrakter og hvordan virksomhetens anskaffelser er innrettet for å gjennomføre dette hensynet.

Vedlegg

I. Detaljert økonomitabell

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF	2018
Basisramme 2017 inkl KBF	11 445 683
<i>Nye forhold inn mot 2018</i>	
KBF 2017 tilbakelegging av uttrekk basis	75 804
KBF 2017 uttrekk av KBF- bevilgning	-77 367
RNB 2017 - pensjon, som i ØLP 2018-21	24 463
Inntektsmodell 2018, fra ØLP 2018-2021	-48 432
Basisramme 2018 før statsbudsjettet	11 420 150
<i>Endringer som følge av Prop 1S 2018</i>	
Prisomregning	247 983
Pensjon, fra Prop 1S	-53 313
<i>Avbyråkratiseringsreformen ABE</i>	
# uttrekk basisramme	-65 444
# ABE lagt tilbake	101 493
Økt aktivitet, alle tjenesteområder	64 322
Økt aktivitet PHV	8 147
Midler fra Raskere tilbake	24 833
Arbeidsmedisinske avdelinger	5 530
<i>Kvalitetsbasert finansiering, KBF</i>	
# uttrekk basisramme	-77 121
# bevilget sfa score på kvalitetsparametere	83 535
Kreftlegemidler - helårseffekt 2017	10 499
Legemidler i basis 2017, overført ISF	-22 830
<i>Andre forhold fra Prop. 1S</i>	
Helsepersonell som gir ISF - nye grupper fra 2018	-344
Overføring fra basis til ISF- psyk	-13 755
Overføring fra basis til ISF- TSB	-3 538
Økte egenandeler	-2 807
Komp. for manglende prisjustering av egenandeler	4736
Nasjonal inntektsmodell	1009
H resepter - apotekavanse	-543
Jordmortjeneste, beredskap	88
<i>Endringer og nye forhold fra Helse Sør-Øst RHF</i>	
Hjertestarterregisster/ NAKOS	1 397
Nasjonalt medisinsk utrykningsteam	1 800
Bakvakt luftambulansen	3 400
RASP- økt kapasitet	4 000
Vestby kommune, overføring av spesialisthelsetilbud fra 02.05.2018	-7 798
Dyre legemidler, avregning aktivitetsbasert del	13
Basisramme 2018 inkl. KBF	11 735 442
Forskning	413 405

<i>herav</i>	
Strategiske forskningsmidler, fra post 72	153 867
Tilskudd post 78	259 538
Nasjonale kompetansetjenester	176 381
Nasjonale kompetansetjenester, sjeldne diagnoser	81 442
Nasjonale kompetansetjenester, øvrige	94 939
Statlige tilskudd	430 548
Rettsmed. Inst.	169 800
Kreftregistret	112 400
Kvalsikring mammmoprogrammet	800
Behandlingsreiser til utlandet	126 504
Koordenhet for dom til behandling	1 700
Turnustjeneste	1 477
Skadelig bruk av doping	4 500
Biobank CFS/ME	1 000
Narkolepsi på barn	3 500
Forsøksordning tannhelse	5 700
Med. undersøkelse på barnehusene	3 167
Sum faste inntekter	12 755 775
ISF- refusjoner	
ISF- somatikk	4 900 589
ISF- psyk og rus	65 554
Sum ISF- refusjoner	4 966 143
Sum inntekter	17 721 919

Nasjonale kompetansetjenester	Tilskudd 2018
Læring og mestring	9 780
Prehospital akuttmedisin(NAKOS)	3 741
Kvinnehelse	14 000
Amming	4 648
Langtidseffekter etter kreftbehandling	3 431
Blodtypeserologi	2 195
Sarkomer	3 491
Gynekologisk onkologi	4 320
Medfødte muskelsykdommer	3 018
Barne- og ungdomsrevmatologi	2 545
Medfødte stoffskiftesykdommer	2 611
Solide svulster hos barn	4 994
Dysmeli	938
Barnehabilitering med vekt på ernæring	4 648
Dekontaminering	2 834
Personlighetspsykiatri	2 549
Traumatologi	4 534
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige	4 534
Seksuelt overførte infeksjoner	2 749

CFS/ ME	2 304
Barn/ voksne med familiær hyperkolestrolemi oa	2 235
Komplekse alvorlige psykosomatiske lidelser hos barn/unge	2 235
Sykdomsrelatert underernæring	2 228
Nasjonal kompetansetjeneste for nevropatisk smerte	2 278
Albuekirurgi NY	2 100
I alt	94 939

Sjeldne diagnoser	Tilskudd 2018
Døvblindesystemet, NTT og kvalitetsregisteret	1 691
Cystisk fibrose	13 032
NEVSOM	19 290
Senter for sjeldne diagnoser	24 425
NK sjeldne epilepsirelaterte diagnoser	6 804
Sentral ledelse for sjeldensentrene og prosjektmidler	16 200
I alt	81 442

II. Detaljert aktivitetstabell

SOMATIKK	
Antall pasientbehandlinger	
TOTAL AKTIVITET	2018
Antall utskrivninger døgnbehandling(Total)	109 591
Antall liggedøgn døgnbehandling (Total)	472 900
Antall oppholdsdager dagbehandling (Total)	84 087
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner (Total)	846 597
Fordeling av antall ISF-poeng	
DØGNBEHANDLING	2018
Fordeling av antall ISF-poeng	
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF (Døgnbehandling)	166 150
Pasienter bosatt i egen region behandlet ved private institusjoner iht. avtale (Kun RHF) (Døgnbehandling)	0
Pasienter bosatt i eget opptaksområde behandlet i andre regioner (Døgnbehandling)	380
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF (Døgnbehandling)	14 318
Sum ISF-poeng (Døgnbehandling)	180 848
Andel ISF-poeng (Døgnbehandling) i % av totalen	75,6 %
DAGBEHANDLING	2018
Fordeling av antall ISF-poeng	
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF (Dagbehandling)	16 815
Pasienter bosatt i egen region behandlet ved private institusjoner iht. avtale (Kun RHF) (Dagbehandling)	0
Pasienter bosatt i eget opptaksområde behandlet i andre regioner (Dagbehandling)	0
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF (Dagbehandling)	950
Sum ISF-poeng (Dagbehandling)	17 765
Andel ISF-poeng (Dagbehandling) i % av totalen	7,4 %
Sum ISF-poeng (Døgnbehandling og dagbehandling) for pasienter bosatt i egen region (iht. "sørge for"-ansvaret)	183 345
Sum ISF-poeng (Døgnbehandling og dagbehandling) for pasienter bosatt i egen og andre regioner	198 613
POLIKLINISK VIRKSOMHET	2018
Fordeling av antall ISF-poeng (Poliklinisk virksomhet)	
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF (Poliklinisk virksomhet)	39 413
Pasienter bosatt i egen region behandlet ved private institusjoner iht. avtale (Kun RHF) (Poliklinisk virksomhet)	0
Pasienter bosatt i eget opptaksområde behandlet i andre regioner (Poliklinisk virksomhet)	80
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF (Poliklinisk virksomhet)	1 100
Sum ISF-poeng (Poliklinisk virksomhet)	40 593
Andel ISF-poeng (Poliklinisk virksomhet) i % av totalen	17,0 %
Sum ISF-poeng (Poliklinisk virksomhet) for pasienter bosatt i egen region (iht. "sørge for"-ansvaret)	39 493
Sum ISF-poeng (Poliklinisk virksomhet) for pasienter bosatt i egen og andre regioner	40 593
PASIENTADMINISTRERTE LEGEMIDLER (H-RESEPTER)	2018

Fordeling av ISF-poeng knyttet til pasientadministrerte legemidler	
Sum ISF-poeng pasientadministrerte legemidler, som inngår i ISF-ordningen tidligere år, for pasienter bosatt i eget opptaksområde, uavhengig av hvem som har utstedt resept (iht. "sørge for"-ansvaret)	2 450
Sum ISF-poeng pasientadministrerte legemidler, som inngår i ISF-ordningen fra og med inneværende år, for pasienter bosatt i eget opptaksområde, uavhengig av hvem som har utstedt resept (iht. "sørge for"-ansvaret)	400
Sum ISF-poeng pasientadministrerte legemidler (H-resepter)	2 850
TOTALT ANTALL ISF-POENG	2018
Totalt antall ISF-poeng (døgn, dag og poliklinikk) iht. "Sørge for"-ansvaret (Pasienter bosatt i egen region)	222 838
Totalt antall ISF-poeng (døgn, dag og poliklinikk) iht. "Sørge for"-ansvaret for aktivitet utført i eget helseforetak	222 378
Totalt antall ISF-poeng (døgn, dag og poliklinikk) (pasienter bosatt i egen og andre regioner)	239 206
Totalt antall ISF-poeng (døgn, dag og poliklinikk) for aktivitet utført i eget helseforetak	238 746
Totalt antall ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk, pasientadministrerte legemidler) iht. "Sørge for"-ansvaret (pasienter bosatt i egen region/opptaksområde)	225 688
Totalt antall ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk for pasienter bosatt i egen og andre regioner og pasientadministrerte legemidler for pasienter bosatt i eget opptaksområde)	242 056

PSYKISK HELSEVERN	
PSYKISK HELSEVERN FOR VOKSNE (VOP)	2018
Psykisk helsevern for voksne (VOP) Sum DPS og sykehus	
Antall utskrivninger døgnbehandling(VOP)	2 341
Antall liggedøgn døgnbehandling (VOP)	71 310
Antall oppholdsdager dagbehandling (VOP)	0
Antall polikliniske konsultasjoner (VOP)	93 449
Kjøp fra private institusjoner (VOP)	
Antall utskrivninger døgnbehandling(VOP Private)	0
Antall liggedøgn døgnbehandling (VOP Private)	0
Antall oppholdsdager dagbehandling (VOP Private)	0
Antall polikliniske konsultasjoner private (VOP Private)	0
PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE (BUP)	2018
Antall utskrivninger døgnbehandling(BUP)	167
Antall liggedøgn døgnbehandling (BUP)	7 943
Antall oppholdsdager dagbehandling (BUP)	3 698
Antall polikliniske konsultasjoner (BUP)	44 507
Kjøp fra private institusjoner	
Antall utskrivninger døgnbehandling(BUP Private)	0
Antall liggedøgn døgnbehandling (BUP Private)	0
Antall oppholdsdager dagbehandling (BUP Private)	0
Antall polikliniske konsultasjoner (BUP Private)	0
TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING (TSB)	2018
Antall utskrivninger døgnbehandling(TSB)	2 367
Antall liggedøgn døgnbehandling (TSB)	24 686

Antall oppholdsdager dagbehandling (TSB)	0
Antall polikliniske konsultasjoner (TSB)	23 831
Kjøp fra private institusjoner	
Antall utskrivninger døgnbehandling(TSB Private)	0
Antall liggedøgn døgnbehandling (TSB Private)	0
Antall oppholdsdager dagbehandling (TSB Private)	0
Antall polikliniske konsultasjoner (TSB Private)	0

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 22. mars 2018

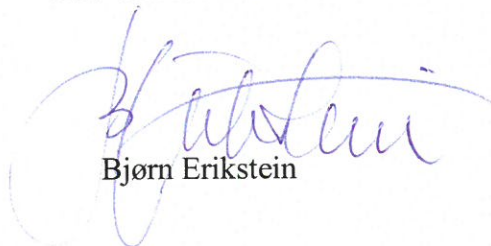
Saksbehandler: Visadministrerende direktør økonomi og finans

SAK 19/2018 ØKONOMISK LANGTIDSPLAN 2019-2022 (38)

Forslag til vedtak

Styret tar redegjørelsen om økonomisk langtidsplan til orientering.

Oslo den 15. mars 2018



Bjørn Erikstein

1. Innledning

Økonomisk langtidsplan 2019-2022 (38) for Oslo universitetssykehus HF legges fram for vedtak i styret i møte den 25. april. I denne saken orienteres det om sentrale planforutsetninger som styret i Helse Sør-Øst RHF har vedtatt i sak 22/2018, Økonomisk langtidsplan 2019-2022, Planforutsetninger med tilhørende vedlegg, i møte 8. mars 2018.

Av Helse Sør-Øst styrets vedtak i foreløpig protokoll fremgår det at:

1. *Helseforetakene skal i sine økonomiske langtidsplaner for perioden 2019-2022 legge til grunn de planforutsetninger som følger av denne saken, herunder at:*

- *Samlet vekst i pasientbehandlingen skal være i overkant av 2 % fra 2018 til 2019, veksten i ISF-finansiert pasientbehandling skal være om lag 7 % i planperioden og veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal hver for seg være høyere enn for somatikk.*
- *Tilgjengelighet til tjenesten bedres, og målsetninger om utvikling i ventetider per tjenesteområde nås.*
- *Det skal gjennomføres egne analyser av bemanningsbehov innen aktuelle fagområder som knyttes til egne utviklingsplaner. Analysene må følges opp av tiltak i perioden som bidrar til at utdanning og kompetanse samsvarer med helseforetakets behov.*
- *Helseforetakene skal kartlegge status og behov for medisinsk teknisk utstyr. På det grunnlag skal det utarbeides anskaffelsesplaner med prioriteringer.*
- *Helseforetakene må sette av midler til både løpende og ekstraordinært vedlikehold og i utgangspunktet bør det løpende vedlikeholdet i gjennomsnitt utgjøre cirka 250 kr/kvm per år for hele bygningsmassen.*

2. *Helseforetakenes økonomiske langtidsplaner skal baseres på realistiske forutsetninger om kostnads- og inntektsutvikling, og tiltak for å oppnå det planlagte resultatet skal i størst mulig grad beskrives og tallfestes. Dette arbeidet skal skje i nært samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner.*

Økonomisk langtidsplan er en rullerende plan og planen for 2019-2022 (38) bygger på den økonomiske langtidsplanen som ble vedtatt av styret i Oslo universitetssykehus 25. mai 2017. Hovedfokus blir lagt på de fire første årene frem til 2022. Beregningene knyttet til driftsøkonomi og investeringspådrag vil fremføres til (2038) med utgangspunkt i målbildet som styret i Helse Sør-Øst RHF har vedtatt for Oslo Universitetssykehus:

«Et samlet komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet.»

2. Administrerende direktørs vurdering

Administrerende direktør påpeker at Oslo universitetssykehus gjennomgående har en meget gammel bygningsmasse og den eldste utstyrsparken i regionen. Det er nødvendig med omfattende investeringer i bygninger og utstyr over de kommende 15-20 år. Som følge av dette er det nødvendig å få til en dreining av bruk av

foretakets inntekter fra drift til investeringer. På kort sikt må foretaket oppnå positive resultater fra driften for å kunne finansiere investeringer i utstyr og bygningsvedlikehold. På lengre sikt må driften innrettes slik at den kan forsvare økte kapitalkostnader (renter og avskrivninger) på store lånefinansierte bygningsinvesteringer.

Lavere inntektsforutsetninger og betydelig vekst i IKT- og medikamentkostnader de siste årene har gjort det mer krevende å forbedre resultatene i Oslo universitetssykehus enn tidligere antatt. Det er viktig å merke seg at 2017 overskuddet i stor grad er et resultat av utsatte regionale IKT-prosjekter og besparelser knyttet til lønnsoppgjør etc. under foretakets fellesposter. Virksomheten og klinikkene har ikke klart å oppnå tilstrekkelige økonomiske forbedringer i gjennomføringen av driften.

Inntektsrammene for planperioden 2019-2022 svekkes sammenlignet med forrige rullering av Økonomisk langtidsplan 2018–2021. For 2019 gir planforutsetninger mottatt fra Helse Sør-Øst RHF en realnedgang i inntektsrammene som følge av oppdaterte kriterier i regional inntektsmodell. Administrerende direktør vil i dialogen med Helse Sør-Øst RHF ta opp omfordelinger knyttet til pensjon som gir en negativ økonomisk effekt i 2019 på om lag 60 millioner kroner. Det har vært praksis å gi midlertidig inntektsstøtte til foretak for negative omfordelinger knyttet til finansieringen av pensjon.

En vesentlig endret rammeforutsetning som påvirker rulleringen av foretakets økonomisk langtidsplan er økt rentenivå på 1 prosent på statslån, som ble vedtatt i statsbudsjett for 2018. Rentepåslaget vil øke foretakets rentekostnader med over 200 millioner kroner på lån knyttet til finansiering av de store byggeprosjektene.

Det er i utgangspunktet bare to alternativer for å dekke inn de økte kapitalkostnader i foretakets Økonomisk langtidsplan 2019 – 2022 (38):

1. De driftsøkonomiske gevinstene ved å ta i bruk nye bygg må økes tilsvarende
2. Foretakets planlagte resultatnivå før nye bygg ved Aker og Gaustad tas i bruk, må økes tilsvarende

Administrerende direktør vil gjennomføre prosesser i foretakets ledergruppe, med foretakstillitsvalgte og hovedverneombud for å sikre bredest mulig involvering i prosessen med rullering av foretakets Økonomisk langtidsplan 2019–2022 (38).

3. Fakta

Helse Sør-Øst RHF behandlet forutsetningene for økonomisk langtidsplan i styremøte 8. mars. Nedenfor gjengis de mest sentrale forutsetninger fra styresaken og noen foreløpige vurderinger av aktivitetsutvikling, investerings- og finansieringsbehov, inntekter og andre driftsforutsetninger.

Overordnede mål og regionale planleggingsmål

I oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2018 framgår det at de regionale helseforetakene i 2018 skal innrette sin virksomhet med sikte på å nå følgende overordnede styringsmål:

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

Det legges til grunn at disse målene også vil være førende for økonomiplanperioden 2019-2022. I sak 021-2017 Økonomisk langtidsplan 2018-2021. Planforutsetninger vedtok styret følgende mål for perioden 2018-2021:

- Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrud
- Sykehusinfeksjoner er redusert til under tre prosent
- Pasienten får timeavtale sammen med svar på henvisningen
- Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet
- Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer

Disse målene uttrykker organisasjonens ambisjoner om tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet. Følgende nye dokumenter skal legges til grunn for utvikling av tjenesten:

- Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)
- Sammen redder vi liv – en nasjonal dugnad for å redde liv ved hjertestans og andre akuttmedisinske tilstander. Helsedirektoratet 2017.
- Meld. St. 6 (2017-2018) Kvalitet og pasientsikkerhet 2016
- Nasjonal strategi for tilgjengeliggjøring og deling av forskningsdata
- Nasjonal hjernehelsestrategi (2018-2024)
- Nasjonal diabetesplan (2017-2021)

De regionale målene er en videreføring av tidligere års mål, mens de nye nasjonalt vedtatte strategiene knyttet til hjertestans og andre akuttmedisinske tjenester og hjernehelse vil kunne medføre økte kostnader for Oslo universitetssykehus HF.

Aktivitetsutvikling

Ved forrige rullering av Økonomisk langtidsplan ble det lagt til grunn en underliggende aktivitetsvekst innenfor somatikk på om lag 2 prosent per år. Statistisk sentralbyrå's befolkningsframskriving viser nå en gjennomsnittlig årlig vekst på 1,2 prosent per år innenfor Oslo sykehusområde og 1 prosent per år i Helse Sør-Øst i perioden. Dette er en reduksjon i befolkningsveksten for Oslo på 0,3 prosent, fra de forutsetningene som lå til grunn ved behandling av Økonomisk langtidsplan 2018-2021. Det er mange usikkerhetsmomenter knyttet til aktivitetsutviklingen fremover. Noen viktige elementer er endringer i flyttemønster/sentralisering og innvandring, samt desentralisering av oppgaver innenfor blant annet kreftområdet. Andre helseforetak sine mål om å ivareta en større andel av pasientbehandlingen innenfor eget sykehusområde vil også kunne påvirke aktivitetsutviklingen ved Oslo universitetssykehus HF.

Oslo universitetssykehus HF vil fremdeles planlegge for økt tilgjengelighet av helsetjenester. Det skal oppnås reduksjon i eksterne ventelister og raskere intern oppfølging av pasientene. Oslo universitetssykehus HF legger foreløpig til grunn at dette kan realiseres innenfor en vekst på 1,5 - 2 prosent per år innenfor somatisk

virksomhet. Dette er i overensstemmelse med Helse Sør-Øst RHF sin foreløpige vurdering av samlet aktivitetskrav til foretakene i regionen:

Følgende planforutsetninger legges til grunn for aktivitet og prioritering:

- *Samlet vekst i pasientbehandlingen skal være i overkant av 2 % fra 2018 til 2019.*
- *Vekst i ISF-finansiert pasientbehandling skal være om lag 7 % i planperioden.*
- *Vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal hver for seg være høyere enn for somatikk.*

I tillegg skal det enkelte helseforetak og sykehus dimensjonere tjenestetilbudet i sine aktivitets-, bemannings - og kostnadsbudsjetter, slik at krav med hensyn til bl.a. tilgjengelighet innfris.

- *Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager innen 2021.*
- *Helse Sør-Øst RHF har som mål at gjennomsnittlig ventetid skal være under 57 dager i somatikk og under 40 dager innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling innen 2018.*
- *Tildeling av time innen 10 virkedager fra mottak av henvisning1.*
- *Pasientene skal ikke oppleve fristbrudd.*

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere

Ventetider og ventelister gir ikke i samme grad som innenfor somatisk virksomhet et uttrykk for om befolkningen får det tilbudet som etterspørres.

Prioriteringsregelen vil bli tatt hensyn til i den økonomiske langtidsplanen og innenfor psykisk helsevern for voksne, barne- og ungdomspsykiatrien og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere (TSB) vil det bli forutsatt en høyere vekst og lavere ventetider enn det som planlegges innenfor somatisk virksomhet.

Investeringsbehov

Tabellen under viser innmeldt investeringsbehov i Økonomisk langtidsplan 2018-2021.

Investeringsbudsjett (ekskl. byggelånsrenter) (mill kroner)		ØLP 2019	ØLP 2020	ØLP 2021
TOTALT	MTU	400	400	400
	Bygg(videreføres og nye)	1 412	1 979	1 667
	Bygg(fraflyttes)	135	81	76
	Egenkapital pensjon	68	70	70
	Annet	69	78	87
	IKT	35	35	35
	SUM	2 119	2 643	2 335

Investeringstabell fra økonomisk langtidsplan 2018-2021, for årene 2019-2021

Ved forrige rullering av Økonomisk langtidsplan 2018-2021 ble det fra 2019 forutsatt at finansiell leie som instrument ikke lenger skulle benyttes. Hvis investeringsnivået skal opprettholdes som planlagt er foretaket avhengig av å realisere det resultatnivået som ble langt til grunn ved forrige rullering for planperioden 2019 -2022.

Investeringsplanene i Økonomisk langtidsplan 2019-2022 (38) vil bli oppdatert med vedtak i konseptfase for regional sikkerhetsavdeling og Radiumhospitalet med utvidelse av protonbygg. Investeringsnivå for Gaustad- og Akerutbyggingene vil bli videreført med forrige års tall oppdatert til 2018 priser, ettersom det ikke vil foreligge nye investeringskalkyler før høsten 2018.

Det er en pågående dialog med Helse Sør-Øst RHF om etappe 2 ved Aker og Gaustad skal være en del av foretakets Økonomisk langtidsplan 2019-2022(38).

Styret vil som tidligere år bli forelagt oppdaterte investeringsplaner for medisinskteknisk utstyr, lokal IKT, bygg investeringer og øvrige investeringer.

Driftsøkonomi 2019-2022

Under følger en foreløpig overordnet vurdering av driftsøkonomisk situasjon i planperioden.

Rammer fra HSØ RHF og inntektsforutsetninger generelt

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet planforutsetninger inklusive rammer til sykehusområdene i styremøte 8. mars. Rammer til Oslo universitetssykehus HF fra Helse Sør-Øst RHF ble distribuert den 9. mars og tabellen under viser forventet endring i rammer i planperioden.

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF	Økonomiplan 2019-2022			
Beregning av foreløpig inntektsramme	2019	2020	2021	2022
Basisramme inkl. KBF forrige periode	11 735 442	11 846 280	11 939 397	12 028 105
Endringer				
Forskuttet red. basis 2018 sfa pensjon	-137 529			
Omfordeling inntektsmodell	1 670	44 151	39 629	38 850
Økt aktivitet	48 827	48 967	49 079	49 187
Ervervet hjerneskade barn og unge	1 270			
Omstilling ny fin.ordning laboratorie	200 000			
Økt bemanning luftambulans	-3 400			
Foreløpig basisramme	11 846 280	11 939 397	12 028 105	12 116 141

Tabell 1 Tabell fra Helse Sør-ØST RHF – Inntektsramme 2019-2022

Oppdaterte beregninger fra januar 2018 viser en ytterligere reduksjon i pensjonskostnaden i 2018. Det forventes derfor en reduksjon i basisramme til Helse Sør-Øst RHF i Revidert nasjonalbudsjett 2018 på i alt om lag 592 millioner kroner. Denne reduksjonen er, som planforutsetning i Økonomisk langtidsplan 2019-2022 fordelt etter andel kostnadsreduksjon i 2018, mens det beregnes modelleffekter fra 2019. Fordelingen for Oslo universitetssykehus HF av forventet basisreduksjon som følge av dette i 2018 fremgår av tabellen over med en reduksjon i basis på 137,5 millioner kroner.

Omfordelinger knyttet til oppdatering av kriterieverdier i inntektsmodellen gir Oslo universitetssykehus HF en positiv effekt på 1,7 millioner kroner fra 2018 – 2019. I denne endringen er det flere forhold som inngår, de største er:

- Beregnede modelleffekter pensjon gir negativ resultateffekt med 62 MNOK.
- Forskningsaktiviteten øker relativt mer i andre foretak – gir negativ effekt for Oslo universitetssykehus HF på 28 millioner kroner.
- Oppdaterte kriterier psykisk helse og rus gir positiv effekt på om lag 6 millioner kroner.
- Oppdaterte kriterier somatikk gir positiv effekt på 16 millioner kroner
- Endret opptaksområde prehospitale tjenester gjør at kommuner som tidligere har tilhørt Sykehuset Innlandet overføres Oslo universitetssykehus HF (Kongsvinger, Nord-Odal, Sør-Odal, Eidskog og Grue). Denne overføringen gir Oslo universitetssykehus HF en positiv effekt på om lag 66 millioner kroner.

Isolert sett får Oslo universitetssykehus i 2019 et inntektstap for forskning og pensjon på om lag 90 millioner kroner. Positiv omfordeling knyttet til endret opptaksområde for prehospitale tjenester på 66 millioner kroner må forventes disponert i stor grad til overtakelse av ambulansetjenester for kommunene som i dag er en del av Sykehuset Innlandet HF sitt opptaksområde. Hvis justeringer av opptaksområde holdes utenfor i vurderingen av økonomiske effekter knyttet til inntektsmodell vil foretaket tape om lag 67 millioner kroner i overgangen fra 2018 til 2019. Midler til å finansiere økt aktivitet på 49 millioner kroner og effekter av oppdaterte kriterier som medfører en samlet realnedgang i basisramme for 2019 på om lag 20 millioner kroner.

Hvert år i planperioden 2020–2022 forventes en vekst i rammen til Oslo universitetssykehus på om lag 90 millioner kroner. Dette er en årlig reduksjon på 10 millioner kroner sammenlignet med forrige rullering av Økonomisk langtidsplan 2018-2021.

Det ble gitt kompensasjon for den store pasienttilstrømmingen fra de andre sykehusområdene med 75 millioner kroner for budsjett 2017. Denne kompensasjonen er videreført i planforutsetningene fra eier.

I vedlegg til styresak 022–2018 – Planforutsetninger Økonomisk langtidsplan 2019 – 2022 heter det at:

Det er i planforutsetningene for 2019-2022 ikke innarbeidet endringer i inntektsmodellen knyttet til disse forholdene. Helseforetakene må imidlertid ta høyde for at de foreslåtte endringene i abonnementet og håndteringene av aktivitet utover etablerte finansieringsordninger kan bli innført ved utarbeidelse av forutsetningen for 2019-budsjettet, dvs. følgende:

- *Det gjøres ingen endringer i det samlede volumet i abonnementsordningen, men volumet for inneliggende pasienter reduseres fra 40,5 til 39,5 ISF-poeng per 1000 innbygger. Volum for polikliniske konsultasjoner økes fra 2 til 3 ISF-poeng per 1000 innbygger.*

- *Det omfordeles inntekt for aktivitet utover etablerte finansieringsordninger ved Oslo universitetssykehus fra sykehusområdene Akershus, Vestre Viken og Østfold til Oslo sykehusområde.*

Det er også gjort analyser og vurderinger vedrørende storbykriteriet innen psykisk helsevern og TSB, samt om utviklingen innen ambulante tjenester medfører behov for endringer. Dette arbeidet er ikke avsluttet og får derfor ikke innvirkning på planleggingsrammene for 2019-2022.

Det er videre arbeidet med bruk av inntektsmodellen innen Oslo sykehusområde. Disse vurderingene er avhengig av modellelementene for psykisk helsevern og TSB og pågår derfor fortsatt.

Effektene av en eventuell implementering av justeringer omtalt over vil medføre at Oslo universitetssykehus får i underkant av 25 millioner kroner mindre i abonnementet for høyspesialiserte tjenester i 2019 enn i 2018. Når det gjelder inntekt knyttet til aktivitet utover etablerte finansieringsordninger er prosjektleders anbefaling en pris på 90 prosent ISF som vil gi Oslo universitetssykehus 60 millioner kroner mot dagens nivå på 75 millioner kroner. Det fremgår også et alternativ med 95 prosent ISF som vil gi en inntekt på 88 millioner kroner.

En innføring av endringer i inntektsmodell som beskrevet over vil gi Oslo universitetssykehus HF ytterligere reduksjon i inntektsrammene fra 12 -40 millioner kroner avhengig av hvilken pris som legges på meraktiviteten.

Med foreliggende endringer i basisramme for 2019 står Oslo universitetssykehus foran en utfordring som medfører at kravet til økt produktivitet må ytterligere skjerpes sammenlignet med tidligere vurderinger. Dette vil kunne medføre at kravet til produktivitetsvekst for 2019 vil kunne overstige 3 prosent.

Det er sannsynlig at inntektsforutsetningene for alle helseforetakene vil bli krevende i årene fremover. I 2015-2018 ble prisene for helseforetakets tjenester redusert som følger av effektiviserings- og avbyråkratiseringsreformen. Som konsekvens får sykehusene hvert år lavere betaling per opphold som igjen fører til lavere aktivitetsbaserte inntekter. Det må påregnes at reformen videreføres i de kommende årene.

Resultatkrav

Økonomisk langtidsplan 2018-2021 inneholdt en vurdering av kravet til forbedring av resultatene. I styrets forrige rullering av Økonomisk langtidsplan 2018 -2021 ble det vedtatt en plan for driftsresultatene som følger:

350 MNOK i 2019

400 MNOK fra 2020 og fremover

Resultatforbedringen var beregnet til å innebære et behov for effektivisering i klinikkene med om lag 2 til 3 prosent per år.

Endringer innen særskilte kostnadsområder

Det foreligger ikke innspill fra Sykehuspartner for utviklingen av IKT-kostnader for perioden 2019 -2022. Det er forventet at trenden med betydelig økning IKT-kostnader vil fortsette i planperioden.

Prognose for medikamentkostnader for Økonomisk langtidsplan 2019 – 2022 er mottatt fra Sykehusapotekene og viser en vekst på 26,4 prosent for Oslo universitetssykehus i planperioden. Dette utgjør 257 millioner kroner i 2018 priser for hele planperioden. Prognosen baseres på historiske trender utviklet på basis av innkjøpshistorikk samlet hos sykehusapotekene. Her er både sykehusapotekenes salg til sykehusene inkludert, samt aggregerte salgsdata fra Reseptregisteret. De fleste årene siden 2010 har vist en vekstrate på rundt 5-8 prosent, med unntak av 2014, 2016 og 2017 hvor det først og fremst er utvidelse av H-reseptordningen som utgjør den viktigste grunnen til høy vekst.

Økt rentenivå på statslån med 1 prosent som ble vedtatt av Stortinget i forbindelse med Regjeringens fremlegg av Statsbudsjett for 2018 vil øke finanskostnadene på etappe 1 investeringer på Aker/Gaustad samt RSA og nytt klinikkbygg og protonsenters ved Radiumhospitalet med om lag 200 millioner kroner. Etappe 2 investeringer for Aker/Gaustad vil medføre ytterligere om lag 100 millioner kroner i økte finanskostnader.

Tiltak for forbedring av driftsresultatene

Oslo universitetssykehus' hovedstrategi for håndtering av driftsforbedringer er å øke aktiviteten med eksisterende ressurser.

Oslo universitetssykehus legger også betydelige ressurser inn på å arbeide med forbedringer i de viktigste arbeidsprosessene på sykehuset (operasjon, poliklinikk og sengeposter) og mer tydelig operativ daglig ledelse. Programmet «Forbedring av driften i Oslo universitetssykehus HF 2017-2021» skal bidra med positiv effekt til drift inneværende år og ytterligere effekter i 2019 og fremover.

Det vil i planperioden bli tatt i bruk nye IKT-systemer som vil gi økte kostnader for driften. Det vil være et stort fokus på å ta ut gevinster ved innføring av ny teknologi i planperioden.

Investeringsbehovene sett opp mot mulighetene for resultatforbedringer

Kravene til resultatforbedring i Oslo universitetssykehus er drevet frem av de betydelige behovene for å tilføre mer likviditet til investeringer i bygg, medisinskteknisk utstyr og IKT. Ved å overføre midler fra driftsbudsjettet til investeringsbudsjettet kan helseforetaket oppnå bedret standard på bygg og utstyr.

Det er ut fra dette behovet vurdert som nødvendig med et ambisiøst mål for forbedring av driften i sykehuset. Målene som settes for driftsforbedringer må samtidig være realistiske å oppnå. Med de forutsetninger som fremkommer på inntekts- og kostnadssiden vil et resultatkrav på 350 millioner kroner for 2019 med stor sannsynlighet innebære et krav til forbedring på i overkant av 3 prosent.

Foretaksgruppen Helse Sør-Øst RHF som helhet er i en tilsvarende situasjon der det er nødvendig å oppnå resultatforbedringer i alle helseforetak for å kunne omdisponere midler til større byggeprosjekter. Helse Sør-Øst RHF har frem til nå satt som mål for foretaksgruppen at det skal oppnås et positivt resultat på om lag 2 prosent av samlede inntekter mot slutten av planperiodene. Helse Sør-Øst RHF har økt denne ambisjonen til om lag 2,5 prosent mot slutten av planperioden. For Oslo universitetssykehus ville dette utgjøre krav om et positivt resultat på om lag 550 millioner kroner.

Prosess

- 8. mars Helse Sør-Øst RHF styret behandler planforutsetningene i økonomisk langtidsplan
- 9. mars Foretakene mottar maler og rammeforutsetninger
- 14. mars Dialogmøte foretakstillitsvalgte – økonomiske planforutsetninger fra HSØ
- 22. mars Oslo universitetssykehus HF styret får forelagt en beskrivelse av utfordringene og dilemmaene i økonomisk langtidsplan.
- 19. april OUS leverer sine innspill til økonomisk langtidsplan til Helse Sør-Øst RHF
- 19. april Drøftingsmøte
- 25. april Oslo universitetssykehus HF styret behandler økonomisk langtidsplan
- 4. mai Oslo universitetssykehus HF leverer oppdatert økonomisk langtidsplan etter styrebehandling
- 14. juni Styret i Helse Sør-Øst RHF behandler Økonomisk langtidsplan 2019-2022 (38)

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 22. mars 2018

Saksbehandler: VAD fag, pasientsikkerhet og samhandling

Vedlegg: 1. Høringsutkast
2. Høringsbrev

SAK 20/2018 UTVIKLINGSPLAN 2035 FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF

Styret ble i sak 76/2017 og 9/2018 orientert om arbeidet med Utviklingsplan 2035 for Oslo universitetssykehus. Planen ble sendt på høring 19. februar i år og er lagt inn i styrets portal for dokumenter.

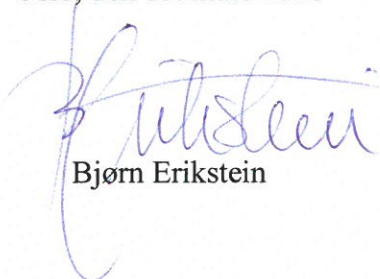
Saken legges med dette fram for styret for eventuelle innspill til høringsutkastet før utviklingsplanen legges fram for vedtak i styret i styremøtet 25. april 2018.

Planen skal oversendes Helse Sør-Øst RHF innen 1. mai.

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering og ber om at Utviklingsplan 2035 for Oslo universitetssykehus legges frem for vedtak i neste styremøte.

Oslo, den 15. mars 2018



Bjørn Erikstein



Oslo universitetssykehus HF

I dag, i morgen og i framtiden

Utviklingsplan 2035
Versjon 09 (Høringsutkast)
Februar 2018



Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	4
1 BAKGRUNN, MÅL OG MANDAT	6
1.1 Overordnede mål for Oslo universitetssykehus HF	6
1.2 Bakgrunn for prosjektet.....	6
1.3 Mål for planarbeidet.....	7
1.3.1 Overordnet mål	7
1.3.2 Effektmål.....	7
1.3.3 Resultatmål.....	7
1.4 Strategiske føringer og mandat	7
1.4.1 Strategiske føringer	7
1.4.2 Mandat	9
1.4.3 Prosjektorganisering.....	9
1.4.4 Fremdriftsplan	10
1.4.5 Interessenter, medvirkning og aktiviteter	11
2 NÅSITUASJONEN	12
2.1 Dagens organisering	12
2.2 Aktivitet 2016	12
2.2.1 Somatikk	13
2.2.2 Psykisk helsevern	16
2.2.3 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).....	16
2.2.4 Prehospital virksomhet.....	17
2.3 Pasientens helsetjeneste – brukertilfredshet.....	17
2.4 Pasientbehandling – faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring. 18	
2.5 Oppgavedeling og samhandling med primærhelsetjenesten/kommunehelsetjenesten..	23
2.6 Organisasjon og ledelse.....	26
2.7 Utdanning, bemanning og kompetanse	27
2.7.1 Utdanning	27
2.7.2 Bemanning.....	28
2.7.3 Personell- og kompetansebehov	30
2.8 Forskning og innovasjon	30
2.8.1 Forskning	30
2.8.2 Innovasjon og næringsutvikling	31
2.9 Økonomi	32
2.10 IKT.....	33
2.11 Dagens bygg – tilstand og muligheter	36
2.12 Tomt og eiendomsforhold	39
3 UTVIKLINGSTREKK OG FRAMSKRIVING	40
3.1 Endringsfaktorene	40
3.2 Demografi og sykdomsutvikling	40
3.3 Ny brukerrolle.....	41
3.4 Utdanning og kompetanse	41
3.5 Sykdomsforekomst	42
3.6 IKT og ehelse	43
3.7 Medisinskfaglig og –teknologisk utvikling	43

3.8	Oppgavedeling.....	43
3.9	Ytelse av tjenestene – effektivisering.....	44
3.10	Aktivitetsberegninger	44
3.11	Aktivitet somatikk.....	44
3.12	Aktivitet Psykisk helsevern – voksne	45
3.13	Aktivitet Psykisk helsevern – barn og unge	46
3.14	Aktivitet Tverrfaglig spesialisert behandling av rusavhengighet (TSB).....	46
4	MÅLBILDE, TILTAK OG ORGANISERING AV PASIENTENS HELSETJENESTE	47
4.1	Brukerperspektivet – Innspill fra Brukerutvalget og Ungdomsrådet	47
4.2	Pasientsikkerhet og kvalitet.....	51
4.3	Overordnede utviklingstrekk, forutsetninger og premisser	53
4.3.1	Finansiering.....	53
4.3.2	Bruk av ny teknologi og digitalisering.....	54
4.4	Målbilde, tiltak og organisering for utvalgte områder	63
4.5	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	63
4.5.1	Psykisk helsevern for barn og ungdom (BUP).....	63
4.5.2	Psykisk helsevern for voksne	65
4.5.3	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).....	67
4.6	Habilitering og rehabilitering.....	69
4.7	Kreftbehandling	71
4.8	Nevrofaget	76
4.9	Indremedisinske sykdommer	79
4.10	Hjertesykdommer	83
4.11	Muskel- og skjelettsykdommer	86
4.12	Bilediagnostikk og nukleærmedisin.....	90
4.13	Laboratoriemedisin.....	94
4.14	Traumatologi	97
4.15	Kvinnesykdommer	99
4.16	Barne- og ungdomsmedisin.....	100
4.17	Øyesykdommer.....	104
4.18	ØNH - sykdommer	104
4.19	Plastikk- og rekonstruktiv kirurgi	105
4.20	Kjeve- og ansiktskirurgi.....	105
4.21	Organtransplantasjon.....	105
4.22	Prehospitale tjenester	107
4.23	Antibiotikaresistens.....	108
4.24	Simulering	110
4.25	Oppgavedeling og samhandling	111
4.26	Forskning og innovasjon	116
4.26.1	Forskning	116
4.26.2	Innovasjon	119
4.27	Utdanning og kompetanse	122
4.28	Internasjonalt samarbeid.....	124
4.29	Legemiddelhåndtering.....	125
5	ANALYSE OG VEIVALG	127
5.1	Eksterne føringer	127
5.2	Alternative veivalg for helseforetaket.....	128
5.3	Valg og beskrivelse av hovedløsning	129
5.4	Premisser i framtidige veivalg	130
5.5	Oslo sykehusområde	130

5.6	Virksomhetsavklaringer	131
5.7	Regionsykehusfunksjoner og nasjonale tjenester	132
5.8	Lokal- og områdesykehusfunksjoner	132
5.9	Traumebehandling.....	132
5.10	Utvikling av framtidens behandling – forskning.....	133
5.11	Persontilpasset medisin og bruk av ny teknologi	133
5.12	Kompetanse og utdanning.....	134
5.13	Internasjonal rolle.....	134

HØRINGSUTKAST

Sammendrag

Oslo universitetssykehus (OUS) er Norges største helseforetak med lokal- og områdesykehusfunksjoner, regionsykehusfunksjoner for Helse Sør-Øst, samt nasjonale tjenester. OUS er i nasjonal og internasjonal sammenheng en stor forskningsinstitusjon, og ivaretar grunn- og videreutdanning av ulike grupper helsepersonell.

OUS skal også i framtiden tilby spesialisthelsetjenester som er preget av høy kvalitet, i et samvirke med andre sykehus og spesialister og med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Tjenesten skal utvikles med høy grad av medvirkning fra brukerne og deres pårørende, både på system- og individnivå.

OUS skal også framover bidra til ny kunnskap og utvikling av helsetjenestene, og skal ta i bruk ny teknologi til pasientenes beste. Sykehuset skal følge de nasjonale prioriteringsprinsipper og skal arbeide for å gi likeverdige helsetjenester.

Planarbeidet ble startet våren 2017 og arbeidet med Utviklingsplan 2035 har skapt stort engasjement internt i sykehusets fagmiljøer og blant eksterne samarbeidspartnere. Mange personer har bidratt i prosjektet, ut fra et felles ønske om å lage en utviklingsplan som legger grunnlaget for at OUS kan arbeide videre under sin visjon «*Sammen med pasientene utvikler vi morgendagens behandling*».

Helsetjenesten kommer til å være i betydelig endring i planperioden fram til 2035. Etterspørselen etter spesialisthelsetjenester er økende. En raskt økende befolkning i opptaksområdet, økende levealder, større forventninger fra brukerne, ny teknologi og endringer i sykdomsbilde er noen av de endringsfaktorer som vil treffe helsetjenesten og som vil krever nye måter å organisere tjenestene på. Helsetjenesten må ta hensyn til disse endringsfaktorene. Økonomiske rammer og tilgang til personalressurser vil være begrenset, og nødvendige prioriteringer må gjøres.

Oslo universitetssykehus vil i framtiden være lokalsykehus for en større del av befolkningen enn i dag, gjennom de endringsprosesser som vil skje i hovedstadsområdet. Effekten forsterkes når man tar hensyn til befolkningsframskriving for befolkningen i sykehusets opptaksområde. Det er gjort framskrivninger av forventet aktivitet som også vil påvirkes av faglig utvikling og de muligheter som ny teknologi og digitalisering gir. Digitalisering og ny teknologi gir muligheter for mer behandling og oppfølging i hjemmet og i primærhelsetjenesten, med færre oppmøter i sykehuset. Aktivitetsøkningen forventes å være størst innen dag- og poliklinisk behandling.

Tilbudet til pasientene må være mest mulig koordinert og sømløst både innad i sykehuset, mellom de ulike sykehusene og mellom sykehuset og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De fleste pasientene krever oppfølging etter utskrivning fra sykehus, basert på gode rutiner og systemer for samhandling mellom sykehuset og primærhelsetjenesten.

Oslo universitetssykehus skal arbeide for å øke pasientenes medvirkning i beslutningsprosesser og styrke deres mestringsevne i ulike faser av sykdommen og behandlingen.

Moderne teknologi er et viktig verktøy for å sette pasientene i bedre stand til å ta egne valg, kommunisere med helsetjenesten og foreta enkle målinger som kan forhindre unødvendige oppmøter i sykehus.

Oslo universitetssykehus har med denne planen forsøkt å beskrive tiltak som bidrar til å realisere sykehusets visjon og som tar hensyn til endringsfaktorene som kommer til å påvirke spesialisthelsetjenesten i årene som kommer. Det legges til grunn at mer av spesialisthelsetjenestene kommer til å foregå utenfor sykehus, bl.a. ved mer bruk av hjemmesykehus og ambulante team. Det forventes at digital samhandling mellom pasient og spesialisthelsetjenesten og mellom sykehus og andre samarbeidspartnere vil skape et annet samarbeidsmiljø enn i dag til beste for pasientene og for bedre ressursutnyttelse. Medisinsk forskning og innovasjon vil bringe fram nye

behandlingsmuligheter. OUS vil gjennom sin rolle i helsetjenesten og medisinsk forskning, regionalt, nasjonalt og internasjonalt, bidra sterkt til denne utviklingen.

Målrettet behandling med nye medikamenter rettet mot spesifikke markører i cellene har allerede endret sentrale deler av den medisinske behandling. Utviklingen innen persontilpasset medisin vil fortsette, med mer individualisert behandling for å kunne gi behandling med større grad av treffsikkerhet og reduksjon av uvirksom behandling. Diagnostikk og behandling vil få støtte av kunstig intelligens innen flere av sykehusets virksomheter..

Oslo universitetssykehus skal i perioden frem mot 2035 bygge nye sykehus på hhv. Gaustad og Aker. Denne utviklingsplanen fokuserer på den forventede sykdomsutvikling og faglige utvikling, samt behov for samvirke og nærhet innen ulike fagområder. Disse forhold vil være viktige premissleverandører i virksomhetsplanleggingen ved de ulike lokalisasjoner innad i OUS med tilhørende byggeprosjekter. Målbildene og tiltakene i utviklingsplanen vil i den påbegynte konseptfasen benyttes til å utvikle prinsippene i framtidens virksomhetsmodeller.

Planen peker på en retning hvordan foretaket vil utvikle og innrette sin virksomhet for å sikre et bærekraftig, moderne og kvalitetsbasert behandlingstilbud til befolkningen.

1 Bakgrunn, mål og mandat

1.1 Overordnede mål for Oslo universitetssykehus HF

Helseforetaket ble stiftet 1. desember 2008 med en sammenslåing av virksomhetene i Aker universitetssykehus HF, Rikshospitalet HF og Ullevål universitetssykehus HF. Virksomheten strekker seg tilbake til 1826. Oslo universitetssykehus (OUS) er Norges største helseforetak med nasjonale oppgaver innen spesialisert medisin i tillegg til tjenesteansvar for Helseregion Sør-Øst og område- og lokalsykehusfunksjoner for sykehusområde Oslo. Foretaket har stor aktivitet innen forskning, utprøvende behandling, opplæring, utdanning og innovasjon.

Det meste av virksomheten ligger i Oslo med store fagmiljøer på Aker sykehus, Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål sykehus. I tillegg har Oslo universitetssykehus virksomhet flere steder i Oslo, Asker, Bærum og på Geilo.

Oslo universitetssykehus skal drives med sikte på å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette.

Slik bidrar sykehuset til at Helse Sør-Øst sine mål blir oppfylt, og at lands- og flerregionale funksjoner i Helse Sør-Øst RHF blir ivaretatt.

Sykehusets visjon er «**Sammen med pasientene utvikler vi morgendagens behandling**»

1.2 Bakgrunn for prosjektet

Som del av en helsetjeneste i kontinuerlig utvikling og endring, er Oslo universitetssykehus på vei inn i en ny tid. Befolkningsvekst i sykehusets opptaksområder, endringer i alderssammensetning og livsstil og en flerkulturell befolkning påvirker behovet for helsetjenester. Medisinsk behandling er i rask utvikling, og sykehuset skal til enhver tid tilby moderne helsetjenester i henhold til nasjonal og internasjonal standard, tilpasset den enkelte. Befolkningen har store forventninger til den behandling de tilbys. Innbyggerne forventer å bli hørt når de har meninger om våre behandlingstilbud og etterlyser innflytelse over egen situasjon når de blir syke. Økende bevissthet om rettigheter og muligheter vil føre til en ny fordeling av roller, makt og ansvar mellom brukere og helsetjeneste, pasienter og behandlere. Tiden er inne for reell brukermedvirkning.

OUS vil være proaktive, analysere drivere og utarbeide planer for en helhetlig, langsiktig utvikling av virksomheten.

Bygningsmassen til OUS trenger betydelig oppgradering. For deler av virksomheten er nåværende bygg lite egnet til moderne pasientbehandling, forskning og undervisning, der gamle bygg og vernebestemmelser begrenser mulighetene å kunne implementere nye teknologiske løsninger i fremtiden.

Investeringer i bygg og infrastruktur har langsiktige konsekvenser, og er en viktig forutsetning for en bærekraftig helsetjeneste.

1.3 Mål for planarbeidet

1.3.1 Overordnet mål

I henhold til mandat og den nasjonale veilederen for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter er et overordnet mål å utarbeide et solid beslutningsgrunnlag i form av en langsiktig utviklingsplan frem mot 2035. Utviklingsplan 2035 skal være fundamentet for virksomhetsutvikling som sikrer at OUS også i fremtiden kan dekke befolkningens behov for spesialisthelsetjenester både lokalt, regionalt og nasjonalt. Videre skal planen bidra til en bedre samordning av planverket på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå.

I tillegg har man tilstrebet et planarbeid etter premissene «Åpenhet», «Involvering» og «Forutsigbarhet» med bred involvering og medvirkning fra eksterne og interne interessenter og samarbeidspartnere. Mandatet definerer følgende effekt- og resultatmål:

1.3.2 Effektmål

Utviklingsplanen skal sikre at Oslo universitetssykehus også i fremtiden kan tilfredsstillere eiers krav og befolkningens forventninger til sykehustjenester med god kvalitet på en kostnadseffektiv måte.

Utviklingsplanen skal være grunnlag for prioriteringer av virksomhetsmessige og bygningsmessige tiltak som er godt begrunnet, fremtidsrettede og avstemt i forhold til en helhetlig utvikling.

1.3.3 Resultatmål

Prosjektet skal levere en sluttrapport som redegjør for:

- Prosjektets rammebetingelser, prosess og metode
- Nåsituasjon for OUS og foretakets plass i helsevesenet, herunder planforutsetninger, tjenestetilbud, aktivitet, infrastruktur og utfordringer
- Drivere og forventede endringer som påvirker behov, og forventninger til spesialisthelsetjenesten og sykehusets muligheter til å imøtekomme disse
- Fremtidig kapasitetsbehov
- Fremtidig pasientforløp og driftsmodeller
- Fremtidig arealbehov
- Muligheter og begrensninger for utvikling av eksisterende eiendommer
- Sammenheng mellom utvikling av virksomhet og bygg
- Anbefalte tiltak for utvikling av virksomhet og bygningsmasse i planperioden

1.4 Strategiske føringer og mandat

1.4.1 Strategiske føringer

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet 16.6.2016 spørsmålet om videre utvikling av Oslo universitetssykehus (sak 053-2016). Styret ga sin tilslutning til et framtidig målbilde for Oslo universitetssykehus med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet.

Dette målbildet, styrevedtak og avklaring av virksomhetsinnholdet fra idéfaserapporten ble lagt til grunn for utviklingsplanarbeid.

I samme styresak ble målet om å unngå dublering av regionsfunksjoner presisert, samt at regionsfunksjoner samles på Gaustad. Dette betinger at man i et framtidig perspektiv flytter behandling av alvorlig skadede pasienter (multitraume) med tilhørende akuttfunksjoner fra Ullevål til Gaustad. Videre skal tyngre kreftkirurgi som krever intensivkapasitet legges til Rikshospitalet og ikke til Radiumhospitalet.

Styret vedtok følgende i sak 053-2016 som gir føringer for dette arbeidet:

- 1. Utvikling og utbygging av Oslo universitetssykehus HF må ha en rekkefølge slik at man prioriterer å flytte ut av de bygg der pasienter og ansatte har dårligst forhold i dag. Framdrift må tilpasses økonomiske handlingsrom, og det må legges vekt på å oppnå positive driftsøkonomiske effekter fra prosjekter som prioriteres for gjennomføring.*
- 2. Samarbeidet med Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus om fordeling av oppgaver og ansvar skal sikre disse sykehusenes langsiktige rolle i ivaretagelse av sørge-for-ansvaret, og løsningen av det framtidige kapasitetsbehovet i Oslo sykehusområde.*
- 3. Som ledd i utviklingen av et samlet regionsykehus med lokalsykehusfunksjoner, overføres regionfunksjoner inkludert multitraume og nødvendige lokalsykehusfunksjoner innen medisin og kirurgi fra Ullevål til Gaustad som første trinn i utviklingen av Gaustad.*
- 4. Aker sykehus utvikles til et lokalsykehus som ivaretar de utfordringer som er særskilte for en storby, i nært samarbeid med Oslo kommune. Sykehuset skal utvikles trinnvis, tilpasset kapasitetsbehovet i Oslo og Akershus sykehusområder. Lokaler for psykisk helse og avhengighet planlegges i første trinn av utviklingen av lokalsykehuset på Aker.*
- 5. Med utgangspunkt i det gjennomførte idéfasearbeidet, skal første trinn i utviklingen av Aker og Gaustad avgrenses og dimensjoneres for det kan besluttet oppstart av konseptfaser. Som en del av arbeidet skal det også utarbeides planer som viser hvordan sykehusområdene kan utvikles over tid. Helse Sør-Øst RHF skal lede dette arbeidet og resultatet presenteres for styret sammen med beslutning om oppstart av konseptfaser.*

I idéfase var det lagt til grunn at det etableres lokalsykehusfunksjoner på Gaustad for å sikre nødvendige volumer innen medisin og kirurgi. Tentativt var det estimert 3 bydeler, men innhold, volumer eller konkrete bydeler var på dette tidspunktet ikke nærmere spesifisert.

Videre var det anslått 3 bydeler som basis for lokalsykehuset på Aker.

I styresak 052-2016 om kapasitetsutfordringer Oslo og Akershus sykehusområde ble det vedtatt at de tre bydelene i Groruddalen som i dag sogner til Ahus (Alna, Stovner og Grorud) gradvis skal fases inn i et nytt lokalsykehus på Aker.

Etter drøftinger i Oppfølgingsgruppen, ledelsen i Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus samt Oslo kommune, er det i analysen (aktivitet, kapasitet og areal) lagt til grunn en modell som innebærer at bydelene i Oslo med tilhørende lokalsykehusfunksjoner fordeles mellom Aker, Rikshospitalet (Gaustad), Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg diakonale sykehus innen somatikk og psykisk helsevern for voksne (VOP). Videre er det forutsatt at bydel Alna fases inn fra Akershus universitetssykehus HF til Aker i etappe 1 av utbyggingen. De andre 2 bydelene (Stovner og Grorud) vil fases inn fra Ahus HF i et senere stadium, og forventes å være overført i løpet av utviklingsplanperioden.

Universitetssykehusfunksjoner

Instruks til styret i Helse Sør-Øst RHF, fastsatt i foretaksmøte 23. mai 2013, regulerer samarbeidet med universiteter og høyskoler. Et overordnet prinsipp er at Helse Sør-Øst skal sørge for at universiteter og høyskoler kan ta del i foretakets planlegging av forskning, innovasjon og utdanning. Universitets- og høyskolesektoren, og i særlig grad Universitetet i Oslo, vil derfor være en sentral premissleverandør i videre utviklingsplaner for Oslo universitetssykehus. Universitetet er representert i styret for Oslo universitetssykehus og deltar løpende i ledermøter og prosjekter der foretakets utvikling diskuteres.

1.4.2 Mandat

Sykehuset ledergruppe vedtok mandatet 28.juni 2017 der prosjektets oppgave er beskrevet slik:

1. *Gi en kort beskrivelse og vurdering av OUS sin nåværende driftssituasjon, samt redegjøre for drivkrefter (befolknings- og aktivitetsutvikling, medisinske og teknologiske endringer) som påvirker behovet og forventningene til spesialisthelsetjenesten.*
2. *Med utgangspunkt i pkt. 1, og basert på aktivitetsframskrivning og det planarbeidet som allerede er gjennomført (Idéfasearbeidet), samt Nasjonal helse- og sykehusplan, utrede alternative modeller for hvordan OUS kan følge opp sine utfordringer og utvikle sykehusets virksomhetsmessige og bygningsmessige drift fram mot 2035.*
3. *Basert på pkt. 1 og 2 å gi tilråding om valg av modell. Tilrådingen skal forankres ved hjelp av evalueringskriteriene.*

Krav til prosjektets leveranser er omtalt i kapittel 1.4/5/6 og sluttrapporten skal utarbeides med sikte en bred høringsrunde.

Mandatet angir også noen rammebetingelser for utviklingsplanarbeidet:

Spesialisthelsetjenesten skal gjennomføre den nasjonale helsepolitikken i tråd med de føringene som gis i Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP), St.meld. 11 (2015-16). Her er også behovet for utviklingsplaner framhevet. Målet med å lage utviklingsplaner er å ramme inn utviklingen av helseforetakets kjernevirksomhet. I et planperspektiv betyr det å definere det virksomhetsmessige grunnlaget for videreutvikling av helseforetaket.

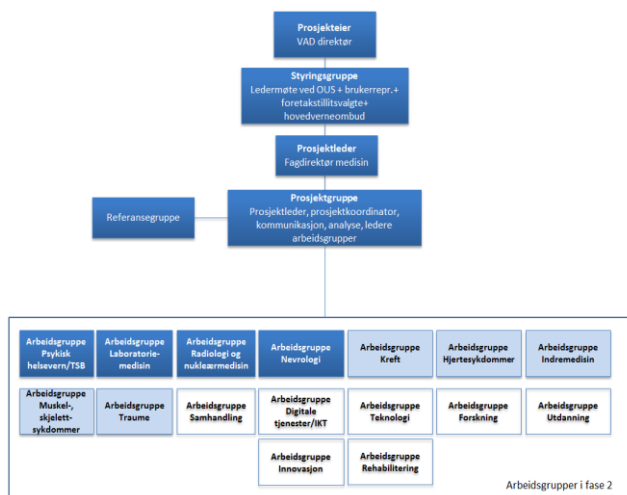
Oslo universitetssykehus skal tilpasse sitt arbeid med utviklingsplan til «Veileder for arbeidet med utviklingsplaner» som er utarbeidet av RHF-ene i samarbeid med Sykehusbygg. Videre legges «Strategier, planer og regionale føringer» for «Utviklingsplaner for helseforetakene» fra Helse Sør-Øst RHF til grunn.

Utviklingsplaner er beskrevet som en del av virksomhetens verktøy for langsiktig, overordnet strategisk planlegging. En utviklingsplan skal beskrive dagens situasjon, virksomhetens profil sammenlignet med andre helseforetak og hvilke strategiske og overordnede føringer som legges til grunn. Deretter skal det beskrives hvilke trender som åpner for endringer før det skal gjøres en framskrivning mot helseforetakets fremtidsbilde. Dette skal være grunnlag for å velge virksomhetsmessig utviklingsretning, og for å prioritere nødvendige tiltak innen viktige områder som organisering og ledelse, samhandling og oppgavedeling, personell og kompetanse, utstyr og teknologi, samt bygg.

1.4.3 Prosjektorganisering

Arbeidet med *Utviklingsplan 2035* er organisert som et prosjekt med viseadministrerende direktør som prosjekteier. Sykehusets ledergruppe er etablert som styringsgruppe. Brukerrepresentanter, foretakstillitsvalgte og hovedverneombud inngår også i styringsgruppen.

Det ble etablert en kjernegruppe med representanter fra sentrale stabsavdelinger. I prosjektets ulike faser ble kjernegruppen supplert med representanter fra andre stabsenheter. Ved utarbeidelse av målbylde, organisering og tiltak ble det etablert flere arbeidsgrupper med representanter fra hver klinikk og stabsenheter. Det ble gjennomført en interessentanalyse og eksterne interessenter og



Figur 1: Organisasjonskart for prosjektet Utviklingsplan 2035

samarbeidspartnere fungerer som høringsinstanser. Arbeidet var planlagt gjennomført med egne ressurser.

1.4.4 Fremdriftsplan

Oslo universitetssykehus fikk oppdraget om å utarbeide utviklingsplan 2035 av Helse Sør-Øst RHF gjennom sitt oppdragsdokument (oppdrag og bestilling) for 2017 i foretaksmøte 15. februar 2017.

I oppdragsdokumentet heter det:

3.1.2. Fagutvikling og oppfølging

- *Alle regioner skal innen 31. desember 2018 utarbeide utviklingsplaner i tråd med veilederen for utviklingsplaner med en tidshorison fram mot 2035. Ved endringer i akuttfunksjoner og andre vesentlige endringer i tjenestetilbudet skal det gjennomføres ekstern kvalitetssikring for å sikre at prosessen er gjennomført i henhold til veilederen. Oslo universitetssykehus skal utarbeide utviklingsplaner basert på regionale føringer. Det vises til sak 008-2017 Regionale føringer for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner, behandlet i styret for Helse Sør-Øst RHF i møte 2. februar 2017.*

I dialog med Helse Sør-Øst RHF ble det avklart at lokale utviklingsplaner skal overleveres Helse Sør-Øst RHF innen 28. februar 2018, slik at arbeidet med samordning av lokale utviklingsplaner i regionen kan gjennomføres innen 31. desember 2018.

Arbeidet med utviklingsplan ble startet i mai 2017 med utarbeidelse av mandat. Arbeidet ble vurdert som komplekst og omfattende. Dette gjelder både områder som skal utredes, beskrives og vurderes, samt involvering internt og eksternt. I tillegg skal arbeidet forankres i sykehusets ulike beslutningsfora og selve rapporten skal gjennom en bred høringsrunde samt godkjenningssjess i eget styre.

Tidsfristen med leveranse til Helse Sør-Øst RHF innen mars 2018 ble i forbindelse med risikoanalysen vurdert som kritisk mot krav til kompleksitet og kvantitet. Man vurderte risiko for at prosjektet ikke kunne gjennomføres innen fastsatte frister som høy, selv med en effektiv arbeids- og fremgangsmåte. I dialogmøte med Helse Sør-Øst RHF ble fristen for leveranse derfor forskjøvet til 30. april 2018. Ny frist for leveranse forutsetter at utviklingsplanen har vært gjennom ekstern høring og er behandlet i sykehusets styre.



Figur 2: Fremdriftsplan for prosjektet "Utviklingsplan 2035"

1.4.5 Interessenter, medvirkning og aktiviteter

Oslo universitetssykehus er del av et større system og nettverk både lokalt, regionalt og nasjonalt. Arbeidet med utviklingsplanen foregikk etter premissene «Åpenhet», «Involvering» og «Forutsigbarhet». Innledningsvis i prosjektet ble det gjennomført en interessentanalyse for å skape en oversikt over interessenter som med sine forventninger og egen utvikling ville påvirke utviklingen av Oslo universitetssykehus HF i fremtiden.



Figur 3: Interessentanalyse "Utviklingsplan 2035"

interessenter og samarbeidspartnere fikk informasjon om utfallet av arbeidet før utviklingsplanen ble sendt til høring og overlevert til Helse Sør-Øst RHF.

Ulike interne og eksterne fora har blitt benyttet som formelle og uformelle referansegrupper underveis i arbeidet. Prosjektledelsen informerte jevnlig om status av arbeidet i ledermøter, og har aktivt involvert Brukerutvalget og Ungdomsrådet ved OUS som viktige rådgivere og bidragsyttere både til prosess og planens innhold. Det er videre avholdt separate møter med andre sykehus i Oslo sykehusområde for å få deres innspill på utviklingsplanarbeidet. Samarbeidsutvalget med bydelsdirektørene i Oslo ble involvert i arbeidet ved et møte og en workshop. De ulike arbeidsgruppene i prosjektet har involvert egne spesifikke interessenter og samarbeidspartnere i sine respektive grupper.

20 eksterne interessenter¹ og samarbeidspartnere ble identifisert. Disse ble involvert i arbeidet gjennom to samlinger i prosjektperioden, den første gjennom et seminar den 31. august 2017. Hensikten med seminaret var å informere om utviklingsplanarbeidet, nåsituasjon og fremtidsbildet. Under seminaret ble også regionale føringer fra Helse Sør-Øst RHF presentert og interessenter og samarbeidspartner ble utfordret på sine forventninger til OUS i fremtiden.

Mot slutten av prosjektet og med utgangspunkt i utkast til utviklingsplan ble det avholdt et seminar til slik at

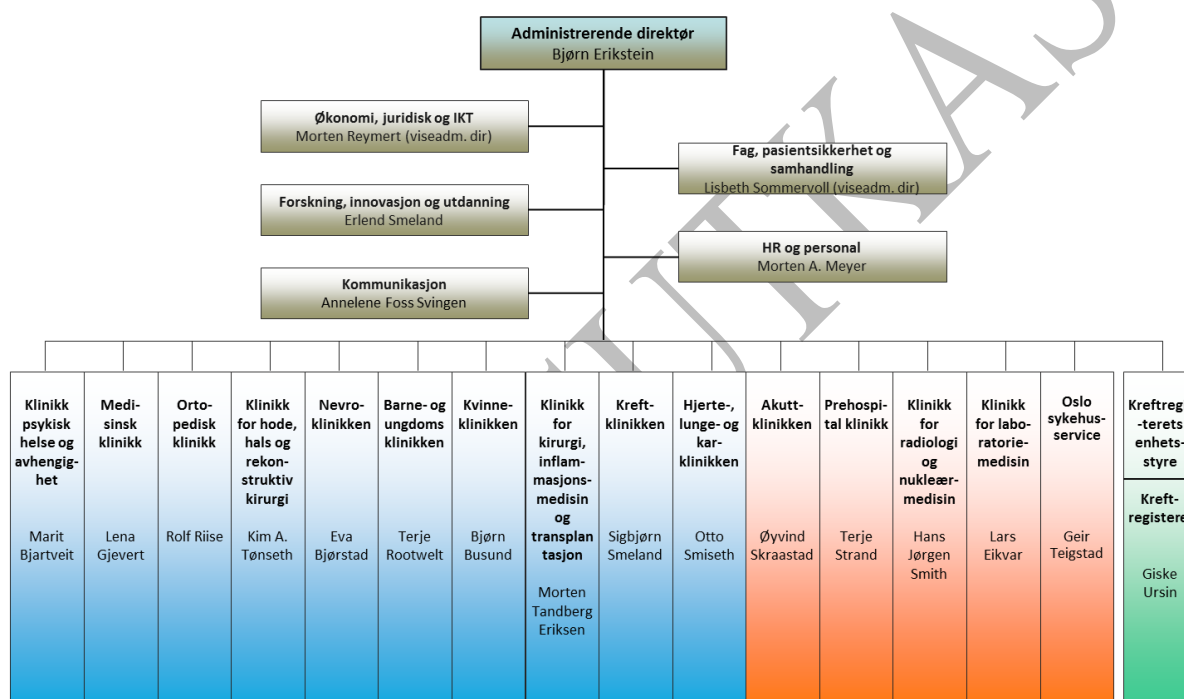
¹ Eksterne interessenter: Helse Sør-Øst RHF, Oslo kommune og Oslo bydeler, lokale helseforetak i Helse Sør-Øst, KS, OsloMet, Universitetet i Oslo, Pasientforeninger, Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Lovisenberg Diakonale Høgskole, med flere.

2 Nåsituasjonen

2.1 Dagens organisering

Oslo universitetssykehus ledes i dag av administrerende direktør Bjørn Erikstein. Virksomheten i helseforetaket ble i 2016 omorganisert til femten klinikker med felles medisinske støttefunksjoner organisert i Akuttklinikken, Prehospital klinikk, Klinikk for radiologi og nukleærmedisin og Klinikk for laboratoriemedisin. Driftstjenester er samlet i Oslo sykehusservice. Kreftregisteret har eget enhetsstyre sammensatt av medlemmer fra alle helseregionene.

Oslo universitetssykehus



Figur 4: Organisasjonskart OUS; Kilde: Intranett OUS (27/07-2017)

Med virkning fra 1. januar 2017 ble Rettsmedisinske fag overdratt fra Folkehelseinstituttet til Oslo universitetssykehus. Rettsmedisin yter tjenester til rettspleien og er ikke pasientrettet. Overtakelsen er en fortsettelse av et allerede langvarig faglig samarbeid med flere miljøer i Oslo universitetssykehus. Virksomheten er organisert som en egen avdeling i Klinikk for laboratoriemedisin.

Nærmere informasjon om Oslo universitetssykehus og organiseringen finnes på www.oslo-universitetssykehus.no.

2.2 Aktivitet 2016

I 2016 gjennomførte Oslo universitetssykehus om lag 1 million pasientkontakter innen somatikk, 155.000 innen psykisk helse og omlag 26.000 innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Den samlede pasientaktiviteten var på alle tre områder høyere enn i 2015.

2.2.1 Somatikk

Aktiviteten innenfor somatikken svarte til oppdraget fra eier En del av den økte registrerte aktivitet fra 2015 skyldes at i 2016 ble flere yrkesgrupper godkjent for å utføre selvstendige konsultasjoner i regelverket for innsatsstyrt finansiering. Vridning mellom omsorgsnivåene med en reduksjon i antall heldøgnsopphold og økning i dagopphold og poliklinikk i 2016 er for en stor del forårsaket av kategoriseringsendringer ved innføring av nytt nasjonalt system.

Tabell 1: Aktivitet somatikk OUS 2012-2016; Kilde: Årsberetning 2016

Sykehusopphold	2016	Δ %	2015	2014	2013	2012
Heldøgnsopphold	106 078	-2,3	108 536	104 189	102 280	102 018
Dagopphold	83 918	6,4	78 891	70 272	68 496	67 563
Polikliniske konsultasjoner	819 888	6,3	770 959	738 071	725 233	714 119
Liggedøgn døgntilrettelagt	471 427	-0,8	475 264	464 402	475 763	480 665
DRG-poeng (døgn/dag/polik.)	233 203	1,6	229 502	221 631	217 602	209 771
Gjennomsnittlig liggetid (dager)	4,4		4,4	4,5	4,7	4,7

Målt i antall sammenlignbare poeng ut fra diagnoserelaterte grupper (DRG-poeng etter 2015-gruppering) var den samlede somatiske aktiviteten utført ved Oslo universitetssykehus om lag som planlagt for 2016 og 1,8 prosent høyere enn i 2015.

Oslo sykehusområde

Om lag en tredjedel av aktiviteten til Oslo universitetssykehus er tjenester til befolkningen i Oslo sykehusområde. Oslo sykehusområde består av tolv av femten bydeler i Oslo kommune. Oslo universitetssykehus har lokalsykehusansvar for befolkningen i seks bydeler.

Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus betjener tre bydeler hver mens Oslo universitetssykehus tilbyr mer spesialiserte tjenester til alle innbyggerne i Oslo sykehusområde. Bydelene Alna, Grorud og Stovner hører til Akershus sykehusområde.

Tabell 2: Antall DRG-poeng Oslo sykehusområde; Kilde: Årsberetningen 2016

Antall DRG-poeng i Oslo sykehusområde	2016	Δ %	2015
Oslo universitetssykehus opptaksområde	51 884	2,1	50 824
Diakonhjemmet Sykehus	18 030	1,7	17 733
Lovisenberg Diakonale Sykehus	21 224	6,8	19 875
Oslo sykehusområde totalt	91 138	3,1	88 432

Innen Oslo universitetssykehus sitt lokalsykehusområde var det i 2016 en vekst i antall DRG-poeng på 2,1 prosent. Inkludert de tjenester helseforetaket ga innbyggere i opptaksområdene til Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus, økte Oslo universitetssykehus sine behandlingstjenester i Oslo sykehusområde med 3,1 prosent i 2016.

Regionale og nasjonale behandlingstjenester

Målt i DRG-poeng er i underkant av 2/3 av Oslo universitetssykehus sitt samlede somatiske pasienttilbud innen regionale, flerregionale og nasjonale spesialisthelsetjenester. Ved utgangen av 2016 ivaretok Oslo universitetssykehus 30 av totalt 42 nasjonale behandlingstjenester, 7 flerregionale behandlingstjenester og 24 av landets 51 kompetansetjenester.

Behandling av pasienter bosatt i Helseregion Sør-Øst

Oslo universitetssykehus sitt omfattende regionale behandlingsansvar gjør at helseforetaket samlet yter en større andel aktivitet til pasienter bosatt i de andre sykehusområdene i Helseregion Sør-Øst enn til pasienter i Oslo sykehusområde.

Tabell 3: Antall DRG-poeng ved OUS fordelt på sykehusområder i Helse Sør-Øst 2016/2015; Kilde: Årsberetning 2016

Antall DRG-poeng i Helse Sør-Øst	2016	Δ %	2015
Oslo sykehusområde	91 138	3,1	89 671
Andre Sykehusområder i Helse Sør-Øst	120 579	0,9	120 200
Østfold sykehusområde	14 860	-4,7	15 659
Akershus sykehusområde	30 693	0,1	31 003
Vestre Viken sykehusområde	26 680	5,2	25 593
Innlandet sykehusområde	18 830	-1,1	19 035
Telemark/Vestfold sykehusområde	19 146	4,7	18 414
Sørlandet sykehusområde	10 370	-1,9	10 495
Helse Sør-Øst totalt	211 717	1,8	209 871

Tabellen over viser antall DRG-poeng for pasienter behandlet ved Oslo universitetssykehus ut fra pasientenes bostedstilhørighet i Helseregion Sør-Øst. Innbyggere i sykehusområdene Vestre Viken og Telemark/Vestfold økte bruken av Oslo universitetssykehus mest fra 2015 til 2016. Det var en reduksjon i behandling av pasienter fra Østfold, Sørlandet og Innlandet sykehusområder.

Behandling av pasienter bosatt utenfor Helse Sør-Øst

Samlet antall DRG-poeng for behandling av pasienter bosatt utenfor Helseregion Sør-Øst utgjorde 7,1 prosent av den samlede aktiviteten i 2016.

Tabell 4: Antall DRG-poeng ved OUS i 2016 fordelt på helseregioner utenfor HSØ; Kilde: Årsberetningen 2016

Antall DRG-poeng*	2016	Δ %	2015	2014	2013
Helseregion Vest	6 282	3,7	6 057	6 157	6 010
Helseregion Midt	4 500	0,8	4 465	4 647	4 311
Helseregion Nord	4 388	2,2	4 293	4 373	3 822
Utlandet	1 420	5,8	1 342	1 256	1 127
Sum	16 590	2,7	16 157	16 433	15 270

* DRG-poeng uten korrigeringer for feil i rapportering av utførende helsepersonell og flere konsultasjoner samme dag.

Kirurgi

Det ble gjennomført i alt 53 926 kirurgiske inngrep ved Oslo universitetssykehus i 2016. Kirurgisk virksomhet ble tilført ekstra ressurser i 2015, noe som er med å forklare økningen i antall gjennomførte operasjoner i 2016.

Tabell 5: Antall operasjoner og respiratordøgn 2016; Kilde: Årsberetning 2016

Antall	2016	Δ %	2015	2014	2013
Operasjoner totalt	53 926	3,2	52 263	51 900	49314*
Øyeblikkelig hjelp operasjoner	14 113	-4,6	14 794	14 139	
Planlagte operasjoner strøket	3 097	0,7	3 075	3 144	
Respiratordøgn	8 319	6,7	7 796	7 705	8 424

*Antallet traumecallinger ble i 2013 inkludert i antallet operasjoner.

I 2016 var det en reduksjon i antall øyeblikkelig hjelp operasjoner som til sammen utgjorde 26,2 prosent av samlet antall operasjoner.

Helseforetaket planlegger og gjennomfører operasjonsprogrammet for en best mulig utnyttelse av operasjonskapasiteten. Målsetningen er en effektiv operasjonsvirksomhet hvor antall strykninger holdes under 5 prosent. I 2016 strøk Oslo universitetssykehus 3 097 operasjoner, som er 7,2 prosent av planlagte operasjoner mot 7,5 prosent i 2015. Strykningene grupperes i fire kategorier årsaker:

Tabell 6: Prosentvis fordeling av årsaker til strøket operasjon 2016; Kilde: Årsberetning 2016

Årsak til andel av planlagte operasjoner strøket	2 016	2015	2 014
Planleggingsårsaker	31 %	36 %	37 %
Ressursårsaker	22 %	14 %	13 %
Medisinske årsaker	26 %	25 %	24 %
Øvrige årsaker (herunder foretrengt av øyeblikkelig hjelp)	21 %	24 %	27 %

Innsatsen for bedre planlegging har ført til at andelen strykninger som følge av mangelfull planlegging er redusert. Ressursårsaker er relativt sett blitt en større grunn til at planlagte operasjoner strykes.

Diagnostikk

Tilpassede og effektive støttefunksjoner er nødvendig for god pasientbehandling i hele pasientforløpet. Oslo universitetssykehus har en omfattende aktivitet innen diagnostiske tjenester både som del av intern pasientbehandling og for å understøtte utredning og oppfølging i andre helseforetak og primærhelsetjenesten.

Tabell 7: Antall diagnostiske undersøkelser i 2016; Kilde: Årsberetning 2016

Antall	2016	Δ %	2015	2014	2013
MR-henvisninger	34 042	4	32 860	29 855	27 977
CT-henvisninger	66 287	3	64 654	59 499	56 621
PET/CT-henvisninger	5 277	3	5 131	4 504	4 473
Farmakologiske analyser	342 654	15	297 359	247 053	236 015
Immunologiske analyser	624 377	9	513 073	526 935	497 743
Biokjemiske analyser	12 243 911	3	12 075 310	11 518 607	10 980 353
Analyser av medisinsk genetikk	1 750 964	9	1 605 056	1 197 072	779 076
Mikrobiologiske analyser	919 846	15	798 858	805 998	794 031
Analyser patologi	550 658	-1	554 349	534 841	485 946
Obduksjoner	416	0	418	390	477

Etterspørselen etter bildediagnostikk har økt de siste årene og kapasiteten innen bildediagnostiske tjenester må stadig utvides for å dekke behovet. Manglende kapasitet søkes løst ved omprioriteringer og andre tiltak som økt bruk av eksterne tjenester. Barn og pasienter med kreft blir prioritert, og for de fleste pakkeforløp har bildediagnostikk tilstrekkelig kapasitet. Innen prostatakreft brukes eksterne bildetjenester. For gynekologisk kreft og brystkreft er kapasiteten for henholdsvis MR-undersøkelser og mammografi bedret i løpet av høsten 2016.

Tilsvarende har det også i laboratorievirksomheten vært en vekst i antall utførte analyser som på de fleste fagområder er større enn veksten i klinisk aktivitet. For mikrobiologiske analyser har det vært en markant økning, hovedsakelig som følge av overtakelsen av prøver fra Olafia-klinikken. Også for farmakologi er veksten stor i 2016. Veksten i antall analyser er for flere fagområder nå størst for polikliniske pasienter. Det er fortsatt en klar tendens til flere og mer krevende undersøkelser per

pasient. For medisinsk genetikk er det fortsatt vekst, men mindre enn tidligere år. Økningen er mest uttalt for undersøkelser av arvelig kreft.. For patologi er det ikke økning i antall rekvisisjoner, men imidlertid et økende antall spesialanalyser knyttet til den enkelte utredning.

2.2.2 Psykisk helsevern

Innen psykisk helsevern var det i 2016 flere heldøgnsopphold, flere liggedager og flere polikliniske konsultasjoner enn i 2015. Deler av økningen kan forklares med at det i noen uker i 2015 var redusert aktivitet både i forbindelse med flytting av poliklinikkene i Pilestredet og Josefinesgate (Josefinesgate DPS) til samlokalisering i Nydalen DPS, og flytting av poliklinikkene på Ryen og på Holmlia (Søndre Oslo DPS) til samlokalisering på Mortensrud i Oslo. Drift i nye lokaler i 2016 har gitt positive effekter og økt aktivitet.

Tabell 8: Aktivitet psykisk helsevern 2016; Kilde: Årsberetning 2016

Psykisk helsevern for voksne	2016	Δ %	2015	2014	2013	2012
Heldøgnsopphold	2 012	12	1 797	1881	1 741	1 383
Polikliniske konsultasjoner	104 160	12,8	92 381	81 706	83 019	81 538
Liggedøgn døgntilrettelagt	73 942	2,6	72 075	73 892	78 988	88 794
Gjennomsnittlig liggetid (dager)	36,8	-8,4	40,1	39,3	45,4	64,2
Psykisk helsevern for barn	2016	Δ %	2015	2014	2013	2012
Heldøgnsopphold	154	24,2	124	146	96	98
Dagbehandling	3 237	-7,3	3493	3080	2902	2657
Polikliniske konsultasjoner	45 860	4,7	43 792	45 628	46 286	44 470
Liggedøgn døgntilrettelagt	5 372	-2,9	5 531	5 573	4 257	3 668
Gjennomsnittlig liggetid (dager)	34,9	-22,2	44,6	38,2	44,3	37,4

Innen voksenpsykiatrien var det i 2016 flere heldøgnsopphold, polikliniske konsultasjoner og liggedøgn enn i 2015. Det var noe kortere liggetider for noen behandlingsforløp. Økningen i antall konsultasjoner ble oppnådd etter endret etter samlokalisering og etablering av flere behandlerstillinger ved DPS.

Over flere år har det vært en aktivitetsøkning innen heldøgns- og poliklinisk behandling. Det var stor pågang av pasienter med behov for døgnplass, med mange innleggelser av kort varighet. Færre dagopphold enn i 2015 skyldes til dels at høyt belegg på døgnpostene medførte redusert kapasitet til dagbehandling.

2.2.3 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

I 2016 var det en reduksjon i antall døgntilrettelagte (utskrevne pasienter) innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Hovedårsaken er endret registreringspraksis. Antallet døgntilrettelagte er også redusert som følge av lengre liggetid per opphold. Dette er en følge av omlegging av driften ved en av behandlingseenhetene.

Fra 2015 til 2016 økte antall polikliniske konsultasjoner. Økningen forklares hovedsakelig med økt pasienttilstrømning, samt at noen flere poliklinikker er blitt godkjent som refusjonsberettigede i siste kvartal av 2016.

Tabell 9: Aktivitet tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2016; Kilde: Årsberetning 2016

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	2016	Δ %	2015	2014	2013
Heldøgnsopphold	2 306	-19	2 848	3 093	2 857
Polikliniske konsultasjoner	23 915	14,6	20 869	12 243	8 375
Liggedøgn døgntilrettelagt	25 619	3,22	24 819	24 888	23 746
Gjennomsnittlig liggetid (dager)	11,1	27,5	8,7	8,0	8,3

2.2.4 Prehospital virksomhet

Prehospital virksomhet ved Oslo universitetssykehus HF består av Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral for Oslo, Akershus og Østfold samt Luftambulanse, Ambulansetjenesten og Avdeling for Pasientreiser.

Tabell 10: Aktivitet prehospitaltjenester 2013-2016; Kilde: Årsberetning 2016

Antall	2016	Δ %	2015	2014	2013
Ambulanseoppdrag	154 669	5,8	146 138	145 984	142 785
AMK-sentralen, telefoner inn*	172 903	12,1	154 234	133 532	128 832
Pasientreiser	782 981	5,6	741 576	741 576	704 317

*Tall fra 2014 og 2013 er før sammenslåing med AMK Østfold.

Antall ambulanseoppdrag økte med 5,8 prosent fra 2015 til 2016. Overføring til Pasientreiser bidrar til en fortsatte nedgang i de planlagte ambulanseoppdragene som er redusert med fire prosent sammenlignet med 2015. Arbeidsfordelingen skjermer øvrig aktivitet og bidrar til bedre beredskap for akuttoppdragene.

Av henvendelser til Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral i 2016 ble 91,7 prosent besvart innen kravet på 10 sekunder. Overtakelsen av akuttmedisinsk kommunikasjonsentral for Østfold 15. juni 2015 ga betydelig økt aktivitet. Økningen har bidratt med helårseffekt i 2016 og en aktivitetsøkning på 12,1 prosent. Etter overføringen er den akuttmedisinske sentralen ved Oslo universitetssykehus landets klart største.

Pasientreiser Oslo og Akershus drives av Oslo universitetssykehus. Pasientreiser administrerer transportavtaler, bestilling av reiser og kontroll av reisekostnader med mer. Pasientreiser arbeider også for samkjøring av transportoppdrag slik at flere pasienter kan benytte samme kjøretøy. Pasientreiser gjennomførte 780 000 turer i 2016.

2.3 Pasientens helsetjeneste – brukertilfredshet

Pasienter og pårørende kan fra smarttelefon eller internettsiden «minjournal.no» gi sin vurdering av møtet med Oslo universitetssykehus. Alle tilbakemeldinger blir automatisk tilgjengelig for leder i den aktuelle enhet som får rask og direkte respons og grunnlag for forbedringer.

I 2016 er det iverksatt automatisk SMS-utsendelse til pasienter etter utskrivelse eller poliklinisk kontakt der de får tilgang til brukerundersøkelsen. Antall tilbakemeldinger fra pasienter har økt fra 2400 tilbakemeldinger i 2015 til 43 000 tilbakemeldinger i 2016. Samlet er 87 prosent av svarene positive (i stor grad eller i svært stor grad). Om lag 1/3 skriver en merknad i fritekst. Majoriteten av merknadene er positive, men omlag 1/3 inneholder kritiske merknader.

Nasjonale brukerundersøkelser gjennomføres i regi av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Hensikten med undersøkelsen er å fremskaffe systematisk informasjon om pasientenes erfaringer med sykehusene som er ledd i:

- Faglig kvalitetsforbedring
- Virksomhetsstyring
- Støtte til forbrukervalg
- Samfunnsmessig legitimering og kontroll

Resultat fra den siste undersøkelsen for 2015 (publisert i 2016) viser at brukerne er godt fornøyd med behandlingen ved Oslo universitetssykehus. Overordnet scorer Oslo universitetssykehus nesten på lik linje med landssnittet. Scoringen for de ni pasienterfaringsindikatorerne er vist i tabellen nedenfor.

Tabell 11: Resultater på indikatorene for Oslo universitetssykehus HF. Skala 0-100 der 100 er best; Kilde: Kunnskapssenteret 2016

Indikator	Antall svar 2015	Gjennomsnitt 2015	Landssnitt 2015
Pleiepersonalet	853	78	77
Legene	854	78	76
Informasjon	849	74	73
Organisering	879	67	68
Pårørende	653	78	77
Standard	882	70	73
Utskrivning	736	59	58
Samhandling	512	60	64
Ventetid	538	64	65

Tabell ovenfor viser at det fremdeles er rom for forbedring, særlig innen området samhandling der sykehuset scorerer signifikant lavere enn landssnittet.

2.4 Pasientbehandling – faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring

Pasientsikkerhet er en forutsetning for god pasientbehandling. Oslo universitetssykehus ønsker en åpen avviksregistreringskultur for individuell og organisatorisk læring innen alle risikoområder. Helseforetaket benytter ett elektronisk verktøy for registrering, analyse, oppfølging av tiltak og rapportering av avvik og uønskede hendelser, Achilles.

Achilles er et helhetlig system som samler kilder til kunnskap om risiko og faktiske hendelser, oppsummerer analysene som gjøres og forbedringstiltakene som utvikles. Utviklingsarbeidet er brukervennlig og tilrettelagt for effektiv saksbehandling. Følgende moduler inngår i systemet:

- Uønskede pasient- og/eller ansatthendelser med tilhørende forbedringsforslag
- Pasientklager og Norsk pasientskade erstatningssaker (NPE)
- Revisjoner – både konsernrevisjoner og internt utførte revisjoner
- Ulike eksterne tilsyn fra flere myndighetsorganer (ca. 50 pr. år)
- Pasientsikkerhetsvisitter
- Vurdering av dødsfall
- HMS-runder og tiltak etter medarbeiderundersøkelsen
- SMS-brukerundersøkelse

I 2016 ble det registrert 215 hendelser med betydelig pasientskade og 8 860 andre skader og nestenulykker med skadepotensial. Kategorien betydelig skade eller død utgjør 2,3 prosent av registrerte pasienthendelser, det samme som i 2015. Hendelser med betydelig pasientskade er ikke det samme som antall alvorlige feil. Helseforetaket har en lav terskel for å registrere uventede hendelser, men i høyspesialisert behandling er forskjellen i utfall for de alvorligst syke pasientene sjelden knyttet til feil.

Tabell 12: Antall meldte pasienthendelser; Kilde: Forbedrings- og avvikssystemet «Achilles»

Antall	2016	Δ %	2015	2014	2013
Meldte pasienthendelser	9 075	9,3	8 306	7 231	6 502
Hendelser m/ betydelig skade/død	215	12,0	192	192	224
Hendelser m/ moderat, mindre eller ingen konsekvens	8 860	9,2	8 114	7 039	6 278

Arbeidet med fag, pasientsikkerhet og kvalitet gis stor oppmerksomhet. Sykehuset leverer data til alle aktuelle nasjonale kvalitetsregistre og scorerer godt på de fleste nasjonale kvalitetsindikatorer.

Daglig sikkerhetsfokus

Fra 2016 har Oslo universitetssykehus startet implementering av en metode for daglig sikkerhetsstyring kalt «det grønne korset». Metodens navn kommer av at kalenderdagene i måneden er formet som et kors der idealet er at flest mulig dager blir «grønne», det vil si at ingen uønskede pasienthendelser har skjedd. Metodens styrke er at alle medarbeidere på en enkel måte kan melde fra om uønskede hendelser eller nesten-hendelser, at disse blir registrert på en visuell måte, at de registreres uten at det kreves spesielle IKT-tilganger og metoden kan anvendes på alle arenaer der pasienter oppholder seg eller får tjenester (sengeposter, poliklinikk, operasjonsstuer, venterom, ambulanser, kjøkken, laboratorier etc). Alvorlighetsgraden avgjør fargeangivelse på hendelsen. Hendelser eller nesten-hendelser registrert i det grønne korset tas opp på tavlemøter, diskuteres og løses umiddelbart av tilstedeværende medarbeidere eller saken blir meldt til nærmeste leder og behandles inn i forbedringssystemet Achilles som er beskrevet over.

Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram - I trygge hender 24-7

Det femårige, nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet (2014 - 2018) skal redusere pasientskader ved hjelp av målrettede tiltak i hele helsetjenesten.

Programmet er et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, og viderefører arbeidet som ble startet under pasientsikkerhetskampanjen med samme navn (2011-2013). Programmets styringsgruppe besluttet at alle aktiviteter knyttet til tiltak og målinger fra kampanjen skulle opprettholdes og spres i programmet som har tre overordnede målsettinger:

- Redusere pasientskader
- Bygge varige strukturer for pasientsikkerhet
- Forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten

Oslo universitetssykehus har etablert tiltak innen samtlige innsatsområder som gjelder for spesialisthelsetjenesten. Stab fag, pasientsikkerhet og samhandling har overordnet oppfølgingsansvar.

Status og utvikling av utvalgte nasjonale kvalitetsindikatorer

Infeksjoner

Prevalensandelen av helsetjenesteassosierte infeksjoner ved Oslo universitetssykehus rapportert til Nasjonalt folkehelseinstitutt var i 2016 lavere enn de to foregående årene.

Tabell 13: Prevalens andel helseassosierte infeksjoner i % 2012-2016; Kilde: Årsberetning 2016

Prevalensandel i %	2016	2015	2014	2013	2012
Oslo universitetssykehus HF	5,0 %	5,5 %	5,3 %	4,5 %	5,6 %
Landsgjennomsnitt	4,7 %	5,3 %	4,9 %	5,1 %	5,7 %

Det er krevende for Oslo universitetssykehus å nå det regionale målet om at sykehusinfeksjoner skal være redusert til under tre prosent, delvis på grunn av pasientsammensetningen med en høy andel av immunkompromitterte pasienter, og delvis på grunn av at helseforetaket behandler pasienter overført med infeksjon fra andre sykehus. Prevalensandelen for infeksjoner oppstått ved Oslo universitetssykehus var 4,3 prosent. Gjennomsnittlig 26,7 prosent av pasientene fikk antibiotika i 2016.

Det er en økende forekomst av pasienter med multiresistente bakterier, og de fleste pasientene med påvist resistente bakterier er smittet utenfor Oslo universitetssykehus, men det påvises også noen tilfeller av smitte etter innleggelse. Resistente bakterier øker behovet for enerom og isolater for å unngå smittespredning.

Basert på oppdatert risikoanalyse (2016) prioriterer Oslo universitetssykehus forebygging av postoperative sårinfeksjoner, blodbaneinfeksjoner og nedre luftveisinfeksjoner i planperioden.

Ventende og ventetider

Antall pasienter på venteliste gikk ned med omlag 17 prosent gjennom 2016.

Tabell 14: Antall ventende og langtidsventende 2013-2016; Kilde: Årsberetning 2016

Antall ventende i desember	2016	Δ %	2015	2014	2013
Ventende totalt	16 623	-17	19 947	28 922	25 103
Ventende over 12 måneder (langtidsventende)	101	-78	453	2 605	3 627

Oslo universitetssykehus har en særskilt oppfølging av pasienter som har stått på venteliste mer enn 12 måneder (langtidsventende), for å redusere antallet til et minimum. Ved utgangen av 2016 var det 101 langtidsventende.

For pasienter som har fått påbegynt helsehjelp (avviklede pasienter), hadde Oslo universitetssykehus i desember 2016 en gjennomsnittlig ventetid til helsehjelpen startet på 66 dager. Det er en reduksjon på 3 dager fra 2015. For pasienter som ved utgangen av 2016 står på venteliste ved Oslo universitetssykehus var den gjennomsnittlige ventetiden for alle ventende 64 dager. Det er en reduksjon på 20 dager fra 2015. Innen somatikken er reduksjon i ventetid størst innen generell kirurgi, plastikkirurgi og generell indremedisin. Økning i ventetid er størst innen infeksjonssykdommer, fysikalsk medisin, (re)habilitering og hud- og veneriske sykdommer. I psykisk helsevern barn og unge er ventetiden redusert fra 52 dager i 2015 til 45 dager i 2016. I psykisk helsevern voksne er ventetiden redusert fra 47 dager i 2015 til 37 dager i 2016.

Tabell 15: Gjennomsnittlig ventetid (dager) 2013-2016; Kilde: Årsberetning 2016

Gjennomsnittlig ventetid (dager) til avvikling i desember	2016	Δ dg	2015	2014	2013
Pasienter med påbegynt helsehjelp (avviklede)	66	-3	69	81	79
Ventende totalt	64	-20	84	174	213

Forventet ventetid oppdateres månedlig på nettstedet www.frittsykehusvalg.no. De sykdomsgruppene som har lengst ventetid i Oslo universitetssykehus ved utgangen av 2016 er karkirurgi- (varicer), ortopedisk kirurgi (fot/ankel) og thoraxkirurgi (pectus excavatum- «fuglebryst»). Det er iverksatt særskilte tiltak for å avvikle langtidsventende innen karkirurgi og ortopedisk kirurgi.

Fristbrudd

I desember 2016 opplevde 105 ventende pasienter at helseforetaket ikke startet helsehjelpen innen oppsatt frist (fristbrudd). Gjennom 2016 er antallet fristbrudd betydelig redusert. I 2015 ble det avviklet 6 909 pasienter med fristbrudd. I 2016 var antallet redusert til 1 133. En del av fristbruddene som fremkommer ved utgangen av 2016 skyldes mangelfull registrering.

Tabell 16: Andel fristbrudd 2013-2016; Kilde: Årsberetning 2016

Andel fristbrudd	2016	2015	2014	2013
Fristbrudd i desember for ventende pasienter	0,6 %	0,2 %	20 %	16 %
Fristbrudd i desember for avviklede pasienter	1,1 %	1,7 %	15 %	18 %
Antall fristbrudd i desember ventende	105	37	1911	

Antall nyhenviste pasienter som har fått ventelisteplass ved Oslo universitetssykehus var noe lavere i 2016 enn i 2015. Det har vært en økning i antall mottatte henvisninger, og årsaken til reduksjon av rapporterte henvisninger knyttes til endringen i Pasient- og brukerrettighetsloven fra november 2015. Endringen har ført til at enkelte pasienter som tidligere ble satt på venteliste uten rett til prioritert behandling, ikke lenger blir vurdert å ha rett til behandling innen spesialisthelsetjenesten.

Epikrisetid

Oslo universitetssykehus HF har som mål å sende ut epikriser enten direkte med pasienten eller i brev innen syv dager etter at pasienten er utskrevet. Målet er ikke nådd, og det er fortsatt et forbedringspotensiale.

Tabell 17: Andel epikriser sendt innen 7 dager 2016 og 2015; Kilde: Årsberetning 2016

Andel epikriser sendt innen 7 dager	2016	2015
Somatikk	69 %	63 %
Psykisk helsevern	67 %	43 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	57 %	59 %

Korridorpasienter

En korridorpasient er en pasient som ligger i en seng utenfor et definert sengerom. Pasienter regnes også som korridorpasienter når de blir lagt på gangen for at personalet skal kunne observere pasienten, eller fordi pasienten har behov for kontakt med personalet.

Det er ikke ønskelig at pasienter ligger i sykehuskorridorer, dels fordi det truer den lovpålagte taushetsplikten, dels fordi pasientene opplever at det går ut over deres personlige integritet og verdighet. Oslo universitetssykehus har de siste årene hatt økt fokus på reduksjon av andel korridorpasienter. Helseforetaket har hatt en lavere andel korridorpasienter enn landsgjennomsnittet og gjennomsnittet for Helse Sør-Øst.

Tabell 18: Andel korridorpasienter 2012-2016; Kilde: Helsenorge.no

	2016	2015	2014	2013	2012
Andel pasienter plassert på korridor (%)	1,4	1,2	1,3	0,9	1,0

Pakkeforløp for kreft

Det er innført 28 pakkeforløp for kreft i sykehuset, med forløpsteam, forløpsledere og forløpskoordinatorer. I oktober 2016 ble det opprettet et Driftsstyre for kreftområdet som skal bidra til å styrke linjeledelsens handlekraft innen kreftområdet på tvers av organisatoriske skiller og lokaliseringer av aktivitet. Driftsstyret skal bl.a. koordinere utvikling av pasientforløp for kreft, og være en pådriver til kvalitet i pakkeforløpene. Oslo universitetssykehus jobber målrettet for at minst 70 % av nye kreftpasienter er del av et pakkeforløp, og at minst 70 % av pakkeforløpene for kreftpasienter er gjennomført innen standard forløpstid. Sykehuset har etablert gode forløp innen mange kreftformer.

Tabell 19: Andel pakkeforløp som har en forløpstid innenfor standard forløpstid; Kilde: helsenorge.no

Andel pakkeforløp som har en forløpstid innenfor standard forløpstid*	2016
Samlet for Oslo universitetssykehus HF	63,1 %

*Andel for pakkeforløp alle organspesifikke kreftformer

Tabell 20: Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp; Kilde: helsenorge.no

Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp	2016
Samlet for Oslo universitetssykehus HF	71 %

Innen flere av pakkeforløpene, bl.a. for prostatakreft og underlivskreft, arbeides det kontinuerlig med tiltak for å bedre forløpstidene.

Overføring av pasienter i pakkeforløp mellom lokalsykehusene og Oslo universitetssykehus representerer en spesiell utfordring. Pasienter som utredes og behandles ved flere helseforetak har lengre forløpstider enn de som har hele sitt forløp innen samme helseforetak. Det arbeides blant annet med å få på plass flere 3-strøms videokonferanser med andre helseforetak i Helse Sør-Øst som legger til rette for felles faglige vurderinger, og dermed mer effektive pasientforløp på tvers av flere helseforetak.

I arbeidet med standardiserte forløp er utfordringer i sentrale funksjoner som radiologi, patologi og deler av behandlingen blitt tydelige, og det arbeides med ulike tiltak for å bedre situasjonen. Rapportering til NPR av målepunkter med forløpstider skjer nå i DIPS Arena, i en mer brukervennlig løsning enn tidligere. Sykehuset får månedlige rapporter fra NPR, og det arbeides med å få på plass bedre rapporter i DIPS og sykehusets Ledelses- og informasjonssystem til hjelp i den daglige oppfølging av pasienter i pakkeforløp.

Brukermedvirkning

I tillegg til det sentrale brukerutvalget har Oslo universitetssykehus egne brukerråd i alle klinikker. Helseforetaket har også et eget ungdomsråd. Brukerutvalget deltar med to observatører i styremøtene. En viktig satsing er økt brukermedvirkning i forskning, der forskningsmiljøene i Oslo universitetssykehus samarbeider tett med Brukerutvalget og brukerorganisasjonene. Brukerutvalget gir også viktig innspill til ulike saker som er til høring.

Senter for Pasientmedvirkning og samhandlingsforskning (SPS)

Senter for pasientmedvirkning og samhandlingsforskning (SPS) er et forskningssenter ved Oslo Universitetssykehus.

Forskningsprofilen favner utvikling, implementering og testing av IT-verktøy innen helsetjenester.

Formålet med verktøyene er å bidra til pasientfokuserte helsetjenester og legge til rette for økt samhandling mellom bruker og helsevesen. I utviklingen av disse verktøyene er pasientene og brukere viktige premissleverandører.

Verktøyene har flere potensielle helse- og samfunnsrelaterte gevinster, som eksempelvis redusert behov for legebeseøk, skreddersydd pasientoppfølging og raskere rehabilitering. Ved å ta slike verktøy systematisk i bruk i helsevesenet vil man også kunne realisere viktige helsepolitiske mål spesielt i forhold til samhandlingsreformen.

SPS består av et tverrfaglig forskningsteam med cirka 30 ansatte. Senteret samarbeider med flere forskningsmiljøer, både nasjonalt og internasjonalt.

Opplæring av pasienter og pårørende og pasientinformasjon

Pasientene skal få tilpasset informasjon og opplæring, samt ha en reell mulighet til å påvirke beslutninger knyttet til egen behandling. For å sikre god kvalitet i kurs som tilbys pasienter og pårørende, har sykehuset utviklet en kunnskapsbasert fagprosedyre for pasient- og pårørendeopplæring i gruppe. Ideelle organisasjoner tilbyr også aktiviteter samordnet med behandlingen ved Oslo universitetssykehus. Vardesenteret (Kreftforeningen) og Pusterommet (Aktiv mot kreft) er tilbud for økt livskvalitet, læring og mestring for kreftsyke og pårørende.

Oslo universitetssykehus er videre opptatt av at primærhelsetjenestens ansvar for forebygging og oppfølging, herunder pasienters og pårørendes kompetansebehov, er tydelig etter sykehusopphold.

Oslo universitetssykehus har en ambisjon om «digitalt første valg». Digitale kanaler skal derfor være førstevalget for pasientinformasjon – før, under og etter behandlingen. På denne måten bidrar digitalisering til å gjøre sykehuset mer brukervennlig og mer effektiv. Innsatsen med å oppdatere og utvikle pasientinformasjon til den nasjonale portalen helsenorge.no og felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten gjøres for å utvikle pasientens netthelsetjeneste – lage løsninger som gir pasienter og brukere en enklere hverdag.

2.5 Oppgavedeling og samhandling med primærhelsetjenesten/kommunehelsetjenesten

I samhandlingsreformen er det forutsatt at forventet vekst i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad skal løses i kommunene. Videre ligger til grunn at kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå.

Nye metoder for pasientbehandling, nye behandlingstilbud, distribusjonsmåter, krav til medvirkning fra pasienter og pårørende og fortløpende organisatoriske endringer stiller nye krav til innovasjon, utvikling og bruk av ny teknologi. De pågående endringene forutsetter kompetanseheving og kompetansedeling, og er temaer som behandles i en rekke planer og stortingsmeldinger.

OUS møter disse utfordringene gjennom en egen samhandlingsstrategi der man har som mål at «Pasienter og pårørende opplever at aktørene i helsetjenesten er på samme lag og at den ene trygt og informert tar over der den andre slipper. Sykehuset har tillit og godt omdømme knyttet til samhandling.»

Sykehusets sentrale brukerutvalg og Ungdomsrådet er med å påvirke beslutninger i generelle saker som gjelder tjenester til pasienter og pårørende. Brukerutvalget er primært et rådgivende organ for administrerende direktør og styret ved sykehuset, og behandler ikke enkeltsaker. Brukermedvirkning er synlig både strategisk og i klinikkene, dessuten innen forskning.

OUS arbeider for at rett behandling gis til rett tid på rett sted med vekt på kontinuitet i overgangene. Målet er trygge, forutsigbare og likeverdige behandlings- og oppfølgingsforløp med nødvendig og tilstrekkelig informasjon tilpasset språklige og kulturelle behov. Habilitering og rehabilitering skal prioriteres i de ulike tjenesteområdene der brukermedvirkning og pasient- og pårørendeopplæring skal inngå som en naturlig del. Sykehuset legger til rette for kunnskapsformidling og dialog og vektlegger utviklingen av samhandlingskompetanse. Forskning og innovasjon på samhandlingsfeltet er tema i klinikkene og blant kollegaer i primærhelsetjenesten.

Særsilt for barn arbeides det for bedre samarbeid bl.a. gjennom et eget samarbeidsorgan for barn/unge mellom OUS og 12 bydeler. Det er et mål at mest mulig av forberedelse og oppfølging av bar som trenger tjenester innen OUS skal kunne foregå på pasientens lokalsykehus.

Samarbeid med fastleger og øvrige leger i kommunehelsetjenesten

I Oslo er det ca. 525 fastleger fordelt på ca. 160 legekantor. Økningen i antall fastleger samsvarer omtrent med befolkningsøkningen. Antallet fastleger pr 10 000 innebygger i Oslo og Akershus er det laveste i landet. Fastlegene i Oslo har ca. 1 500 000 pasientkonsultasjoner pr år. I tillegg kommer telefonkontakter, hjemmebesøk, elektronisk samhandling med hjemmetjenesten og et økende volum pasientadministrativt arbeid. Det er ikke planlagt styrking av fastlegeordningen på nasjonalt nivå, men i løpet av 2018 skal det prøves ut en ordning med sykepleiere på fastlegekantor for å bistå og avlaste fastleger (primærhelseteam).

I tillegg til fastlegene har Oslo kommune ca 140 legeårsverk i kurativ virksomhet i helsehus, på sykehjem, legevaktene og Kommunal Akutt Døgnetenhet (KAD). Legevaktene på Aker og i Storgata har til sammen ca. 136 000 konsultasjoner pr år. Overgrepsmottaket har 520 konsultasjoner per år. Det

utføres ca. 16 000 sykebesøk. Legevaktsentralen håndterer om lag 240 000 telefonhenvendelser, og KAD har 5 400 innleggelser pr år.

Evalueringer av Samhandlingsreformen har pekt på at den medisinske samhandling er for svak, og at fastlegene ikke deltar i utvikling av samarbeidet. Etter initiativ fra OUS er derfor «Møteplass Oslo» etablert (januar 2017) som en arena for samhandling, konsensus og utvikling av retningslinjer. Møteplass Oslo er forankret i Samarbeidsutvalget for hovedstadsområdet.

Fra 2017 er det krav om at leger i kommunehelsetjenesten må være spesialister i allmennmedisin, eller i pågående spesialistutdanning der 1 år foregår i sykehus. Enkelte sykehus i Norge har opprettet stillinger for allmennleger i utvalgte poliklinikker. I OUS har enkelte avdelinger/DPS slike stillinger. Siden OUS har regionale og nasjonale behandlingstjenester, må sykehuset samhandle med leger og tjenester i alle landets kommuner. Det er grunn til å anta at gode modeller for samarbeid og arbeidsdeling som utvikles i Oslo, også kan anvendes i øvrige kommuner og regioner.

Rammeavtalen mellom Helse Sør-Øst og Legeforeningen om avtalespesialister forutsetter avtaler mellom spesialistene og det enkelte helseforetak om hvordan spesialisthelsetjenestens «sørge for» ansvar kan oppfylles innen det enkelte fagområde. Bortsett fra gynekologi, er det er ikke utarbeidet felles konsensus om samarbeid mellom OUS, private avtalespesialister og fastleger innen andre fagområder. Innen øyesykdommer og Øre-Nese-Hals-sykdommer har det imidlertid utviklet seg en tradisjon for hvem som ivaretar ulike funksjoner. En svakhet er at det ikke er ordninger for telefon- og ø-hjelp hos avtalespesialister, og heller ikke ordninger som sikrer tilgang i ferier og høytider.

Innen psykisk helse er det gjort forsøk med nettverk av avtalespesialister, DPS og fastleger i nedslagsfeltet. Hensikten er å optimalisere arbeidsdelingen, redusere ventetid og utvikle felles kultur for samarbeidet. Det er ulike erfaringer med samarbeidet, og fortsatt høy avslagsrate (35 – 40 %) ved henvisninger til DPS-ene og barne- og ungdomspsykiatrien i sykehuset.

I tillegg til avtalespesialistene har HSØ avtaler med private leverandører av bildediagnostikk. På grunn av kapasitetsbegrensninger i OUS, må det aller meste av bildediagnostikk henvist fra primærhelsetjenesten skje hos de private leverandørene. Hovedstadsområdet har et relativt stort innslag av privat helsetjenester og økende bruk av private helseforsikringer påvirker også bruk av offentlige sykehus, herunder OUS.

Organisering / samhandling med kommunen

OUS samarbeider med alle landets kommuner, men størst samhandling er knyttet til samarbeidet med bydelene i Oslo. Det er en tydelig formalisert samhandling både på strategisk og klinisk nivå. Det samme gjelder forholdet til KAD, legevakt, helsearena Aker og sykehusene i Hovedstadsområdet (inkludert Sunnaas).

Samarbeidsorganer

Oslo universitetssykehus har ferdigstilt og implementert møtestrukturer knyttet til samhandling. I forbindelse med inngåelse av samarbeidsavtale (generell del) mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus er følgende samarbeidsorganer etablert:

<ul style="list-style-type: none">• Samarbeidsutvalget• Direktørmøte• Samarbeidsforum for somatikk• Samarbeidsforum for rusavhengighet og psykisk helsevern• Samarbeid med fastlegene/sykehjemslegene	<ul style="list-style-type: none">• Brukerutvalget• Ungdomsrådet• Råd for barn som pårørende• Forum for pasient- og pårørendeopplæring• Råd for ungdomshelse• Møteplass Oslo
---	---

OUS og de ulike bydeler har utarbeidet samarbeidsavtaler innen en rekke fagområder. Avtalene dekker både somatikk og psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, habilitering og rehabilitering. Samarbeidsavtaler og underavtaler skal sikre at brukermedvirkning, helhetlig pasientforløpstenkning, medisinskfaglig samarbeid og pasientopplæring blir tilstrekkelig ivarettatt. Mange av de underliggende retningslinjene og prosedyrene er felles for hele Hovedstadsområdet.

I tråd med overordnet samarbeidsavtale er det etablert et administrativt samarbeidsutvalg. Utvalget har myndighet til å fatte bindende beslutninger på tvers av forvaltningsnivåene og kan etablere underutvalg - kliniske utvalg - for områder en er enige om trenger forbedring.

Koordinerende enhet

Alle kommuner og regionale helseforetak skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringstjenesten. Den koordinerende enheten skal ha generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i kommunen og i helseregionen, og enheten skal være kontaktpunkt for samarbeid. Tjenestene som tilbys skal være synlige og lett tilgjengelige for brukere og samarbeidspartnere. I OUS er koordinerende enhet lagt administrativt på strategisk nivå. Ansvaret omfatter ikke klinisk virksomhet.

C3 - Centre for Connected Care

OUS er hovedansvarlig for satsingen Centre for Connected Care (C3), et senter for forskningsdrevet innovasjon (SFI). Senterets hovedmål er å etablere nye innovative servicemodeller i helse- og omsorgssektoren, med utgangspunkt i en systemtenkning hvor brukeren involveres og gis påvirkningskraft på egen helse.

Senterets partnere består av 14 brukerpartnere, herunder Oslo kommune, fem nasjonale forskningspartnere og åtte internasjonale forskningspartnere.

Samarbeid i pasientforløp

Det er konfereringsplikt ved akuttinnleggelser i OUS. For pasienter innlagt i sykehus, er det lite telefonisk kontakt fra sykehus til fastlege, ut over innhenting av legemiddellister ved akuttinnleggelser. Det er etablert standard for at sykehuset kontakter fastlege for felles rådslagning/gjensidig beslutningsstøtte, men slike kontakter oppleves nyttige og kan bidra til å avklare ansvar for oppfølging og begrense unødvendig ressursbruk og dobbeltarbeid.

Fastleger kan kontakte OUS telefonisk for råd om enkeltpasienter. Tilgangen til spesialister i sykehuset varierer, der noen avdelinger har telefontid. En del forespørsler om oppfølging kommer også skriftlig til OUS, og kan besvares i (elektronisk sendte) notater. Gjensidig veiledning gjennom bruk av telefon og skriftlige notater er ikke finansiert, verken for OUS eller for fastlegene. Det er store forventninger til at innføring av elektroniske dialogmeldinger vil forbedre samhandlingen.

Læringsnettverk for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke

OUS deltar i Læringsnettverk for gode pasientforløp sammen med tre bydeler i Oslo, Sykehjemetaten og fastleger. Mål for arbeidet er å forbedre hele pasientforløpet i et hjem til hjem-perspektiv. Dette gjelder både internt i kommunene og sykehusene, og mellom sykehus og kommune, herunder fastlegene.

Prosjekter er satt i gang basert på engasjerte medarbeidere og tilgjengelige prosjektmidler, blant annet gjennom Samarbeidsutvalget. Bydelene og sykehusene har til enhver tid mange løpende prosjekter. Det er ønskelig at bydelene i større grad utfører kost-nytte vurderinger før prosjekter iverksettes, med tanke på eventuell implementering i varig praksis. Ved Oslo universitetssykehus (OUS) utføres slike kost-nytte vurderinger for alle samhandlingsprosjekter. En større grad av samordning og samling i framtiden av mange mindre prosjekter ville trolig være bra både faglig og ressursmessig.

Pasientstrømmer til sykehus

Nær 100 % av elektive innleggelser i sykehus er etter søknad fra poliklinikker i sykehuset. Henvisninger fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten er formalisert etter innføring av prioriteringsforskriften med prioriteringsveiledere, samt innføring av pakkeforløp for kreft med diagnoseveiledere. Det er gode rutiner for ø-hjelps innleggelser med telefonkonferering og mulighet for OUS å motta elektronisk ø-hjelps henvisning.

Pasientstrømmer fra sykehus - Tilbakeføring av behandlingsoppgaver til primærhelsetjenesten

Samhandlingsreformen slår fast at en pasient som antas å være i behov av kommunale tjenester er utskrivningsklar når lege/psykolog vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling ved døgnopphold i spesialisthelsetjenesten.

Øvrige utskrivelser og fordeling av ansvar mellom OUS og fastleger er ikke regulert og i liten grad beskrevet i felles retningslinjer. Fordelingen er i hovedsak basert på tradisjon, medisinsk skjønn, og fagmiljøenes fortolkning av lovverk og føringer. En del behandlings- og kontrolloppgaver overføres fra OUS til primærlegene uten at de er forberedte til å overta. Disse kan være uklare, noe som gir risiko for svikt i oppfølgingen. Felles anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus i Hovedstadsområdet (utviklet av Møteplass Oslo) gir generelle føringer for fordeling av arbeidsoppgaver og ansvar, men arbeidsdeling innen de enkelte kliniske fagområdene er ikke beskrevet. Etter modell fra Østfold vil Møteplass Oslo utvikle verktøy til beslutningsstøtte om klinisk arbeidsfordeling mellom leger i og utenfor sykehus.

Utfordringer i samhandlingen

Det er flere samhandlingsutfordringer som sykehus og kommuner må løse i felleskap. Anstrengt bydelsøkonomi påvirker prioriteringer mellom eldre syke og nødvendig satsning på barn, unge og psykisk helse. Kortere liggetid i sykehus kan gi flere reinnleggelser og samsvarer dårlig med kapasitet og koordinering i kommunehelsetjenesten. Samhandling og dialog svekkes av kompetansemangel, ulike datasystemer og mangelfull rapportering. Ulike vurderinger av pasientens behov for spesialisthelsetjenester i bydel og sykehuset kan komplisere pasientforløp og medføre reinnleggelser etter kort tid. Spesialister i sykehus har ofte fokus på enkeltdiagnoser i spesialiserte avdelinger, mens kommunen ser alle diagnoser under ett og er mer opptatt av det forbyggende. Det er også for få vurderingsbesøk fra bydelene i sykehuset, og det er altfor sjelden møter med pasient, pårørende og bydel før utskrivning.

2.6 Organisasjon og ledelse

Lederutvikling

Oslo universitetssykehus ønsker å legge til rette for gode og synlige ledere på alle nivå i organisasjonen. Ledere skal ha tydelig ansvar og fullmakter for å kunne følge opp målsetninger, oppnå resultater og innfri krav i virksomhetsgjennomføring. Dette er det lagt vekt på i utforming av helseforetakets organisasjon, oppgavefordeling og fullmakter. Lederkontraktene inneholder krav og mål for året og evalueres i årlige utviklingssamtaler. Oslo universitetssykehus har et omfattende læringstilbud spesielt rettet mot ledere. I 2016 var det over 1000 påmeldinger til denne type tilbud. Nye ledere følger et obligatorisk lederutviklingsprogram. Fire ledere gjennomførte Nasjonalt topplederprogram for helsetjenesten, og flere deltok på etter- og videreutdanning for ledere ved ulike utdanningsinstitusjoner.

Medarbeiderundersøkelse

Medarbeiderundersøkelsen i 2016 ble gjennomført med oppslutning på 79 prosent. Over 900 ledere har fått tilsendt rapporter til oppfølging i egen enhet. Resultatene fra 2016 viser positiv utvikling fra undersøkelsen i 2015.

Helse, miljø sikkerhet

Det ble registrert 4923 HMS-avvik i helseforetaket i 2016.

Tabell 21: Antall HMS-avvik 2013-2016; Kilde: Årsberetning 2016

	2016	Δ %	2015	2014	2013
HMS-avvik	4 923	14	4 316	4 007	4 032
<i>Fysisk arbeidsmiljø</i>	1 069	23	866	777	778
<i>Psykososialt arbeidsmiljø</i>	675	-23	873	825	820
<i>Smittevern</i>	783	13	692	724	676
<i>Vold/trusler/utagerende adferd</i>	869	37	634	585	656
Meldinger per årsverk	0,27		0,24	0,22	0,23

Den største avvikskategorien er Fysisk arbeidsmiljø der det er meldt inn flest saker på inneklime, fall, slag, støt og klemskade samt orden og renhold. Det har i 2016 vært en nedgang i antall innmeldte saker i kategorien Psykososialt arbeidsmiljø. Majoriteten av sakene i innen Smittevern er ansatte som stikker seg med sprøyter eller blir tilsølt med blod. Vold/trusler/utagerende adferd er hendelser hvor ansatte ble utsatt for eller stod i fare for å bli skadet. Slike hendelser registreres primært innen psykiatri og rusbehandling.

Antallet meldinger om saker med høy alvorlighetsgrad har økt med tolv prosent fra 328 i 2015 til 368 i 2016. Endringen er som for innmeldte HMS-avvik generelt som hadde en økning på fjorten prosent.

Tabell 22: HMS-saker med høy alvorlighetsgrad 2013-2016; Kilde: Årsberetning 2016

Saker med høy alvorlighetsgrad*	2016	Δ %	2015	2014	2013
Fysisk arbeidsmiljø	196	18	166	132	184
Psykososialt arbeidsmiljø	69	-3	71	86	80
Smittevern	40	-15	47	39	49
Vold/trusler/utagerende adferd	63	43	44	38	62

*Saker i alvorlighetsgraderingene "Moderat skade", "Betydelig skade" og "Unaturlig dødsfall"

Likestilling og likeverd

Oslo universitetssykehus har som overordnet målsetning å gi ansatte en meningsfylt arbeidssituasjon med like muligheter og rettigheter uavhengig av kjønn, religion, livssyn, etnisitet, seksuell legning, funksjonsevne og alder. Helseforetaket legger til rette for at ansatte gis likeverdig tilgang til fagutvikling, lederutdanning og karrieremuligheter.

Som andre helseinstitusjoner er Oslo universitetssykehus en kvinnedominert arbeidsplass. Av totale brutto årsverk i 2016 var 73 % utført av kvinner og 27 % utført av menn. Andelen utført av menn steg med 0,5 prosentpoeng fra 2015. Menn er godt representert innen alle fagområder i virksomheten. På mellomledernivå er det en overvekt kvinnelige ledere. I toppledelsen, nivå en og to i organisasjonen, er seks av totalt 22 ledere kvinner. I helseforetakets styre var det i 2016 fire kvinner og fire menn. Ved ansettelser har Oslo universitetssykehus en ordning hvor minst en søker med innvandrerbakgrunn skal innkalles til intervju, forutsatt at vedkommende er kvalifisert for stillingen.

2.7 Utdanning, bemanning og kompetanse

2.7.1 Utdanning

OUS har det største medisinske og helsefaglige miljøet i Norge og har dermed et særskilt ansvar for å bidra til bredde- og spisskompetanse i utdanning av medarbeidere til helsesektoren. Sykehuset bidrar

i stort volum til å utdanne helsepersonell på alle utdanningsnivåer og samarbeider godt med en rekke utdanningsinstitusjoner.

Medisinutdanningen er den grunnutdanningen som er mest integrert i sykehuset, ved at både teori- og praksisundervisning i stor grad foregår i helseforetaket. Studenter fra øvrige utdanninger tilbys veiledet praksis. Hvert år har vi blant annet 1500 helse- og sosialfaglige bachelorstudenter i praksis, 550 sykepleiere i videreutdanning og 100 psykologistudenter. OUS er også lærebedrift for innen helse- og ambulansesfag, gir praksisplasser til ca. 65 helsesekretærelever og studenter på ulike studieretninger på fagskoler.

OUS har til enhver tid ca. 1000 leger i spesialisering. Denne utdanningen er på høyt nivå og har ingen formell tilknytning til et universitet eller en høyskole. Foruten kursvirksomhet, har OUS det fulle ansvaret for både teori og praksis, samt for at overlegene har nødvendig kompetansen innen undervisning og veiledning.

Noen hovedtall for OUS 2016 illustrerer utdanningsvirksomheten som er vesentlig større enn ved landets øvrige universitetssykehus:

Tabell 23: Utdanningsvirksomhet OUS 2016

Utdanning der OUS har totalansvar		Utdanninger der OUS er ansvarlig for praksis			
Leger i spesialisering	Ambulanses- og helsefagarbeiderlærlinger	Profesjonsstudie medisin	Bachelor sykepleie og andre helsefag	Videreutdanning sykepleie	Andre utdanningsløp innen helsefag
1000	60	820	1500*	570**	230

*fordelt på fire praksisperioder ** fordelt på vår- og høstsemester

Den største kompetanseutfordringen sykehuset har per i dag er mangelen på spesialsykepleiere, samt innenfor noen legespesialiteter.

Utdanningsstrategi 2013-2018

Oslo universitetssykehus har en utdanningsstrategi for perioden 2013-2018, som realiseres gjennom klinikkovergrepene og klinikkvise handlingsplaner. Strategien har følgende visjon:

Vi skal styrke vår posisjon som et internasjonalt fremragende universitetssykehus og bidra til å skape et fremtidsrettet helsetilbud med høy kvalitet.

Strategien peker på viktige kontinuerlige mål og følgende strategiske hovedmål:

- a) Utdanningens betydning skal synliggjøres og utgjøre en tydelig del av sykehusets profil.
- b) Oslo universitetssykehus skal legge til rette for gode utdanningsløp.
- c) Vi skal arbeide for å synliggjøre ressursbruk og sikre adekvat ressurstilgang til utdanning.
- d) Vi skal dokumentere aktivitet og kvalitet på utdanningsvirksomheten.
- e) Vi skal ta i bruk nye læringsarenaer.
- f) Utdanning skal ha et internasjonalt perspektiv.
- g) Fokus på likeverdige helsetjenester skal gjenspeiles i utdanningsvirksomheten.
- h) Pasient og brukermedvirkning skal være integrert i utdanning.

2.7.2 Bemanning

Virksomheten i Oslo universitetssykehus er arbeidsintensiv der om lag to tredeler av helseforetakets totale ressursinnsats er knyttet til de ansatte. De ansattes innsats, kunnskap, ferdigheter og

Samordning er den viktigste forutsetningen for gode og effektive spesialisthelsetjenester. Bemanningsinnsatsen må tilpasses de økonomiske rammene med mål om at tjenestetilbudet til pasienter og brukere ikke skal reduseres. For å oppnå dette arbeider Oslo universitetssykehus med å øke produktiviteten og realisere forbedringer. Dette gjøres ved samordning av virksomheten og å dra nytte av muligheter i teknologisk og medisinsk utvikling. De siste årene har bemanningen i antall månedsværk økt mer enn planlagt. Gjennomsnittlig antall brutto månedsværk i helseforetaket i 2016 var 18 515. Dette var 402 (2,2 prosent) høyere enn planlagt og 182 flere årsværk enn i 2015.

Tabell 24: Antall ansatte 2013-2016; Kilde: Årsberetning 2016

	2016	Δ %	2015	2014	2013
Gjennomsnittlig antall ansatte i konsern	23 112	-0,1	23 125	22 698	22 486
Gjennomsnittlig antall årsværk i konsern	18 622	1,0	18 435	17 967	17 358
Gjennomsnittlig antall årsværk i HF	18 515	1,0	18 333	17 869	17 258

Planlagt arbeidstid

Oslo universitetssykehus vil styre virksomheten gjennom god planlegging og økt forutsigbarhet for brukere og ansatte. God arbeidstidsplanlegging reduserer vikarbruk som er kostbar arbeidskraft. Uforutsigbarhet som følger av akuttvirksomhet, sykefravær og store svingninger i pasientaktivitet, gjør sikker planlegging av aktiviteten vanskelig.

En bedre arbeidstidsplanlegging er et innsatsområde for Oslo universitetssykehus gjennom et program «Forbedring av driften i OUS HF 2017 - 2020» med definerte områder for forbedring av planlegging av bemanning og bruk av personellressursene.

Tabell 25: Planlagt og ikke planlagt arbeidstid 2013-2016; Kilde: Årsberetning 2016

	2016	Δ %	2015	2014	2013
Planlagt arbeidstid i månedsværk i HF	17 228	1,7	17 017	16 558	15 972
Ikke planlagt arbeidstid i månedsværk i HF*	1 282	-2,5	1 316	1 311	1 286

*Ikke planlagt arbeidstid er variabel lønn.

Andelen planlagt arbeidstid er beregnet fra fastlønn. I 2016 var andelen 93 prosent av antall brutto månedsværk, som er en liten bedring sammenlignet med 92 prosent de foregående tre årene. Forholdet mellom de faste og variable lønnkomponentene var i 2016 henholdsvis 93,1 prosent faste og 6,9 prosent variable, en nedgang i variable på 0,3 prosentpoeng. Variabel lønn er andelen arbeidstid som ikke er planlagt som overtid, timebetalte ekstrahjelpere, utrykning og uforutsette vakter.

Helseforetaket har en intern ekstravaktordning som bidrar til å redusere behovet for overtid/mertid og vikarer. Ordningen gir ansatte med deltidsstilling mulighet for høyere stillingsandel ved at den åpner for å kunne arbeide på flere enheter i helseforetaket. Parallelt med innsatsen for å redusere andel variable lønnskostnader arbeides det fortsatt med å redusere ufrivillig deltid ved foretaket. Andelen har gått gradvis ned fra 16,8 prosent i 2014 til 16,4 prosent i 2016. Gjennomsnittlig stillingsprosent hos ansatte i faste stillinger er i 2016 på 92,5 prosent.

Oslo universitetssykehus har en lav deltidsprosent sammenlignet med andre helseforetak og har i 2016 videreført arbeidet der en tilbyr økte/fulle stillinger til alle som ønsker det og knytter seg til foretakets personalformidling. Personalformidlingen inkluderer også fra 2016 en studentpool for sykepleiestudenter og en kontorfaglig pool for autoriserte sekretærer og helsesekretærer. Den interne personalformidlingen og deltidsstillinger gir foretaket muligheter til å gjennomføre turnus med helgevakter og gjør bruken av personell mer kostnadseffektivt.

Gjennomstrømming

Antall ansatte som sluttet ved Oslo universitetssykehus i 2016 var 1832 mot 1780 i 2015. Det tilsvarer en turnover på 9,6 prosent.

Sykefravær

Sykefraværet i de siste fem årene har fulgt sesongvariasjoner med høyest sykefravær i vintermånedene og et lavt nivå i sommermånedene. I desember 2016 var sykefraværet 8,4 prosent, mens det var lavest i august 2016 med 6,6 prosent. Gjennomsnittlig sykefravær i 2016 var om lag som i 2015. Det samme gjelder fordelingen av kort og langtidssykefravær.

Tabell 26: Sykefravær 2013-2016; Kilde: Årsberetning 2016

	2016	2015	2014	2013	2012
Gjennomsnitt sykefravær i prosent	7,3	7,4	7,2	7,4	7,7
Gjennomsnitt korttidsfravær i prosent	2,7	2,6	2,4	2,5	2,6
Gjennomsnitt langtidssykefravær i prosent	4,6	4,7	4,7	4,9	5,1

Helseforetaket har godt innarbeidede rutiner for håndtering av arbeidsrelatert fravær. Avtalen om inkluderende arbeidsliv for perioden 2014-2018 følges opp i de enkelte klinikkens handlingsplaner. Målsetningen er å redusere det totale sykefraværet til 7,1 prosent innen utgangen av gjeldende avtaleperiode.

2.7.3 Personell- og kompetansebehov

Virksomheten ved Oslo universitetssykehus er sammensatt og variert og krever kompetanse fra det generelle til det svært spesialiserte. Helseforetaket må ha ansatte med nødvendig kompetanse for å kunne ivareta dagens behov og ha en effektiv drift, men også for å ta i bruk nye muligheter og ivareta endrede krav til virksomheten. Foretaket har stort sett god kontroll på personellbehov og tilgang på kompetanse. Det er et ekstra behov for visse typer spesialsykepleiere og praksisplasser for spesialsykepleiere, samt enkelte legespesialister.

Ulike rekrutterings- og utviklingstiltak er iverksatt, som utdanningsstillinger for spesialsykepleiere og kompetanseutviklingsprosjekter knyttet til jobbglidning innen blant annet steriltforsyning og blodprøvetaking. Helseforetaket tilbyr klinisk kompetanseprogram til sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer, vernepleiere og barnevernspedagoger.

2.8 Forskning og innovasjon

2.8.1 Forskning

Oslo universitetssykehus er Norges største universitetssykehus og største helseforskningsinstitusjon. Noen hovedtall for året 2016 illustrerer forskningsvirksomhetens omfang, som også er vesentlig større enn landets øvrige universitetssykehus:

Tabell 27: Forskningsvirksomhet 2016; Kilder: Forskningsmålingen 2016. Tall for ressursbruk: NIFU, Rapport 2017:18, Ressursbruk til forskning i helseforetakene 2016.

	Ressursbruk*	Artikler	Doktorgrader	Publiseringspoeng**	Forskningspoeng***
Oslo universitetssykehus	1,71 mrd. kr*	1946	110	1915	2336
Helse Sør-Øst	2,47 mrd. kr	2607	151	2934	3429
Norge (helseforetak)	3,70 mrd. kr	3960	292	4878	5468

* Inkluderer direkte og indirekte kostnader, herunder avskrivninger, og all type finansiering. For OUS er tallene ekskl. Kreftregisteret, som ikke inngår i HODs forskningsmåling (poengsystem). **Poeng for artikler, antologier, monografier og doktorgrader. ***Summen av publiseringspoeng og finansieringspoeng (ekstern finansiering fra Norges forskningsråd og EU).

Oslo universitetssykehus har mange sterke kliniske forskningsmiljøer, men også et stort omfang av basal- og translasjonsforskningsmiljøer. Sammen med Universitetet i Oslo (UiO) drives flere sentre for fremragende forskning og andre store satsinger oppnådd i hard nasjonal og internasjonal konkurranse. Oslo universitetssykehus er tett koordinert med UiO i hele bredden av helseforskningen, herunder satsingen innen livsvitenskap. Sykehuset og universitet har overlappende forskningsaktiviteter med felles forskningsgrupper, deling av kompetanse, felles utnyttelse av infrastruktur og støttefunksjoner der det er hensiktsmessig. For å forbedre pasientbehandlingen er det sentralt at forskning, innovasjon og utdanning er tett integrert med klinisk/diagnostisk virksomhet. Forskning må derfor bevisst prioriteres.

Tabell 28: Styrker og muligheter innenfor forskning

Styrker ved forskningsvirksomheten er særlig:	Muligheter i dagens situasjon er særlig:
<ul style="list-style-type: none"> • Høy kompetanse og kvalitet i forskningen, med stor bredde av fagmiljøer fra translasjonsforskning til klinisk/anvendt forskning • Organisering i forskningsgrupper (ca 260) med tett integrasjon mellom sykehuset og universitet. Organisering i grupper er en styrke både faglig, sosialt, kulturelt og forskningsetisk. • Forskningen er en integrert del av sykehusets virksomhet, der lederne har et totalansvar. Klinisk forskning er i stor grad integrert med behandling. • Pasientsammensetning fra det normale til det høyspesialiserte gir unikt grunnlag for forskning, utdanning og innovasjon, herunder tilgang til data fra omfattende medisinske kvalitetsregistre, forskningsregistre og store biobanker. • God tilgang til kjernefasiliteter, forskningsinfrastruktur og et godt forskningsstøtteapparat. • Omfattende internasjonalt forskningssamarbeid. • Mange yrkesgrupper deltar i forskning – stort potensial for samarbeid på tvers av disipliner. • Konkurrerer godt om ekstern finansiering nasjonalt og internasjonalt. • Nærhet til pasienten er en driver for forskningsbasert innovasjon. Flere miljøer har bred erfaring med innovasjon. 	<ul style="list-style-type: none"> • Veletablerte, erfarne forskningsmiljøer gir grunnlag for mer forskning i verdensklasse. • Internasjonalt forskningssamarbeid vil kunne bidra til økt kompetanse, nettverk og mobilitet, ytterligere tilgang til forskningsinfrastruktur, «state-of-the-art» metoder/teknologi, økt forskningskvalitet og økt finansiering fra nasjonale og internasjonale kilder. • Attraktiv samarbeidspartner for andre institusjoner (UH-sektør, næringsliv, pasientforeninger), som ser at deres institusjon lykkes bedre med egne satsinger gjennom samarbeid med sykehuset. • Gode rekrutteringsmuligheter innen mange fagområder, noe som fremmer tverrfaglig forskning. Tilgang til kursing og karriereutvikling av unge forskere, herunder Helseinnovatørskolen via tett samarbeid med UiO. • Styrket forskningsbasert innovasjon og kommersialisering

2.8.2 Innovasjon og næringsutvikling

Oslo universitetssykehus satser på innovasjon og utvikling for å bidra til nyskaping, bærekraftige helsetjenester og bidra til utvikling av helsenæringen i Norge. Oslo universitetssykehus har en egen strategisk koordinerende innovasjonsavdeling, under Stab forskning, innovasjon og utdanning, som også er rådgivende for innovasjonsaktiviteter ved helseforetak i regionen. Innovasjonsarbeidet skjer i tett samarbeid med klinikkene og sykehusets ledelse. Det jobbes med å fremme innovasjon på tvers av sykehuset ved å drive rådgivning og praktisk bistand i enkeltprosjekter. OUS skal skape innovasjoner som gir bedre pasientbehandling, og som kan nyttiggjøres av andre helseforetak, primærhelsetjenesten, eller spres gjennom kommersialisering.

Innovasjoner med potensial for kommersialisering gjennom selskapsetablering eller lisensiering, ivaretas av Inven2 AS, som eies av Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo. Foruten Inven2 finnes det en rekke utviklings-, forsknings- og innovasjonssentre ved sykehuset. Sentrene er viktig for generering av nye innovasjoner, utvikling av innovasjonsvennlig kultur og i kompetanseutvikling.

De viktigste aktørene i sykehusets interne innovasjonssystem er klinikkene og forskningsmiljøene. Her oppstår nye idéer bl.a. initiert av ildsjeler og i grensesnitt med andre aktører internt eller eksternt. Innovasjonsavdelingen bidrar med å fremme gode idéer og hjelper til i prosessen frem til implementering og spredning.

Tabell 29: Innmeldte og registrerte prosjekter fra OUS

Innmeldte og registrerte prosjekter fra OUS					
2015		2016		Pr. 2. tertial 2017	
Inven2	Innovasjonsavd	Inven2	Innovasjonsavd	Inven2	Innovasjonsavd.
65	36	72	30	53	16

For den kommersielle innovasjonsaktiviteten var det generert 17 MNOK både i 2016 og 2015 med basis i OUS-prosjekter. Det ble etablert 25 lisensavtaler i de samme to årene og tre bedrifter ble etablert i 2016 mot 2 i 2015.

Sykehuset har ambisjon om å videreutvikle sine arenaer for testing av innovasjoner i samarbeid med andre helseaktører og næringsliv. Målet er å etablere arenaer hvor næringsliv, forskere, kommuner og sykehus kan samarbeide om å designe, utvikle, prototype og teste nye produkter og tjenester.

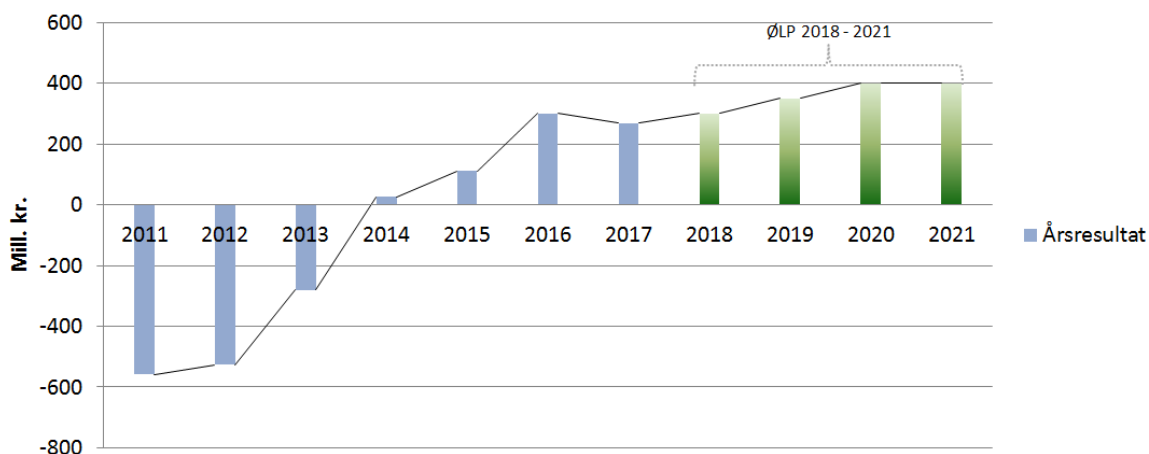
Sykehuset deltar aktivt i arbeidet med å utarbeide nasjonale innovasjonsindikatorer. Hensikten er å etablere et system for sammenlikning av innovasjonsaktivitet helseaktører imellom og stimulere til økt innovasjonsaktivitet, hvor deling og spredning er et viktig element.

2.9 Økonomi

Oslo universitetssykehus er i en situasjon hvor det driftes i gammel bygningsmasse, gjennomsnittlig levetid på medisinsk teknisk utstyr er høy og behov for samkjørte IKT-systemer er stort. Dette fremtvinger et behov for økt investeringsnivå både på kort og lang sikt. Oslo universitetssykehus har i gjeldende langtidsplanperiode 2018 -2021 planlagt gjennomføring av virksomheten for å sikre en driftsøkonomi som gjør det mulig å investere i nødvendig utstyr og bygningsmasse. Oslo universitetssykehus planlegger derfor å være i en betydelig overskuddssituasjon. I langtidsplanperioden er det forutsatt et resultat eksklusiv eiendomssalg med overskudd i 2018 på 300 mill. kroner, 350 mill. kroner i 2019, 400 mill. kroner i 2020 og 400 mill. kroner i 2021.

Resultatutviklingen senere år har vært positiv og for 2017 vil foretaket innfri overskuddskravet på 250 MNOK.

Resultatutvikling 2011 - 2017(2018 -2021)



Figur 5: Resultatutvikling Oslo universitetssykehus HF; Kilde: ØLP

Det understrekes at det er stor usikkerhet knyttet til gjennomføringen av resultatkravene for ØLP perioden 2018 -2021. Fra resultatnivået for 2017 innebærer kravene til resultatforbedring en effektivisering i klinikkene på i gjennomsnitt 2-3 pst for hvert år i planperioden. Det foreligger også for 2018 budsjettet usikkerhet i budsjetteringen av DRG- inntekter, samt fremtidig finansiering av laboratoriemedisin. Endringer som følge av dette kan isolert sett medføre at resultatkravet for Oslo universitetssykehus må vurderes for 2019 og kommende år. En annen finansiell usikkerhet er knyttet til pågående arbeid med inntektsmodell i HSØ hvor det innen psykisk helse og rus fremkommer risiko for betydelige nedtrekk av foretakets inntektsrammer, hvis nytt kriteriesett blir implementert.

Totalt sett medfører kravet til resultatforbedring med gjeldende inntektsforutsetninger at vekst i pasientbehandling som planlegges i Oslo universitetssykehus i langtidsplanperioden ekskl. Alna overføringen (om lag 2 pst hvert år) må håndteres med om lag den bemanning som har vært i 2017. I perioden 2018-2021 er det innarbeidet et betydelig krav til forbedring av driften. Fra 2022 til 2037 er det kun beregnet krav til forbedring av driften som følger av nye bygg (3,5 pst). Som følge av overtakelse av bydelene Stovner og Grorud fra Akershus universitetssykehus etter 2027 vil det være ytterligere potensial for fortløpende driftseffektivisering. Mindre årlige forbedringer får betydelige akkumulerte effekter i en beregning som strekker seg frem til 2037.

2.10 IKT

Infrastruktur

Oslo universitetssykehus og foretaksgruppen er avhengige av en hensiktsmessig lokal og regional IKT-infrastruktur for å kunne produsere helsetjenester sikkert og kostnadseffektivt. Helse Sør-Øst har hatt en tilnærming der helseregionen i hovedsak eier, drifter og forvalter regionens IKT-infrastruktur og IKT-tjenester gjennom den regionale fellesleverandøren Sykehuspartner HF. Etter å ha vurdert ulike alternativer, har Helse Sør-Øst gjennomført en anskaffelse med forhandlinger og valgte høsten 2016 en ekstern leverandør for modernisering og drift av IKT-infrastrukturtenester (Imod).

En grundig fremstilling av prosessen rundt dette fremkommer i vedlegg til Sykehuspartners styresak 055-2017. Av flere årsaker har Helse Sør-Øst i samarbeid med Sykehuspartner stilt aktiviteten Imod i bero.

Vedtaket om å stille aktiviteten «i bero» påvirker fremdriften i flere planlagte leveranser av infrastruktur til Oslo universitetssykehus og som har betydning i fremdrift i flere prosjekter. Det er derfor etablert egne innsatsgrupper på de mest kritiske områdene.

Det må etableres trådløst nettverk i Oslo universitetssykehus for å erstatte en utdatert løsning og dekke nødvendige behov innen pasientbehandling, blant annet for å kunne ta i bruk gjennomgående elektronisk kurve på sengepostene, tilbud til langtidsliggende barn, samt trådløs forbindelse med nytt og moderne medisinskteknisk utstyr. Dette arbeidet er nå igangsatt.

Videre er telefonsentralene i Oslo universitetssykehus utdatert og må oppgraderes. Sentralbordene som Oslo universitetssykehus benytter i dag er dels utdatert og mangler både reserveløsninger ved feilsituasjoner, mulighet for samhandling og etablering av tjenester på tvers av sykehusene i foretaket. Leverandøren understøtter ikke lenger løsningene som benyttes, og reservedeler finnes ikke på markedet. Dette arbeidet er igangsatt.

I tillegg er det viktig at Oslo universitetssykehus etablerer løsninger for håndtering av multifunksjonsskrivere, og at det gjennomføres stabiliserings- og oppgraderingsaktiviteter innen IKT-støtte til forskere og medisinsk- og byggeteknisk utstyr. På dette området er det fortsatt stor usikkerhet knyttet til hvilke leveranser Oslo universitetssykehus kan forvente.

Oslo universitetssykehus har et økende antall IKT-bestillinger til Sykehuspartner med til dels betydelig forsinket leveranse. I tillegg er vedlikehold av tjenester ikke på det nivået som er avtalt i tjenesteavtalen mellom Oslo universitetssykehus og Sykehuspartner. Den manglende kapasiteten hos Sykehuspartner medfører at det er utfordrende å få levert både vedlikehold og videreutvikling av eksisterende infrastruktur. Samtidig vil manglende kapasitet på infrastruktururområdene hos Sykehuspartner påvirke evnen til å gjennomføre de funksjonelle prosjektene nevnt under.

For å ivareta krav og utvikle kravsett knyttet til sikker og stabil drift, samt nødvendig videreutvikling av teknologitjenestene, er det viktig at den IKT kompetanse som finnes i Oslo universitetssykehus utnyttes i et samarbeid med Sykehuspartner for å komme videre i arbeidet.

Sykehusets lokale fysiske IKT-infrastruktur som kabling, strøm og kjøling er av varierende kvalitet, alder, omfang og tilgjengelighet ved de mange ulike geografiske lokalisasjonene som inngår i Oslo universitetssykehus. Kommunikasjonsrom og kabling har flere steder en rekke mangler som setter begrensninger på mulighetene for utvidelse og som medfører ustabil drift på gammelt utstyr på grunn av plass- og kjøleproblemer. Det pågår arbeid for å utbedre situasjonen, mens det fortsatt er store mangler ved mange lokalisasjoner. Dette legger også begrensninger på hvor og hvilke nye eller oppgraderte IKT-løsninger som kan implementeres på de ulike stedene.

Status på sentrale områder

Radiologiområdet	Laboratorieområdet
<ul style="list-style-type: none"> • I 2013 ble det inngått avtale mellom Helse Sør-Øst RHF og Carestream Health Norway AS om anskaffelse av regional løsning på radiologiområdet. Det har imidlertid vist seg at leverandøren har betydelige problemer med sin leveranse til Sykehuset Innlandet HF. Arbeidet med å etablere en regional løsning for radiologiområdet er dermed vesentlig forsinket. Konsekvensen av dette er at Carestream Health Norway AS ikke har vært i stand til å levere en løsning til Oslo universitetssykehus. • Den nåværende situasjonen utgjør en pasientsikkerhetsrisiko og er et hinder for effektiv arbeidsflyt. Dette berører bildediagnostiske utredninger ved alle fagseksjoner i Klinikk for radiologi og nukleærmedisin og dermed for alle kliniske avdelinger i Oslo universitetssykehus. • Det er fra HSØ RHF besluttet å gjennomføre en utredning av videre planer for radiologiprojektet og som ble levert 1. desember 2017. Utredningen skal blant annet identifisere alternative gjennomføringsplaner og et målbilde som gir muligheter for etablering av lokale RIS/PACS-løsninger med ny radiologiavtale for foretak som ikke ønsker å bruke den regionale avtalen. Oslo universitetssykehus deltar i dette utredningsarbeidet. • Oslo universitetssykehus planlegger en konsolidering av RIS/PACS i tråd med alternative gjennomføringsplaner slik at sykehuset får lik tjeneste på alle lokasjoner. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oslo universitetssykehus har i dag flere ulike laboratedatasystemer (LIMS) som man ønsker å konsolidere for å oppnå effektiv arbeidsflyt og kostnadseffektiv drift. Dette ble spesielt viktig etter fusjonen og opprettelsen av Oslo universitetssykehus. Dette arbeidet har vært utsatt i påvente av det regionale laboratorieprosjektet. Det har imidlertid vist seg utfordrende å få på plass en felles løsning i regional regi. Det er foreløpig kun gjort styrevedtak i HSØ om fornying og konsolidering av patologiområdet på regionalt system. • Oslo universitetssykehus deltar i dette regionale prosjektet, nå for utvikling og ibruktakelse av patologimodulen i Labvantage Medical Suite ,LVMS. Oslo universitetssykehus vil fortløpende vurdere om driftssituasjonen med eksisterende øvrige LIMS er tilfredsstillende med tanke på pasientsikkerhet, sikker og stabil drift. Oppgraderinger og eventuellkonsolidering av lokale systemer vil være mulige og nødvendige strakstiltak dersom situasjonen krever dette. Iverksettelse av tiltak vil skje i dialog med Helse Sør-Øst RHF.

Stråleterapiområdet	Strukturert journal, DIPS Arena
<ul style="list-style-type: none"> I dag er Oncentra et sentralsystem for doseplanlegging knyttet til stråleterapi ved Oslo universitetssykehus. Leverandøren av Oncentra har varslet om at siste versjon av løsningen er frigitt, og all videre utvikling opphører. På bakgrunn av dette ble det gjennomført en foranalyse ved Oslo universitetssykehus for å avklare hvilke konsekvenser dette har for videre utvikling av området stråleterapi. Hovedkonklusjonene i foranalysen var at Oncentra External Beam: <ul style="list-style-type: none"> Mangler nødvendig kapasitet for avansert doseplanlegging. Mangler nødvendig kapasitet for bildeprosessering og bildeanalyse. Understøtter ikke adaptiv stråleterapi. I dag er det Oslo universitetssykehus, Sykehuset Innlandet og Sørlandet Sykehus som tilbyr stråleterapi i Helse Sør-Øst, men det er en regional målsetning om å etablere stråleterapi i de andre sykehusområdene. Et system for doseplanlegging er derfor hensiktsmessig å håndtere på et regionalt nivå. Oslo universitetssykehus er i brev fra Helse Sør-Øst RHF bedt om å ta ansvar for en anskaffelse og implementering av et doseplansystem og at dette vurderes gjennomført i dialog med Sykehuset Sørlandet HF. Arbeidet er påstartet. 	<ul style="list-style-type: none"> Områdeplan for IKT ved Oslo universitetssykehus har som målsetning at helseforetaket skal ha innført strukturert journal (en journal med mindre fritekst og større grad av predefinert arbeidsflyt, kalt DIPS Arena) tidlig i 2020-årene. For å nå denne målsetningen, kreves det et omfattende arbeid på klinisk side for å standardisere kliniske begreper (arketyper), en aktiv og kompetent styring av leverandøren DIPS ASA og en klar plan som må påbegynnes nå. Oslo universitetssykehus har investert mye tid og ressurser i DIPS, i den hensikt å bidra til å utvikle en fremtidsrettet løsning. Programstyret i det regionale programmet for kliniske løsninger (RKL) har prioritert å videreutvikle DIPS Arena. Oslo universitetssykehus ønsker at Helse Sør-Øst RHF skal følge opp dette vedtaket. Helse Sør-Øst vil vurdere videre fremdrift i dette arbeidet. For at DIPS Arena skal bli et godt verktøy for klinikere, ønsker Oslo universitetssykehus å ta et ansvar for hvordan løsningen utvikles, etablerer arketypeutvikling på viktige kliniske områder og innfører løsningene etter hvert som de blir tilgjengelige med tilfredsstillende kvalitet. Dette gjøres blant annet gjennom lokale initiativer opp mot Kreftklinikken som elektronisk rapportering til Kreftregisteret og bedre oversikt over kreftforløp. Arbeidet skjer i samråd med RKL.
Digitale innbyggertjenester	Forskning og innovasjon
<ul style="list-style-type: none"> Oslo universitetssykehus har lang erfaring med pasienttjenester og har vært ledende innen bruk, forskning og innovasjon innen området. Pasientene ved Oslo universitetssykehus har i dag muligheten til å benytte elektroniske tjenester i kommunikasjon med sykehuset. Brukerutvalget og pasientorganisasjoner har tatt, og fortsetter å komme med, initiativ til nye tjenester. I tillegg ser våre klinikere nytten av digitale innbyggertjenester, og det jobbes med områder som gir en verdi både for pasienter og klinikere. Sykehusets satsning på dette området har resultert i MinJournal, som i dag leverer en rekke tjenester til foretakets pasienter, som sikker kommunikasjon, innsyn i egen journal, dialog knyttet til timer og diverse skjema for kvalitetssikring og oppfølging av behandlingen (PreOp skjema, forberedesskjema, Brukerundersøkelse, Blodspor, bestille Klamydia hjemmetest etc.). Løsningen benyttes også av de andre sykehusene i regionen. Alle helseforetakene i Helse Sør-Øst, samt Diakonhjemmets sykehus og Lovisenberg diakonale sykehus, benytter 	<ul style="list-style-type: none"> Oslo universitetssykehus har en omfattende aktivitet innen forskning og innovasjon, men forskningen har ikke tilstrekkelig IKT-støtte. Forskernett, som ble etablert i 2006 som en løsning for Rikshospitalets og Radiumhospitalets forskere, har ikke blitt oppgradert i tråd med beste praksis i påvente av en ny regional løsning. Forskernettløsningen er heller ikke breddet til resten av Oslo universitetssykehus, og IKT-verktøy for forskning ved Ullevål og Aker er også mangelfullt. Ved Ullevål har situasjonen i en årrekke blitt håndtert ved at man har gitt utvidede tilganger til UiO-nett for mange sykehusansatte forskere, men dette er nå strammet betydelig inn fra Universitetets side. Oslo universitetssykehus målsetting var at etablering av et nytt forskernett burde ses i sammenheng med Infrastrukturmoderniseringsprogrammet (IMod). Når dette programmet nå er stilt i bero, påvirker dette fremdriften i arbeidet med å etablere nye tjenester for forskningen. Konsekvensene av dette er at forskerne opplever ustabile tjenester som i dag leveres på en gammel og lite funksjonell plattform. I tillegg er løsningene for

<p>timehåndteringstjenesten i MinJournal. Helse Bergen og Oslo universitetssykehus benytter tjenesten for å bestille Klamydia hjemmetest. Sykehuset Østfold benytter tjenesten for innsyn i journal. Enkelte avdelinger på flere foretak benytter også sikker melding.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er besluttet i Helse Sør-Øst at Helsenorge.no skal være plattformen for pasienttjenester i fremtiden. Oslo universitetssykehus stiller seg bak denne beslutningen, men ser samtidig at det er lenge til Helsenorge.no kan levere tilsvarende tjenester på samme nivå som MinJournal leverer i dag. 	<p>datalagring som tilbys ikke tilfredsstillende i henhold til sikkerhetskrav. Det er også behov for standardisering av løsninger for registerverktøy. Sykehusnettet vil dekke behovet for mange kliniske forskere, men det vil i tillegg være behov for å benytte UiOs TSD-løsning (tjenester for sensitive data) for å kunne håndtere personsensitive data for mange prosjekter. UiOs IKT-verktøy for forskere er bedre og mer fleksible i bruk (også ut over lagringstjenester), og det pågår primo 2018 dialog med UiO om tilgang for et økt antall sykehusansatte forskere til UiOs nett.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er likevel en forutsetning, for å kunne levere de tjenester som er nødvendig for å understøtte forskning i sykehuset, at arbeidet med å fornye infrastrukturen og grunnleggende infrastrukturtjenester kommer i gang. Tiltak som kan iverksettes umiddelbart innenfor gjeldende strukturer - blant annet å tilby forskere å bruke standard plattform i sykehuset - er iverksatt.
<p>Prehospitale tjenester</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Oslo universitetssykehus gjennomførte en foranalyse i 2015 for å avklare umiddelbare IKT-tiltak for akuttmedisinsk kommunikasjonsentral uavhengig av det nasjonale prosjektet på samme område. Foranalysens anbefaling var å anskaffe et system for flåtestyring med prediksjonsverktøy, samt en elektronisk utgave av medisinsk indeks. Det ble likevel anbefalt å vente med å erstatte dagens logistikkverktøy, AMIS, til det nasjonale prosjektet hadde ferdigstilt anskaffelsen. I april 2017 avsluttet det nasjonale prosjektet sitt arbeid uten at det er inngått kontrakt med noen leverandør. IKT-systemene i akuttmedisinsk kommunikasjonsentral Oslo har til dels høy risikoprofil, blant annet fordi systemene er gamle og at integrasjonene mellom disse ikke er tilfredsstillende. Flere av systemene er tett koplet og gjensidig avhengige av hverandre, derfor er det alvorlig at integrasjonene mellom systemene ikke virker tilfredsstillende. • Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral Oslo må ha et IKT-system som tilfredsstillende det volumet og behovet som eksisterer i dag og frem i tid. Det er derfor igangsatt et arbeid i forhold til AMIS slik at systemet har en tilstrekkelig driftsstabilitet og understøtter de behov vår virksomhet har til et slikt system. • Det er også viktig for Oslo universitetssykehus at det nasjonale og regionale arbeidet med å etablere systemstøtte for det prehospitale området raskt kommer i gang. Det ligger betydelige gevinster i å få løsninger rundt flåtestyring og prehospital journal på plass. I dag er situasjonen slik at det nasjonale programmet for IKT-støtte til prehospitale tjenester, som ble ledet av Nasjonal IKT HF, er stanset. 	

2.11 Dagens bygg – tilstand og muligheter

En stor del av OUS bygningsmasse er preget av stor slitasje og mangelfullt vedlikehold over mange år. Tilstanden til bygninger, tekniske installasjoner og annen infrastruktur varierer, men er jevnt over dårlig. Det foreligger stort behov for utskiftninger og oppgradering.

Høy alder og vernestatus

Bygningsmassen er utviklet gjennom en periode på over hundre år og gjenspeiler de ulike tidsepokers trender for sykehusvirksomhet og byggeskikk. Funksjonell standard i de gamle byggene er langt unna det man forventer i vår tid. Behovet for funksjonelle utbedringer og ombygginger er stort. Mange av byggene har imidlertid lite tilpasningsdyktig bygningsstruktur og er derfor vanskelig og kostnadskrevenende å bygge om. Dessuten setter vernebestemmelser grenser for ombyggingene. Hele 112 bygninger på til sammen 270 000 kvm har vernestatus, de fleste med fredning av eksteriør, noen også med interiørvern. Dessuten er uteområder både på Dikemark, Sognsvannveien, Gaustad og Ullevål fredet. For mange av bygningene vil det av nevnte årsaker ikke være fysisk mulig eller

økonomisk forsvarlig å investere i funksjonelle ombygninger. Betydelig omfang av nye arealer vil være nødvendig om man skal oppnå et framtidsrettet sykehus.

Byggenes tilstand og tilpasningsdyktighet

I 2010-2011 gjennomførte Multiconsult en overordnet bygningsteknisk kartlegging og vurdering av helseforetakenes bygningsmasse for Helse Sør-Øst. I 2011 ble det også gjennomført en kartlegging av funksjonell egnethet for virksomhet i de mest sentrale delene av bygningsmassen. Tilstandsanalysen viste at den gjennomsnittlige alderen for OUS sin bygningsmasse var 49 år, mens landsgjennomsnittet for sykehus var ca. 40 år. Dersom bygningsmassen ved Rikshospitalet ble holdt utenfor var snittalderen for resten av sykehuset nærmere 60 år. Rapporten viste at OUS hadde den dårligste gjennomsnittlige tilstandsgraden av alle landets sykehus.

I forbindelse med Idefasearbeidet i OUS ble det gjennomført en ny kartlegging i 2014. Denne kartleggingen er oppdatert i 2017. En sammenligning av kartleggingen i 2017 med 2014 viser at porteføljen er samlet sett noe dårligere for alle lokasjoner unntatt Radiumhospitalet. Størst endring er det på Rikshospitalet. Endringen i tilstandsgrad er naturlig, da bygningene er i en slik alder at det er mange tekniske anlegg som er på vei til å ha nådd sin tekniske levetid.

Tabell 30: Prosentvis arealfordeling per vektet og avrundet tilstandsgrad fordelt på lokasjoner (normal vektning)

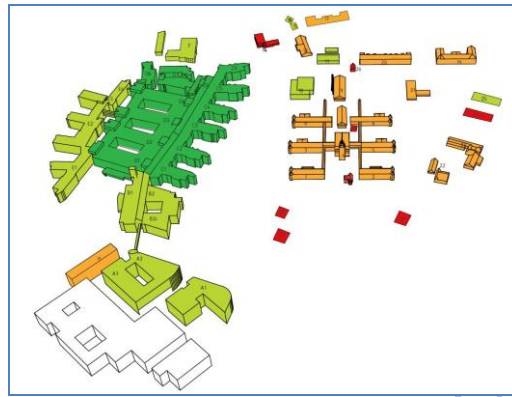
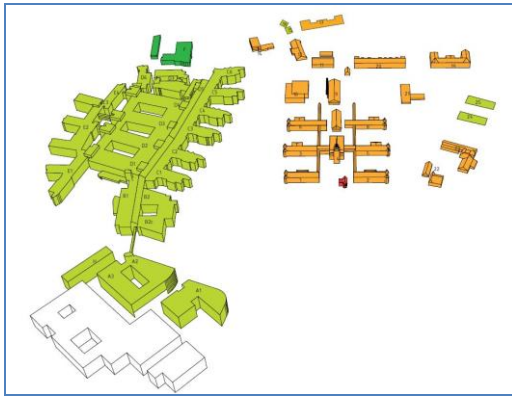
Lokasjon/område/skole	% TG 0	% TG 1	% TG 2	% TG 3	VTTG Samlet	Kartlagt areal
Radiumhospitalet	2 %	47 %	32 %	19 %	1,68	97 757
Rikshospitalet	1 %	23 %	76 %		1,59	230 982
Sinsen Aker	2 %	32 %	60 %	5 %	1,69	97 618
Ullevål sykehus	2 %	17 %	62 %	20 %	1,86	313 397
Total	2 %	25 %	62 %	12 %	1,73	739 754

Som det fremkommer av tabellen ovenfor er det er ikke er store variasjoner på samlet vektet tilstandsgrad mellom lokasjonene. Det er imidlertid stor forskjell i fordelingen mellom tilstandsgradene. Som eksempel har Rikshospitalet en samlet vektet tilstandsgrad på 1,59, der omtrent ¼ ligger i tilstandsgrad 1 området og resten ligger innenfor tilstandsgrad 2 området. Ullevål sykehus har en samlet vektet tilstandsgrad på 1,86. Der ligger omtrent 1/5 på tilstandsgrad 1 og 3, mens det resterende ligger på tilstandsgrad 2.

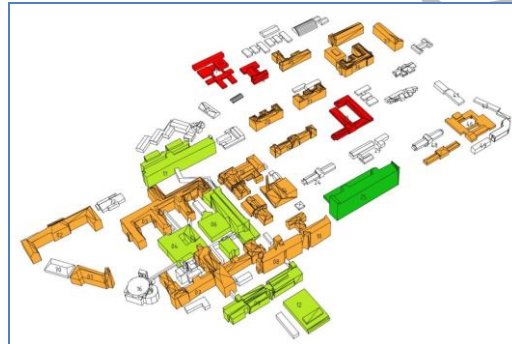
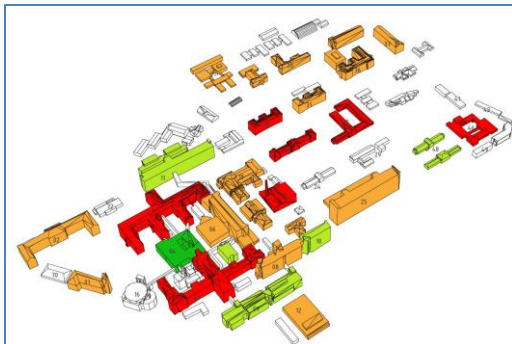
I oversiktene som følger nedenfor er det vist teknisk tilstand per 2014 for Aker sykehus, Rikshospitalet med Gaustad sykehus, Ullevål sykehus og Radiumhospitalet. Fargekodene gjenspeiler tilstandsgrad (2014) per bygg som er vurdert etter NS 3424 Tilstandsanalyse av byggverk. Tilstandsgrad 0 (0,00 – 0,75; grønn) er ansett som god, 1 (0,75 – 1,50; lys grønn) som akseptabel, 2 (1,50 – 2,25; oransje) som dårlig og 3 (2,25 – 3,00; rød) som svært dårlig tilstand. Kartleggingen har avdekket at bygningsmassen har svært varierende teknisk tilstand. En gjennomsnittlig tilstandsgrad på 1,6 for hele porteføljen i 2014 var allerede den gang vesentlig dårligere enn det som er alminnelig ambisjonsnivå for sykehusbygg. Til sammenligning ligger landsgjennomsnittet for teknisk tilstand i sykehus på 1,2 – 1,3. I 2017 viser kartleggingen en gjennomsnittlig tilstandsgrad på 1,7.

Ved siden av aktuell teknisk tilstand viser etterfølgende figurer også den generelle tilpasningsdyktigheten for hvert enkelt bygg. Tilpasningsdyktighet vises med samme fargekode /betegnelse som teknisk tilstand og er en indikator for hvor lett eller vanskelig det er med en funksjonell ombygging av bygget. Jo dårligere tilpasningsdyktighet desto mer omfattende tiltak må til, og desto mindre blir sannsynligheten for at komplekse og teknisk krevende nye funksjoner kan la seg realisere i bygget. Tilpasningsdyktigheten vurderes ikke endret siden forrige kartlegging.

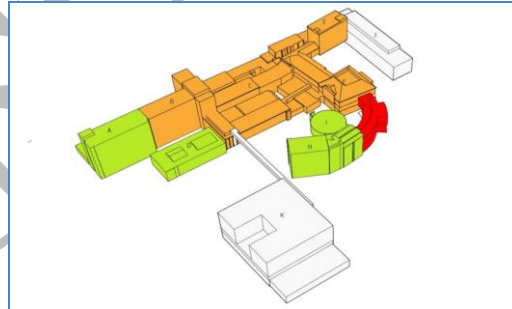
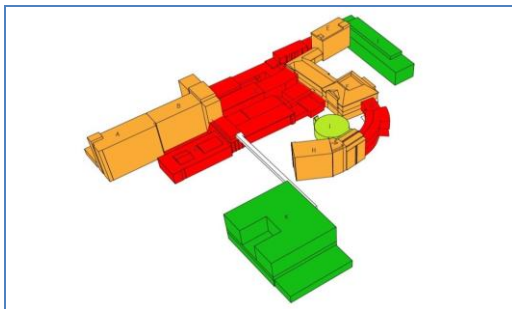
En helhetlig betraktning av tilpasningsdyktighet, egnethet og teknisk tilstand gir god informasjon om hvor levedyktig de enkelte bygg er i forhold til virksomhetens framtidige behov.



Figur 6: Oversikt teknisk tilstand Rikshospitalet og Gaustad sykehus (til venstre) og tilpasningsdyktighet (til høyre)



Figur 7: Oversikt teknisk tilstand Ullevål sykehus (til venstre) og tilpasningsdyktighet (til høyre)



Figur 8: Oversikt teknisk tilstand Radiumhospitalet (til venstre) og tilpasningsdyktighet (til høyre)



Figur 9: Oversikt teknisk tilstand Aker sykehus (til venstre) og tilpasningsdyktighet (til venstre)

Multiconsult har estimert det tekniske oppgraderingsbehovet i 2017 til ca. 9,2 mrd. kroner. Dette beløpet representerer et samlet vedlikeholds- og investeringsbehov over 10 år og er basert på en forutsetning om at samtlige bygninger beholdes og oppgraderes slik de er i dag.

Estimatet omfatter ikke funksjonelle ombygninger, dvs. ombygninger som er nødvendig for å kunne drive avansert medisinsk virksomhet og følge med i den medisinske og teknologiske utviklingen. I

dette beløpet ligger altså ikke kostnader til strukturelle endringer, utvidelse av kapasitet, eller endret drift for å tilpasse seg nye behov (som endret alderssammensetning).

Tilsynsavvik

Dårlig vedlikehold ved de tidligere sykehusene gjennom mange år har ført til at OUS har pådratt seg et stort antall pålegg både fra Arbeidstilsynet, Direktoratet for sikkerhet og beredskap (DSB) og Branntilsynet. Ullevål og Radiumhospitalet har flest avvik. En stor andel av disse har betydning for pasienter og ansattes sikkerhet. Tilsynsmyndighetene har regelmessige oppfølgingsmøter med OUS og Helse Sør-Øst for å følge opp fremdriften knyttet til lukking av myndighetspålegg. OUS har fått bevilget et ekstraordinært lån for å kunne lukke tilsynsavvik i de viktigste byggene for virksomheten.

2.12 Tomt og eiendomsforhold

Tabell 31: Oversikt over tomtestørrelser OUS

Lokalitet	Tomteareal daa
SSE	340
Aker	130
Gaustad	50
Ullevål	325
Dikemark	200
Rikshospitalet	350 ¹⁾
Radiumhospitalet	50
Sognsvannveien (BUPA)	85
Samlet	1 530

Hovedtyngden av arealene ved OUS befinner seg på Ullevål sykehus, Rikshospitalet, Gaustad sykehus, Radiumhospitalet og Aker sykehus. Videre har OUS lokaler ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) i Sognsvannveien, Spesialsykehuset for epilepsi (SSE) i Bærum og Dikemark sykehus i Asker.

Tomtearealet som eies av OUS utgjør 980 daa. Dette omfatter ikke tomten som Rikshospitalet ligger på. Denne er fortsatt ikke overdratt fra Statsbygg etter statens overtakelse av sykehusene i 2002. OUS har ikke hjemmel til Dikemark, da

¹⁾ Inkludert Domus Medica (UiO) iht. reguleringsplan eiendommen ved overføring fra Oslo kommune i 2002 ikke ble fradelt og overskjørtet. Tomtearealene er vist i tabellen ovenfor.



Figur 10: Eiendomsforholdene ved Aker sykehus (til vestre) og Gaustad sykehus og Rikshospitalet (til høyre)

Mesteparten av eiendommene innenfor planområdet for utvikling av sykehuset på Rikshospitalet/Gaustad-området er eid av Statsbygg, Oslo kommune, Universitetet i Oslo og OUS HF. Det er et pågående arbeid å overføre eiendommer innenfor planområdet som eies av Statsbygg til OUS HF. Dette arbeidet er ikke avsluttet per dags dato.

3 Utviklingstrekk og framskriving

3.1 Endringsfaktorene

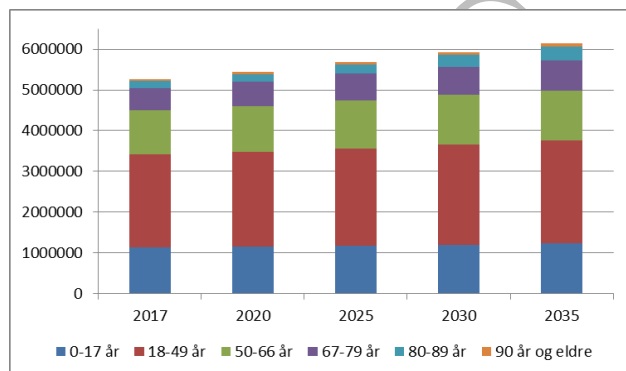
Trender og utviklingstrekk som legges til grunn for framskriving av aktivitet, arealbehov (dimensjonering) og ytelse av tjenesten har en varierende grad av usikkerhet, dvs. sannsynlighet for å inntreffe og i påvirkningsomfang.

Nedenfor gis det en oversikt over faktorene som vil påvirke framskrivingen, arealbehov (dimensjoneringen) og ytelse av tjenesten som er nærmere omtalt i denne utviklingsplanen.

- Demografi
- Nye brukerrolle – Pasienten tar et større ansvar, større valgfrihet
- Utdanning – Økt og endret kompetansebehov, økende samhandlingsbehov, synergier ved samlokalisering
- Sykdomsforekomst
- IKT og ehelse
- Medisinskfaglig og - teknisk utvikling
- Oppgavedeling
- Ytelse av tjenesten – effektivisering

3.2 Demografi og sykdomsutvikling

Demografisk utvikling er endringsfaktoren med størst sikkerhet og størst effekt for fremtidig dimensjonering av sykehusarealer. Sammen med sykdomsutviklingen vil dette også ha stor betydning på hvordan helsetjenesten ytes til befolkningen i fremtiden, samt oppgavedeling mellom sykehusene og mellom spesialist- og primærhelsetjenesten.



Figur 11: Befolkningsutvikling Norge 2017-2035;
Kilde: SSB - metode MMMMM

«Flere innbyggere i Norge, flere eldre, flere innvandrere og flere i sentrale strøk»

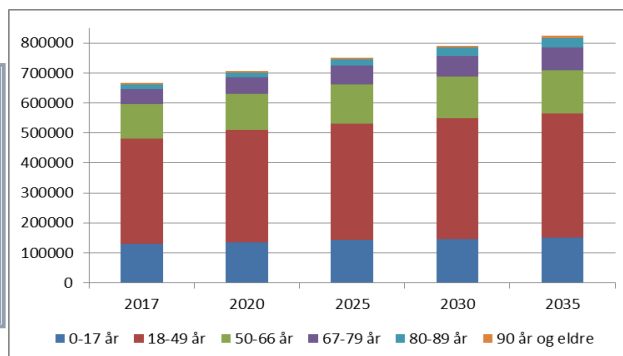
Dette blir i henhold til SSB trender i befolkningsutviklingen framover dersom framskrivingenes hovedalternativer slår til.

Befolkningen vil i følge SSB sin framskriving passere 6 mill. innbyggere etter 2030 og den vil være 6,13 mill. innbyggere i 2035. Dette er en vekst om 16,6 % fra dagens innbyggertall. Veksten kommer til å være størst for aldersgruppen 80-90 år, hvor det forventes nesten dobbelt så mange innbyggere i 2035 enn i 2017.

Den generelle demografiske økningen i befolkningen vil slå inn på alle nivåer i helsetilbudet.

Befolkningsutvikling i Oslo frem mot 2035 vil preges av en høyere befolkningsvekst enn landsgjennomsnittet grunnet innvandring – fra resten av landet og fra utlandet, men også høy fertilitet og sosioøkonomiske forskjeller i levetid.

«Over 800.000 innbyggere i Oslo i 2032 og en høyere befolkningsvekst enn landsgjennomsnittet frem mot 2035»



Figur 12: Befolkningsutvikling Oslo 2017-2035;
Kilde: SSB - metode MMMMM

Veksten i aldersgruppen 80-90 år vil også for Oslo være høyest, men her også høyere enn veksten i Norge. Det vil være mer enn dobbelt så mange innbyggere i denne aldersgruppen i 2035 enn det det er i Oslo i dag.

Forventet befolkningsvekst i Oslo vil ha stor betydning for dimensjonering av både klinisk areal og støttearealer i sykehuset. Videre vil veksten i Akershus' og Vestre Vikens sykehusområder ha betydning grunnet en ikke ubetydelig lekkasje av pasienter til OUS.

Oslo universitetssykehus skal i 2035 ha «sørge for»-ansvaret for ca 470.000 innbyggere fra ni bydeler i Oslo.

3.3 Ny brukerrolle

Økende bevissthet om rettigheter og muligheter er i ferd med å endre brukerens rolle fra å være passiv mottaker til informert medvirker. Pasienten skal kunne medvirke sin behandling og sykehusene må in sin organisering legge sin til rette for denne økte medvirkningen i fremtiden. Befolkningen forventer å bli hørt når de har meninger om sykehusets tilbud, etterlyser innflytelse over egen situasjon når de blir syke og forventer den beste utredning og behandling uten ventetid. Det har vært sagt at vi er på vei mot en ny fordeling av makt, roller og ansvar mellom pasient og behandler, mellom bruker og helsetjeneste. Det ligger fortsatt et uforløst potensial i å myndiggjøre brukerne og mobilisere dem som medvirkere og samarbeidspartnere.

«Sammen med pasientene utvikler vi morgendagens behandling»

Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven vil sikre tilgang til spesialisthelsetjenesten for pasienter som har behov for det.

3.4 Utdanning og kompetanse

Ny teknologi vil medføre økt behov for veiledningskompetanse og kompetanse i bruk av teknologien, særlig tolkning av data og muligens også veiledning i hvordan nytte programvare og teknologi fullt ut.

Høyspesialiserte tjenester, regionsfunksjoner og nasjonale tjenester, vil fortsatt utføre utredning og spesialisert behandling, samt behandling ved komplikasjoner. Alt tyder på at det vil bli et stort behov for mer spesialisert kompetanse innen eldremedisin, geriatri og indremedisin. Til tross for flere friske eldre og bedre diagnostisering og behandling av

«Behov for ytterligere spesialisering men også for en annen type kompetanse»

aldersrelaterte sykdommer, er det klart behov for mange flere med spesialkompetanse som kan behandle mer kompliserte tilstander og sammensatte sykdommer.

For andrelinjetjenesten vil dette innebære en ytterligere spesialisering, særlig innen elektiv avansert kirurgi og kreftbehandling. Videre vil spesialisthelsetjenesten få ytterligere behov for spesialisert kompetanse i behandling av hjertesykdommer, fødselshjelp i tilfeller hvor det forventes komplikasjoner og døgkontinuerlig akuttberedskap. Spesialisthelsetjenesten vil i fremtiden få et klart større veiledningsansvar. Dette gjelder innen de fleste områder innen somatikk og psykiatri.

Forholdet mellom generell og spesialisert kompetanse

I flere europeiske land er det en økende erkjennelse i fagmiljøene av at det er behov for å justere balansen mellom generell og spesialisert kompetanse.

Rask kunnskapsutvikling og teknologisk utvikling, samt hyppige organisatoriske reformer, skaper behov for endringer i kompetanse. Økt vekt på forebygging og behandling i kommunene, sentralt i samhandlingsreformen, vil medføre behov for endrede kompetansebehov. Denne kompetansen vil kunne omfatte en kombinasjon av breddekompetanse og dybdekompetanse på flere områder.

Kompetansebehov utenfor kjernevirksomheten

Samhandlingsreformen, demografisk utvikling, sykdomsutvikling, organisatoriske reformer, innføring av pakkeforløp mm medfører også et økende og endret kompetansebehov utenfor sykehusets kjernevirksomhet. Dette behovet vil øke i årene fremover og vil omfatte bl.a.:

- Samhandlingskompetanse
- Koordineringskompetanse
- Samfunnskompetanse
- Kompetanse på ledelse og organisering
- Teknologikompetanse og næringslivssamarbeid

3.5 Sykdomsforekomst

Flere eldre og endret livstil vil medføre flere friske eldre, men samtidig vil forekomst av sykdom forskyves til den eldre befolkningen som forventes å øke mest (aldersgruppe 80+ år).

«Flere friske eldre, men også høyere prevalens av livsstilssykdommer og eldre med flere sykdommer»

Samtidig vil befolkningsveksten, særlig i Oslo, medføre en økende prevalens av livsstilssykdommer knyttet til:

- Fedme
- Alkohol
- Diabetes
- KOLS

Denne økende prevalensen vil ha betydning fra både somatikk og psykisk helsevern. Forekomst av psykiske lidelser og rusavhengighet vil øke fremover. Hver for seg og i kombinasjon fører disse til økt behov for spesialisthelsetjenester. To brukergrupper bør nevnes spesielt: Unge i alderen 15 – 25 år har økende forekomst av både lettere psykiske lidelser som angst og depresjon og av psykoselignede tilstander som krever hospitalisering og langvarig oppfølging. Den andre gruppen er innvandrere og flyktninger av ikke-vestlig bakgrunn med høyere forekomst av genetiske sykdommer og traumer i anamnesen. Begge deler gir behov for oppfølging i psykiatrien.

Behandling av sykdommer som krever regions- eller nasjonale behandlingstjenester

Når det gjelder forekomst av sykdommer som krever behandling på regions- eller nasjonalt nivå bør særlig kreft og transplantasjon nevnes.

I henhold til aktivitetsframskrivning basert på befolkningsvekst og alderssammensetning til 2035 vil antall kreftpasienter i OUS, gitt dagens oppgavefordeling, øke med omtrent 37 %. De siste tiårene har det medikamentelle behandlingstilbudet til kreftpasienter utviklet seg betydelig. Kreftpasienter lever

signifikant lenger med sin sykdom og får mer tumorrettet behandling i løpet av sykdomsforløpet enn tidligere. På den andre siden vil økt screening gi en stadieforskyvning for flere av de store kreftsykdommene som, sammen med persontilpasset adjuvant behandling, kommer til å øke overlevelsen og redusere sannsynligheten for tilbakefall. Det har de siste tiårene vært og det vil fortsatt være en sentralisering av store deler av kreftkirurgien for å oppnå høyest mulig overlevelse. Når det gjelder strålebehandling går trenden mot en desentralisering av strålebehandling til områdesykehusene i regionen.

Det forventes en økning av transplantasjonsvirksomheten i planperioden.

3.6 IKT og ehelse

Utviklingstrender og initiativer innen IKT og ehelse tyder på at man innen 2035 kan forutsette at:

- Helsepersonell alltid skal ha enkel, brukervennlig og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger, f.eks. SmartPhone teknologi.
- Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester
- Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning

Tilgang til tidligere vurderinger og undersøkelser gir redusert prøvevolum og enklere vurderinger. Det påregnes stor effekt av enkel og sikker tilgang til alle nødvendige opplysninger gjennom hele behandlingsforløpet, uavhengig av hvor i landet pasienten blir syk eller får behandling. Et slikt integrert og helhetlig journalsystem vil bidra til økt og bedre samhandling, ressursbesparelser, bedre planlegging og kvalitetsforbedring.

Det er stor tro på at samordning av pasientopplysningene i et samordnet/felles elektronisk pasientjournal vil effektivisere pasientforløpene i spesialisthelsetjenesten både i diagnostikk og behandling, og mellom ulike nivåer i helsetjenesten. Det antas at dette vil være en meget vesentlig bidragsyter til å redusere behovet for poliklinisk areal og senger i fremtidens sykehus.

3.7 Medisinsk faglig og –teknologisk utvikling

Fremtidsbildet for medisinsk faglig og –teknologisk utvikling er ikke entydig. Årsaken er usikkerhet vedr. omfang og karakter av endringer, samt erfaring på at hastighet i implementering er lavere og mer ressurskrevende enn hva mulighetsrommet skulle tilsi. Det er midlertidig store forventninger knyttet til:

- Moderne genetiske undersøkelser og behandling (Genomet)
- Non-invasive og mini-invasive metoder og teknikker
- Teknologisk utvikling mht. bildedannende teknologi
- «Lab on a chip» og «in vivo monitoring»
- Medisinsk anvendelse av nanoteknologi
- Analyse av store mengder strukturert og ustrukturert informasjon fra ulike kilder
- Introduksjon av «artificial intelligence» og «machine learning» i diagnostikk og behandling

3.8 Oppgavedeling

Lokalsykehusoppgavene for Oslo sykehusområde er i dag dekket av de private ideelle sykehusene Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet Sykehus, samt Oslo universitetssykehus.

I dag er Oslo kommune inndelt i sektorer etter bydel. Akershus universitetssykehus, Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus dekker lokalsykehusfunksjonene for 3 bydeler hver, mens OUS dekker 6 bydeler. Det akuttkirurgiske ansvaret for LDS' bydeler ligger hos OUS.

De private ideelle sykehusene har begge en lav egedekningsgrad for sine bydeler, ikke minst fordi disse sykehusene mangler flere kliniske funksjoner. Også Akershus universitetssykehus og Vestre Viken har lavere egedekningsgrad enn flere andre helseforetak i regionen, vesentlig grunnet «pasientlekkasje»/ fritt sykehusvalg.

For å kunne fremskrive aktiviteten for Oslo universitetssykehus og dimensjonere arealet i 2035 forventes det en økt egendekningsgrad for sykehusene i hovedstadsområdet og en revisjon av oppgavefordelingen mellom sykehusene ved bl.a. endret lokalsykehusansvar for bydelene i Oslo.

3.9 Ytelse av tjenestene – effektivisering

Til tross for befolkningsutviklingen har antall sykehussenger gått betydelig ned de siste tiårene. I 2012 var samlet sengetall i Helse Sør-Øst redusert med 20 % i forhold til 2002, mens folketallet i samme periode hadde økt med 15 %. Samtidig økte kapasiteten for dag- og poliklinisk behandling.

Følgende forutsetninger legges til grunn i utviklingsplanperioden:

Omstilling til dagbehandling for deler av det elektive pasientgrunlaget (Rikshospitalet/Radiumhospitalet: 40 %, Ullevål: 50 % og Aker: 75 %)

Innen *psykisk helsevern* forventes det en styrking og opptrapping av tilbudet gjennom økende bruk av poliklinikk, oppsøkende team og arenafleksible løsninger, hvor pasienten veksler mellom innleggelse, hjemmebehandling og poliklinikk. Sammen med effekten av Samhandlingsreformen vil dette muligens føre til en ytterligere reduksjon av antall liggedager.

For TSB går også tendensen fra langtidsopphold til mer fleksible behandlingsforløp som inkluderer økt poliklinisk behandling.

3.10 Aktivitetsberegninger

Hensikten med analysen er å kvalitetssikre estimatene for aktivitet og volum slik de fremgår av idéfasen og av styresak 053-2016. Siden analysene i idéfasen kun strakk seg til 2030 ble det gjort en ytterligere framskrivning av aktiviteten til 2035.

Den nasjonale framskrivningsmodellen for helsedata er benyttet for å gjennomføre analysen. Denne modellen benyttes i forbindelse med dimensjonering av sykehusbyggprosjekter i hele landet og tar opp i seg erfaringer fra tidligere gjennomførte prosjekter. Framskrivning er gjennomført av Sykehusbygg HF.

I modellen er det tatt utgangspunkt i antall episoder ved OUS i 2015 som grunnlag for beregningene. Én episode er definert som enten ett døgnopphold, én dagbehandling eller én poliklinisk konsultasjon. Datagrunnlag er pasientdata fra NPR i 2015 for hele Oslo universitetssykehus. Det ble ikke hensyntatt eventuelle endringer i opptaksområde (lokalsykehusfunksjon) i årene frem mot 2035.

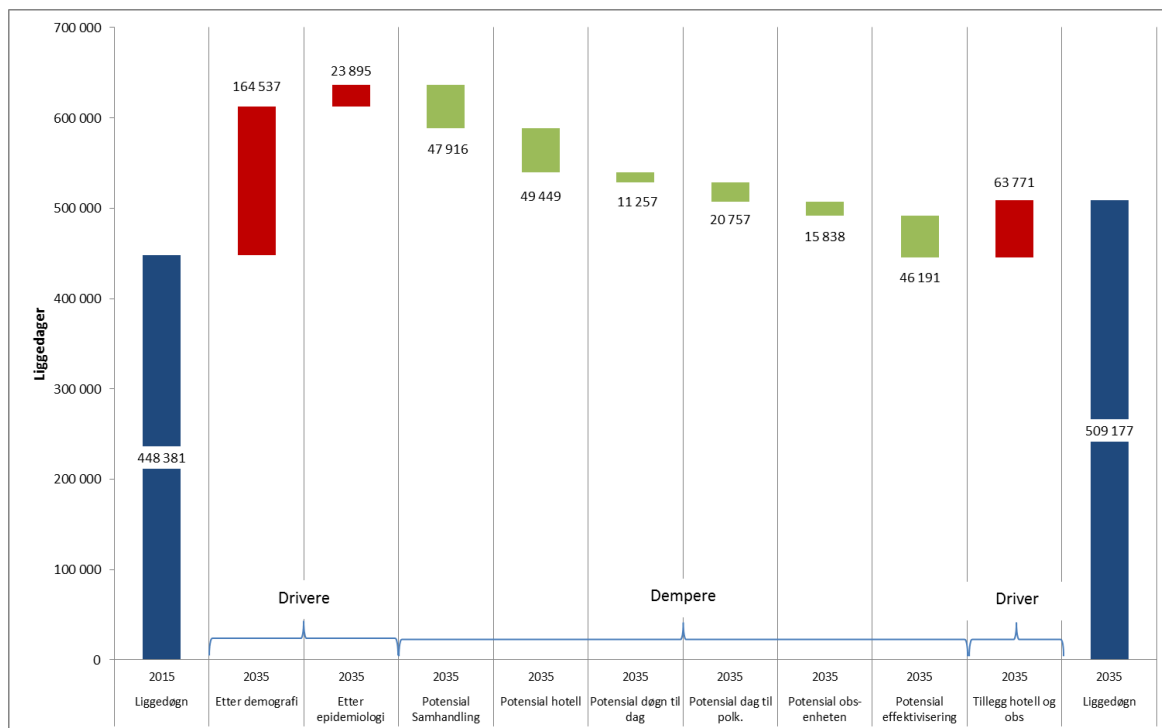
3.11 Aktivitet somatikk

Slik det fremkommer av tabellen nedenfor forventes det en moderat økning (13,6 %) av antall liggedager innen somatikk frem mot 2035. Den største aktivitetsøkning innen somatikk forventes for dagoppholdene som frem mot 2035 øker med 65 % fra om lag 41.000 i 2015 til om lag 67.000 i 2035.

Tabell 32: Framskrevet aktivitet 2015 - 2035 somatikk; Kilde: Nasjonal modell for aktivitetsframskrivning tilsendt og utført av Sykehusbygg HF

Omsorgsnivå	År 2015	År 2020	År 2025	År 2030	År 2035	Pst-ændring 2015-2020	Pst-ændring 2015-2025	Pst-ændring 2015-2030	Pst-ændring 2015-2035
Døgnopphold	97 154	103 273	106 297	108 513	109 983	6 %	9 %	12 %	13 %
Liggedøgn	448 381	475 634	488 848	499 756	509 177	6 %	9 %	11 %	14 %
Dagopphold	40 796	48 104	54 853	61 270	67 323	18 %	34 %	50 %	65 %
Konsultasjoner	939 690	1 088 414	1 214 196	1 337 370	1 461 423	16 %	29 %	42 %	56 %

I modellen ble det tatt hensyn til faktorer som øker («drivere») og reduserer («dempere») antall liggedager på sykehuset. Denne trinnvise framskrivningen er vist i figuren nedenfor.



Figur 13: Trinnvis framskrivning av liggedøgn somatikk; Kilde: Framskrevet aktivitet 2015 - 2035 somatikk; Kilde: Nasjonal modell for aktivitetsframskrivning tilsendt og utført av Sykehusbygg HF

Slik det er vist i figuren ovenfor forventes det at mye av aktivitetsøkningen relatert til «demografisk utvikling» og «epidemiologi» elimineres av potensialet «samhandling», «bruk av hotellsenger» og «effektivisering». I tillegg til tiltak beskrevet i kapittel 5 «Målbilde, tiltak og organisering av pasientens helsetjeneste» skal OUS iverksette tiltak og endringsprosesser som sikrer at dette potensialet kan utnyttes.

3.12 Aktivitet Psykisk helsevern – voksne

Innen psykisk helsevern for voksne forventes det en betydelig aktivitetsøkning innen alle omsorgsnivå frem mot 2035. Den største veksten forventes inne polikliniske konsultasjoner (57,6 %). Mens innen somatikk forventes en moderat vekst i antall døgnopphold viser framskrivning fra Sykehusbygg en økning av antall døgnopphold på 42,1 % frem mot 2035. Samtidig forventes det at antall oppholdsdøgn er lavere enn i 2015. Dette innebærer en kraftig reduksjon av liggetiden for døgnoppholdene.

Forventet økning i antall oppholdsdøgn som skyldes «demografi» og «epidemiologi» blir i henhold til framskrivningsmodellen eliminert av «samhandling» og «effektivisering».

Tabell 33: Framskrevet aktivitet 2015 - 2035 psykisk helsevern voksne; Kilde: Framskrevet aktivitet 2015 - 2035 somatikk; Kilde: Nasjonal modell for aktivitetsframskrivning tilsendt og utført av Sykehusbygg HF

OUS HF	År 2015	År 2020	År 2025	År 2030	År 2035	Pst-ending 2015-2020	Pst-ending 2015-2025	Pst-ending 2015-2030	Pst-ending 2015-2035
Døgnopphold	1 996	2 260	2 456	2 653	2 837	13,2 %	23,0 %	32,9 %	42,1 %
Oppholdsdøgn	71 895	74 831	74 493	73 042	70 537	4,1 %	3,6 %	1,6 %	-1,9 %
Dagopphold	129	151	166	181	198	17,3 %	28,3 %	40,7 %	53,5 %
Poliklin konsultasj	98 744	115 672	129 237	142 851	155 608	17,1 %	30,9 %	44,7 %	57,6 %

3.13 Aktivitet Psykisk helsevern – barn og unge

Framskrivning av aktivitet for psykisk helsevern for barn og unge viser sammen trend som for voksne. Det forventes en betydelig aktivitetsøkning innen dagopphold og poliklinikk. Samtidig forventes det en større reduksjon av antall oppholdsdøgn. Antall oppholdsdøgn forventes i 2035 til å være om 3,9 % lavere enn i 2015. Med forventet økning i antall døgnopphold på 38 % innebærer dette også en betydelig reduksjon av liggetid per døgnopphold.

Tabell 34: Framskrevet aktivitet 2015 - 2035 psykisk helsevern voksne; Kilde: Framskrevet aktivitet 2015 - 2035 somatikk; Kilde: Nasjonal modell for aktivitetsframskrivning tilsendt og utført av Sykehusbygg HF

OUS HF	År 2015	År 2020	År 2025	År 2030	År 2035	Pst-endering 2015-2020	Pst-endering 2015-2025	Pst-endering 2015-2030	Pst-endering 2015-2035
Døgnopphold	132	152	169	170	182	15,3 %	27,8 %	28,6 %	38,0 %
Oppholdsdøgn	6 645	6 993	7 000	6 508	6 388	5,2 %	5,3 %	-2,1 %	-3,9 %
Dagopphold	3 537	4 183	4 447	4 830	5 398	18,3 %	25,7 %	36,6 %	52,6 %
Poliklin konsultasj	52 023	61 600	68 755	72 897	80 212	18,4 %	32,2 %	40,1 %	54,2 %

3.14 Aktivitet Tverrfaglig spesialisert behandling av rusavhengighet (TSB)

Aktivitetsframskrivning for tverrfaglig spesialisert rusbehandling er nesten identisk med framskrivning for psykisk helsevern for voksne når det gjelder % -vis endring frem mot 2035.

Også innen TSB forventes det at liggetid per døgnopphold reduseres kraftig frem mot 2035 siden det i henhold til modellen forventes en reduksjon i antall oppholdsdøgn med 1,9 %. Samtidig forventes det at antall døgnopphold øker med 42,4 % fra om lag 2.500 opphold i 2015 til om lag 3.600 opphold i 2035.

Tabell 35: Framskrevet aktivitet 2015 - 2035 TSB; Kilde: Sykehusbygg HF

OUS HF	År 2015	År 2020	År 2025	År 2030	År 2035	Pst-endering 2015-2020	Pst-endering 2015-2025	Pst-endering 2015-2030	Pst-endering 2015-2035
Døgnopphold	2 512	2 893	3 139	3 367	3 576	15,1 %	24,9 %	34,0 %	42,4 %
Oppholdsdøgn	24 526	25 997	25 635	25 019	24 071	6,0 %	4,5 %	2,0 %	-1,9 %
Dagopphold	114	139	155	171	183	22,3 %	36,2 %	49,7 %	60,4 %
Poliklin konsultasj	26 808	32 055	35 823	39 484	42 877	19,6 %	33,6 %	47,3 %	59,9 %

4 Målbilde, tiltak og organisering av pasientens helsetjeneste

4.1 Brukerperspektivet – Innspill fra Brukerutvalget og Ungdomsrådet

Brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus HF har som ambisjon å være en sentral aktør i utviklingen av pasientenes helsevesen. Brukerutvalget vil være pådriverne for at nødvendige endringer blir gjennomført for å nå dette målet.

Ingen kan fange framtiden og en utviklingsplan kan bare peke på en retning man ønsker at utviklingen skal ta. I perioden fram til 2035 skal det også bygges nye sykehus noe som kan gi store muligheter til nytenkning.

To faktorer peker seg likevel ut som premissleverandører for gode helsetjenester. For det første vil den teknologiske utviklingen gi mange føringer og i tillegg er medisinen som sådan i rivende utvikling. Vår evne til å nyttiggjøre oss dette til beste for pasientene, vil på mange måter bidra til framtidens dom over planens innhold.

Brukerutvalget ønsker å prioritere:

<ul style="list-style-type: none">• Ny medisin og nye behandlingsmetoder raskt• Forskning og forskningsbiobanker• Digitale pasientforløp• Brukerstyrte poliklinikker• Likepersoner• Pakkeforløp og profesjonalisering av forløpskoordinatorer• Helhetlige pasientforløp• Samhandling• Samvalg – kommunikasjon, pasient- og pårørendeopplæring og pasientmedvirkning	<ul style="list-style-type: none">• Rehabilitering• Logistikk og respekt for pasientene• Likeverdige helsetjenester• Eldrehelse• Barne- og ungdomspsykiatri• Psykisk og somatisk helse – ett sykehus for hele mennesket• Nye bygg – ny organisering
---	---

Ny medisin og nye behandlingsmetoder raskt

Medisinskfaglig utvikling går raskt. Det må planmessig legges til rette for at nye medisiner og nye behandlingsmetoder kan tilbys når de foreligger. Rask og riktig diagnose gir store besparelser for pasienter og sykehus og øker kvaliteten og sikkerheten i behandlingen.

Utviklingen av kirurgiske inngrep på foster og utvikling av nye organer og kroppsdelar i nye materialer er eksempler på områder det trengs å satses på. Høy grad av etisk refleksjon er helt nødvendig i en medisinskfaglig utvikling. Ikke minst krever det investering i moderne diagnoseutstyr.

Forskning og forskningsbiobanker

Forskning er fremtiden og håpet. Forskning må få gode betingelser med moderne verktøy. Pasienter gir materiale til biobanker med tanke på å bidra og gi noe tilbake. Materialet må få langt bedre vilkår enn dagens tilstand. OUS må legge til rette for gode vilkår for forskningsbiobankene. Dette kan føre til ny næringsutvikling innen medisinen.

Brukermedvirkning i forskning handler om å la de som kjenner behovene være med på å sette agendaen. Dette øker sjansen for at ny kunnskap reflekterer brukernes behov og at kunnskapen blir tatt i bruk. Med et så stort omfang av forskning som foregår ved OUS er det vesentlig å prioritere de ressursene vi har på en god måte. Medforskning egner seg godt i noen pasientnære prosjekt og det bør sørges for nok medforskere der dette er hensiktsmessig. Sykehuset bør også være i front på brukerinitiert forskning. I resten av sykehusets store omfang av forskning, bør innsatsen prioriteres der den trengs mest.

Digitale pasientforløp

Samfunnet digitaliseres i raskt tempo. Brukerutvalget ved OUS mener at utviklingen og implementeringen av digitale pasienttjenester vil styrke den helhetlige ivaretagelsen, samtidig som det vil effektivisere helsevesenet. Slik kan vi få maksimalt ut av eksisterende ressurser. Det vil tjene både brukere og samfunnet.

Brukerutvalget ønsker å løfte frem et prosjekt som fanger opp mange av behovene for digitale tjenester og som har stor overføringsverdi til andre pasientgrupper: «Digitale pasienttjenester – elektroniske forløp for og med personer som lever med hiv». Høy grad av brukerinvolvering ved bruk av IKT, samt arbeidsmetoder som møter fremtidens behov for effektivisering, fjernbehandling og oppfølging skal være gjennomgående i prosjektet. Prosjektet skal ta utgangspunkt i eksisterende løsninger, som er gjenbrukbare, og tilfredsstillende krav til klinisk virksomhet: Innsyn i journal, sikker melding/ E-konsultasjon, skriftlig kommunikasjon med sykehuset, mine medisiner, forberedelseskjema og samvalgsverktøy.

Brukerstyrte poliklinikker

Et u diskutabelt element i utviklingen av pasientens helsevesen vil være å gi brukerne av tjenestene større innflytelse og større ansvar. Dette kan gjøres på ulike måter. Et forslag er å etablere et pilotprosjekt basert på prosjektet brukerstyrt poliklinikk. Denne modellen gir mulighet til å prøve ut en direkte brukerinvolvering innenfor trygge rammer og i samarbeid med helsearbeiderne og sykehusledelsen. I tillegg får vi en unik mulighet til å dokumentere både nytteverdi og effekt av tiltaket. Slik kan vi skape et levende laboratorium for brukervedvirkning. Konseptet vil også kunne gi svar på hvordan vi kan benytte erfaringskonsulenter også innen somatikken. Dette kan bidra til økt mestring og normalisering av en endret livssituasjon. Dette bidrar igjen til å bedre den helhetlige ivaretagelsen, øke kvaliteten på behandlingen og styrke pasientsikkerhet, samt sikre likeverdige tjenester.

I tillegg til brukerstyrte poliklinikker er brukerstyrte senger et allerede opprettet tilbud ved enkelte avdelinger i Klinikk for psykisk helse og avhengighet. Dette er et tilbud som gir gode resultater og det er ønskelig at det opprettes flere slike plasser, også innen aktuelle somatiske kronikergrupper.

Likepersoner

En likeperson er en som har erfaring med det å være syk eller pårørende, og som kan gi håp og hjelp til å takle en krevende situasjon. Likepersonarbeid består i hovedsak av besøkstjeneste, kontakttelefon og/eller selvhjelpsgrupper og kan være et viktig supplement til sykehusets behandlingstilbud. Brukerutvalget anbefaler at denne tjenesten som tilbys fra mange pasientorganisasjoner blir et mye tydeligere tilbud ved OUS.

Forløpskoordinatorer i pakkeforløp

Pakkeforløp er innført for mange diagnoser og skal fortløpende innføres for stadig flere. Forløpskoordinatorer er innført for å koordinere tjenestene. Koordinatorene må i fremtiden bli mer tilgjengelige. På mange måter er de sykehusets viktigste personer. Flyten i pasientforløpet, og opplevelsen av tjenesten, er avhengig av at koordinatorene fyller de forventningene brukerne har til denne tjenesten. Dette krever at forholdene legges til rette, at det settes av ressurser, at de gis myndighet og at de selv er dedikert for jobben. Flaskehalsene i sykehuset må reduseres.

Helhetlige pasientforløp

Utvikling av helhetlige pasientforløp fra hjem til hjem må prioriteres. Det er nødvendig med en forståelse av at forløpene ikke bare handler om det som foregår på sykehuset, men følger pasienten fra hjem til hjem. Kjennetegnene ved et godt helhetlig pasientforløp er at det preges av kontinuitet, samarbeid og sømløshet, at det er pasientsentrert og informasjonsdrevet. Brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet må ivaretas i alle ledd av kjeden. Dette krever ledere som har forståelse for nødvendigheten av tverrfaglig kunnskap og

tett samarbeid med primærhelsetjenesten i både utvikling og gjennomføring av pasientforløpene. Koordinatorene og kontaktlegerne er helt vesentlige for å få til pasientforløpene i praksis.

Samhandling

Samhandling innad må bli en selvfølge. Pasienten kan ikke samordne behandlingen. Pasienten skal tilbake til hjemkommunen som ofte ikke har kompetanse til vedlikeholdsbehandling eller rehabilitering. Kompetansedeling og mye tettere erfaringsoverføring mellom spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenesten er helt avgjørende.

Samarbeidet og flyten mellom sykehuset og fastlegen er kritisk for pasienten. Det kan ikke understrekes tydelig nok hvor viktig det er at fastlegen blir involvert og at nødvendig informasjon blir delt begge veier.

Samvalg – kommunikasjon, pasient- og pårørendeopplæring og pasientmedvirkning

Behandlingstilbudet til den enkelte skal preges av at pasienten involveres i eget pasientforløp og gis muligheten til medvirkning og valg mellom mulige behandlingsalternativer. Samvalg er en prosess hvor pasient og helsepersonell sammen kommer frem til og tar beslutninger om undersøkelses- og behandlingsmetoder.

En forutsetning for å kunne medvirke er kunnskap om egen helse. Sykehuspersonellet må informere om komplekse temaer på forståelig måte, slik at reelle valg kan tas.

Rehabilitering

HSØ peker på rehabilitering som et prioritert område. Rehabilitering må bli en naturlig - og ofte samtidig - del av behandlingen. Nye sykehusbygg ved OUS kan åpne for at dette kan skje der pasientene er. Samhandling med kommunene er en forutsetning da mye av ansvaret for å gjennomføre rehabiliterende tiltak ligger i kommunen.

Logistikk

Logistikkproblemer skal ikke føre til utsettelse av avtalt behandling. Pasientlogistikken og timingen i behandlingsforløpet har et stort forbedringspotensiale. Spesielt med tanke på kronikere vet man at forebygging og aktiv oppfølging av pasienten er langt mer besparende enn først å ta inn pasienten når behovet er for stort og belastende.

Likeverdige helsetjenester

Likeverd bør gå som en rød tråd i alt som gjøres på sykehuset, i all kontakt med pasienter og pårørende, men også i hvordan medarbeidere rekrutteres og ivaretas. Alle pasienter har krav på helsetjenester av like god kvalitet, tilpasset den enkeltes livssituasjon og med mål om resultatlikhet for de med samme sykdomsbilde. Likeverdige helsetjenester krever for eksempel at universell utforming følges – i alle fall i nye bygg, at det er et fokus på tilgjengelig og forståelig informasjon for alle pasienter. Gode tolketjenester må opprettholdes, og det må være et særlig fokus på flerkulturelle utfordringer som helsepersonell møter i sitt arbeid. Likeverdige helsetjenester omfatter alle grupper pasienter. Likeverdige helsetjenester forutsetter også en etisk refleksjon rundt prioritering av helsetjenester.

Eldrehelse

Langt flere eldre kommer til å trenge helsehjelp. De har ofte flere sykdommer samtidig, men har dessverre ofte lav prioritet. Egentlig bør kompleksiteten appellere til faglig nysgjerrighet og gi grunnlag for en egen spesialitet. Eldre pasienter trenger god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten og her er utveksling av kunnskap og informasjon særlig viktig. Kreft blant eldre vil øke enormt, og representerer en stor utfordring her.

Barne- og ungdomspsykiatri

OUS trenger flere døgnplasser i barne- og ungdomspsykiatrien, og behandlingslokaliteter som er egnet for familieinnleggelse. Man må sikre at man ikke havner tilbake i en situasjon der man må avvise ungdommer som trenger døgnbehandling.

Psykisk og somatisk helse – ett sykehus for hele mennesket

Brukerutvalget synes det er på høy tid at vi ser somatisk helse og psykisk helse i sammenheng. Samtidig behandling av sammensatte lidelser må være målsetningen, og behandlingsopplegg bør sammenstilles og samkjøres for å sikre dette over tjenestenivåer og tjenestesteder. Brukerutvalget ønsker et felles akuttinntak for rus, psykisk helse og somatikk for å sikre likebehandling av alle brukere i akuttfasen og gi brukere og pårørende en dør inn når det haster.

Nye bygg – ny organisering

Internasjonale trender viser en bevegelse vekk fra «silotenkning» over mot en organisering av sykehus som tar utgangspunkt i pasientens behov. Denne utviklingen er bra. Brukerutvalget håper OUS i fremtiden vil se på muligheten for nye måter å organisere sykehuset på. Bygging av nye sykehus er en unik mulighet for å tenke nytt om organiseringen.

Trygghet og respekt

Brukerne av spesialisthelsetjenester ønsker å møte fremtiden med en opplevelse av trygghet og av å bli tatt på alvor. Tid til pasientene og informasjon før, under og etter en konsultasjon eller et sykehusopphold er fortsatt det viktigste, selv i en fremtidig digitalisert verden.

Ungdomsrådet ved OUS fremhever følgende som vesentlige faktorer å ta med seg i utviklingen av sykehuset:

- Et sykehus som er organisert etter pasientens behov, som er bygget opp etter hensiktsmessige pasientforløp. Rådet ønsker for eksempel en egen diagnoseuavhengig ungdomsklinikk!
- Gode overganger - fra barn til ungdom, fra barne- og ungdomsavdeling til voksenavdeling og fra spesialisthelsetjeneste til primærhelsetjeneste. Ungdomsrådet er særlig opptatt av overgangen fra barne- og ungdomsavdeling til voksenavdeling. En god overgang innebærer ikke bare et overgangsmøte, men oppfølgingen på voksenavdelingen bør ta hensyn til at det tar tid å bli selvstendig og takle sykdommen sin på egenhånd. Kontinuitet i behandlere og kompetanse på ung utvikling og en forståelse for ungdomsperspektivet er viktig.
- Samhandling er ekstra viktig rundt unge pasienter, fordi de er i en særlig sårbar fase i livet. De unge forstår ikke alltid hvem som har ansvar for hva og det er vanskelig å måtte ta ansvar for at de får all den behandlingen de trenger når de er syke. Helsepersonell bør snakke sammen på tvers av avdelinger og mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten og hjelpe de unge med å planlegge pasientforløpene.
- Timer på ettermiddag og kveld. Det kan være at man allerede går glipp av masse undervisning på grunn av sykdom, og med strenge fraværsregler trenger de unge å være på skolen når de har mulighet til det.
- Utviklingen av IKT og digitale tjenester går raskt. OUS må henge med! Ungdomsrådet er veldig opptatt av å få muligheten til å bruke elektroniske pasienttjenester, som for eksempel en chat-funksjon eller å kunne bestille time online. Men det må være lett tilgjengelig. Og det må ikke erstatte møte mellom pasient og helsepersonell helt. Vi trenger fortsatt å treffe sykehuspersonellet ansikt til ansikt.
- Trådløst nettverk på hele sykehuset må på plass. Det er nødvendig for å kunne følge opp skole og holde kontakt med venner når en er innlagt på sykehuset.
- De unge trenger enda bedre tilrettelegging for å kunne følge skolen ved langvarig sykdom.

- Sykehuset må samarbeide med pasientorganisasjoner. Kanskje de kunne hatt en mer aktiv plass på fremtidens sykehus?
- Ungdomsrådet ønsker at OUS ser en større sammenheng mellom psykisk helse og somatisk helse og bygger ned grensene mellom disse to fagområdene, som henger sammen.
- For pasienter som er lenge på sykehus er det veldig viktig med muligheter for aktiviteter. Rådet ønsker treningsrom, bibliotek, cafe, filmrom og ikke minst basseng.
- Og så er det viktig med hyggelige omgivelser – litt farger og behagelige møbler for eksempel. Det er viktig å forbinde sykehuset med noe positivt og det påvirker også tilfriskningen.
- Mest av alt trenger de unge pasientene fortsatt helsepersonell som trives på jobb og som har tid og overskudd til å se og lytte til pasientene.

4.2 Pasientsikkerhet og kvalitet

Gjennom planperioden fram mot 2035 vil Oslo universitetssykehus styrke sin satsning på pasientsikkerhet og kvalitet. Sikkerhetstenkning skal integreres i den daglige vurderingen med formål å oppøve en sterkere sikkerhetskultur generelt. I tillegg er det nødvendig å utvikle kvalitets- og sikkerhetskompetansen ved alle klinikker i sykehuset slik at klinikkene blir selvdrevne på velprøvde forbedringstiltak som bl.a. implementering av det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet, forbedringsmetoder, revisjoner og egenkontroll av kvalitet i tjenestene. Kvalitets- og pasientsikkerhetsansvar må systematisk profesjonaliseres og utvikles til å være en attraktiv karrierevei så vel for leger som for andre medarbeidere.

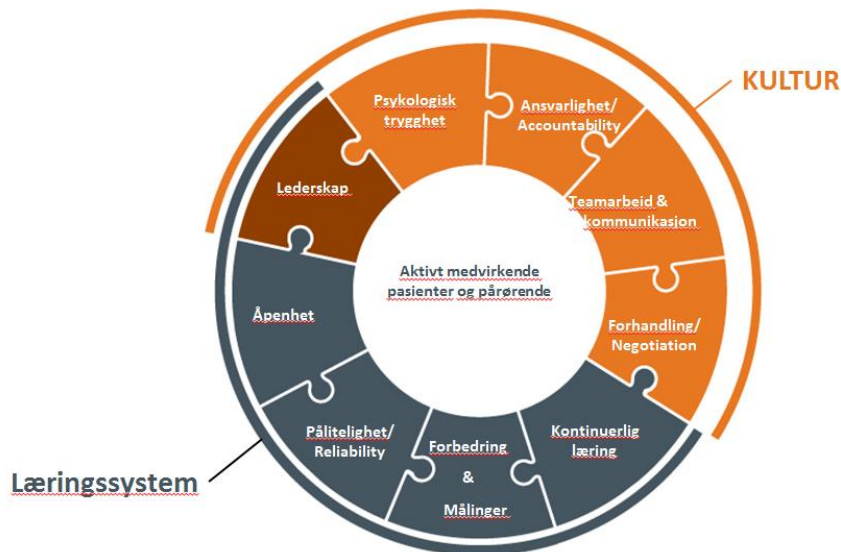
Sykehusets pasientsikkerhets- og kvalitetsarbeid skal bidra til at tjenestene fremstår profesjonelt utført med en fremragende kvalitet innen behandling, pasient- og pårørendeopplæring, forskning og utdanning. Oslo universitetssykehus skal oppnå fremragende kvalitet i tjenestene gjennom:

- å utvikle *pasientens helsetjeneste*
- å utfordre pasienter, medarbeidere og ledere på alle nivå til å *bruke resultatene som grunnlag for å redusere uønsket variasjon og forbedre tjenesten kontinuerlig*
- å utvikle en *kvalitetsorientert ledelse og etablere systemer som skal bidra til en sikkerhetsfokuset og lærende kultur*

Feilfrie tjenester er målet

Sykehuset skal gi pasientene riktig diagnostikk og behandling til riktig tid for å oppnå best mulig resultat for pasientens helseproblem. I møtet med helsetjenesten skal hver enkelt pasient oppleve respekt, åpenhet og empati, og gjennom samvalg få delta i beslutninger om egen behandling og hvordan den gjennomføres. Pasientene skal oppleve helhetlige og sammenhengende tjenester også mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, og det må derfor være gode arenaer og systemer for informasjonsutveksling, veiledning og kompetanseoverføring. Pasientene i Oslo universitetssykehus skal møte kompetente og kvalitetsbevisste helsearbeidere som på trygg og omsorgsfull måte skal bistå pasientene gjennom behandlingsforløpet. Det skal tilstrebtes en pasientsikkerhetskultur der de ansatte sammen vil arbeide for feilfrie tjenester og der pasientene ikke opplever forebyggbare uhell eller skader. Grunnlaget for feilfrie tjenester skal legges gjennom et aktivt ledelses- og medarbeiderskap som oppdager og forebygger risiko (Det grønne korset). Sammen skal ledere og medarbeidere tilstrebe et åpent og respektfullt arbeidsmiljø hvor risiko vurderes, nesten-ulykker og uønskede hendelser registreres og kunnskap om tiltak utvikles og deles fortløpende slik at organisasjonen lærer og forebygger tilsvarende hendelser i andre deler av sykehuset.

Den ønskede målsettingen skal fram mot 2035 utvikles gjennom et felles rammeverk vist nedenfor.



Figur 14: Felles rammeverk for forbedring av kvalitet og pasientsikkerhet

Et godt utøvd lederskap er viktig for alle ansatte i organisasjonen. For å sikre en høy pasientopplevd kvalitet, er det viktig at medarbeidere og ledere understøtter en verdibasert, kollektiv ledelsesfilosofi med:

- en uttrykt visjon om hvilken kvalitet tjenesten skal inneha
- iver for effektive tjenesteleveranser – med klare forventninger til alle steg i prosessene og tilbakemeldingssløyer for ytterligere forbedringer
- god personalledelse og medarbeiderengasjement – «lyttende, empatisk og mentorere» lederskap
- kontinuerlig læring og forbedring
- entusiastisk teamarbeid, samarbeid og medarbeiderinvolvering

Et aktivt medarbeiderskap bygger på at medarbeidere er ansvarsbevisste, opptatt av å være gode kollegaer/medspillere og er handlingsorienterte. Medarbeiderskap handler om hvordan man forholder seg til arbeidsoppgaver, til kolleger og til virksomheten man jobber i. Forskning og praksis viser at arbeidsmiljø- og organisasjonskultur påvirker pasientsikkerhet og kvalitet, samtidig som at svikt i pasientsikkerhet påvirker ansattes trivsel, arbeidsglede og psykiske helse. For pasienters og medarbeideres helse og sikkerhet er det nødvendig at uønskede hendelser, uønskede resultater og risikoforhold legges til grunn i forbedringsarbeidet.

Velfungerende medarbeiderskap kjennetegnes ved at alle tar ansvar for at andre, i teamet eller avdelingen, har det bra og støtter hverandre i oppgaveløsningen. Teamorientering, teamlæring og erfaringslæring i samarbeid på tvers (av profesjoner, enheter, avdelinger og klinikker) har derfor sammenheng med pasientsikkerhet og kvalitet. Medarbeiderskap er en arbeidsform som må videreutvikles gjennom en virksomhetskultur bygget på individuelt eierskap og ansvarlighet. Leder og medarbeidere må kontinuerlig ha fokus på med-ledelse og med-ansvarlighet. Det er en praktisk tilnærming som skaper fundament for den lærende organisasjon.

Forbedringskunnskap

Uønskede resultater oppstår ikke som tilfeldigheter, men fordi organisasjon og systemer utilsiktet er laget slik at de oppstår. Oslo universitetssykehus har et gjennomgående system for opplæring av medarbeidere og ledere i metoder for kontinuerlig forbedring. Arbeidet innebærer en kulturell endring som begynner med at ledere endrer fokus og arbeidsmåte, og som gradvis involverer og engasjerer hele organisasjonen. Et slikt kulturarbeid krever innsats over tid for å utvikle en lærende organisasjon, der kontinuerlig forbedring er måten sykehuset driver sin virksomhet framover på.

Akkreditering og sertifisering

Sykehuset har som mål å drive fremragende forskning og pasientbehandling med alt fra lokalsykehustjenester til høyspesialiserte behandlingstilbud til pasientene. Den unike posisjonen Oslo universitetssykehus har, vil framover fortsatt kreve en vedvarende tillit fra pasienter, ulike samarbeidende sykehus og kommunale tjenester, samt nasjonale og internasjonale fagmiljø. Tilliten vil bygge på en vilje til å evaluere egne prestasjoner og praksis mot andre sykehus på en transparent måte.

Flere klinikker og avdelinger i sykehuset har allerede sett nytten av uhildede tredjepartsvurderinger fra sertifiserings- eller akkrediteringsorganer. Enkelte klinikker eller avdelinger organiserer med mellomrom benchmarking mot tilsvarende fagmiljø i inn- eller utland, mens andre er delaktige i europeiske faglige nettverk og utveksler erfaringer innenfor et internasjonalt kollegium. Fram mot 2035 vil det være viktig å videreutvikle slike eksterne evalueringer av sykehusets virksomhet slik at hele bredden i sykehusets virksomhet blir vurdert og forbedret. Formålet er å sikre at sykehuset til enhver tid og på en effektiv måte tilbyr riktig behandling med en kvalitet som holder internasjonal fremragende standard. Sykehuset vil derfor fortsette å understøtte enheter som ønsker å akkreditere virksomheten.

4.3 Overordnede utviklingstrekk, forutsetninger og premisser

Framtidens helsetjeneste vil være gjenstand for en rekke endringsfaktorer som påvirker både omfanget av helsetjenestene og innholdet i disse. Konsekvensene av mange av de forventede endringer er usikre, spesielt i et så langt perspektiv som 2035. Det er gjort framskrivninger av befolkningsutvikling og sykdomsutvikling, samt aktivitetsberegninger basert på endringer i samhandling, oppgavedeling og effektivisering. I tillegg til dette kommer endringer knyttet til medisinskfaglig utvikling, ny teknologi og digitalisering av helsetjenestene. Det forventes at disse faktorer i stor grad vil endre helsetjenestene, spesielt i et lengre perspektiv (2025-2035). Den nye brukerrollen med sterkere brukerinvolvering i beslutningsprosesser og i organisering av helsetjenestene vil også i stor grad påvirke framtidige helsetjenester.

Bruk av ny teknologi og digitalisering av helsetjenestene står sentralt i utviklingen fram mot 2035, og er her nærmere beskrevet. For å ta i bruk de nye muligheter forutsettes at personvern og datasikkerhet håndteres adekvat, samt at det utvikles finansieringsmodeller som understøtter nye måter å gi helsetjenester på (som hjemmebehandling, ambulant virksomhet, e-konsultasjoner etc).

4.3.1 Finansiering

Ved organisering av framtidige helsetjenester må nye finansieringsmodeller vurderes. Helsetjenestene vil bli ivaretatt av primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i fellesskap, der pasientforløpene bør være sømløse og der så mye som mulig av disse ivaretas i hjemmet eller så nær hjemmet som mulig. Dette kan bety mer bruk av ambulante team fra sykehusene eller fra kommunale sentre, bruk av team av helsearbeidere ansatt i både sykehus og kommune, samt utvikling av hjemmesykehus for flere pasientgrupper. En slik utvikling vil være ønsket av pasienter og pårørende og vil være ressursbesparende med redusert behov for utbygging av sykehusarealer. Finansieringsmodellen bør stimulere til slike ordninger.

4.3.2 Bruk av ny teknologi og digitalisering

I dette kapitlet beskrives den overordnede utviklingen av ny teknologi og digitalisering. Den konkrete anvendelsen i utviklingen av morgendagens behandling innen utvalgte fagområder omtales i de følgende respektive kapitlene.

Det er svært viktig at OUS 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 sykehuset har satt seg for årene fram mot 2035 innen pasientbehandling, forskning og undervisning.

Overordnede linjer

Teknologiutviklingen vil i stor grad styre også den medisinske utviklingen, siden teknologien er premisseleverandør for hva medisinen kan få til: utvikles nye diagnostiske verktøy, kan nye sykdommer diagnostiseres og behandles og nye kirurgiske verktøy gir nye og bedre metoder for pasientbehandling. Hoved-driverne for den medisinske utviklingen er forskning, herunder nye medisiner, samt ny teknologi.

Teknologiendringer som får økonomiske konsekvenser

I fremtiden vil automatisering effektivisere tjenestene, og det vil kunne frigjøres personell til andre oppgaver eller til og med bli en reduksjon i personell over tid innen enkelte funksjoner/oppgaver. Med tanke på de kravene som møter sykehuset på økonomi og effektivitet vil nye teknologiske løsninger og automasjon kunne bidra til mer effektivitet og reduserte driftskostnader. Dette vil kreve evne og vilje til å ta ut teknologigevinster i form av lavere innsatsfaktorer.

Standardisering av prosedyrer, robotisering og automasjon, samt kunstig intelligens, vil endre sykehusets organisering, og det vil være behov for flere teknologer og større investeringer i teknologi. Imidlertid antas det at driftskostnader totalt ikke vil øke betydelig ut over økningen i antallet pasienter.

Samtidig som det blir en reduksjon i personellkostnader per pasientbehandling, vil det være behov for økte investeringer i MTU og IKT, jf økonomisk langtidsplan for OUS om områdeplaner for MTU og IKT). OUS har, sammenlignet med andre sykehus i vestlige land, en svært gammel park av medisinsk-teknisk utstyr (MTU). Investeringsnivået må årlig ligge høyere enn årlig nedskrivning av utstyrsparken for at gjennomsnittsalderen skal reduseres. Dette er en stor utfordring med tanke på den teknologiske utviklingen. En løsning sykehuset må vurdere er innovative anskaffelser og innovativt samarbeid med ulike leverandører for medisinsk teknisk utstyr. Slike samarbeidsformer vil både bidra til at sykehuset kan påvirke teknologisk utvikling og dermed sikre gode løsninger, samtidig som det kan være økonomisk gunstig.

Teknologiendringer som vil få konsekvenser for organisering

De tradisjonelle skillelinjene mellom de ulike teknologiplattformer vil viskes ut, slik som for eksempel grenseflaten mellom MTU og IKT. Grenseflaten mellom MTU og IKT og utnyttelsen av denne, vil være avgjørende for i hvilken grad sykehuset vil kunne benytte og videreutvikle teknologiske løsninger innenfor medisin. Dette kompliserer en rigid inndeling i MTU og IKT, både organisatorisk og IT-arkitektonisk.

For å styre en stadig større teknologipark vil det bli helt nødvendig å spore utstyret og styre det aktivt etter behovet. Ved hjelp av avanserte sporingssystemer sammen med styringsverktøy vil en kunne sørge for at utnyttelsesgraden av utstyret blir så høy som mulig. Dette er helt nødvendig for å kunne utnytte teknologiinvesteringene godt nok. 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. Mer av pasientbehandlingen i form av monitorering, behandling og oppfølging vil skje hjemmefra i takt med utbredelse av velferdsteknologi i ulike former. 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.

Skal sykehuset lykkes med sine strategiske mål er det helt nødvendig å ha en aktiv og helhetlig strategi for teknologi.

Teknologiendringer som vil få konsekvenser for infrastruktur

Sykehuset må ha nødvendig teknologiinfrastruktur på plass for å kunne utnytte teknologien. Den teknologiske infrastrukturen i form av for eksempel nettverk, servere, kommunikasjonsrom, trådløst nettverk og liknende må være på plass før man kan utnytte den teknologiske fordelen med nyere utstyr fullt og helt. Dette er en nødvendig forutsetning for videre teknologisk ekspansjon.

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.

Beslutningsstøtte og kunstig intelligens vil bli en viktig del av medisinsk teknologi, helt ut til det pasientnære utstyret. Mengden data rundt pasientbehandlingen blir uoverkommelig, antall parametere uoverstigelig og kravene til nøyaktighet og oversikt så store at det vil bli en umulig oppgave for et menneske uten bistand fra automatiserte systemer med kunstig intelligens. Til å begynne med vil dette implementeres i form av beslutningsstøtteverktøy, etterhvert vil det bli lukkede systemer på noen områder der systemene selv styrer deler av behandlingen uten bistand fra mennesker. En følge av dette blir en enorm mengde data som genereres og skal håndteres, integreres, distribueres og lagres på en trygg og forskriftsmessig måte. Dette vil stille store krav til sykehusets IKT-infrastruktur og samarbeid med Datatilsynet, eHelse-direktoratet og andre offentlig myndigheter.

Anskaffelse av teknologi vil i større grad skje som kjøp av en tjeneste framfor en vare. Gitt den raske utviklingen er det ikke sikkert at det er riktig for sykehuset å opprettholde den gamle modellen der sykehuset kjøper et MTU som eies til det kasseres. Andre og mer fleksible løsninger vil trolig være mer gunstig for OUS sitt behov på noen områder, slik som partnerskapsavtaler eller leieavtaler der OUS kjøper et antall brukstimer eller undersøkelser med et gitt teknologisk og medisinsk kravsett istedenfor et fysisk apparat.

Gitt den raske og delvis uforutsigbare utviklingen av teknologiske løsninger og medisinske behov er det nødvendig med betydelig fleksibilitet, både på bygningsiden, utstyrssiden og ikke minst IKT-siden. Det er viktig at bygningsmasse og infrastruktur er så fleksibel at den ikke hindrer innføring av nødvendig teknologi. Et eksempel er nye Karolinska som har overdimensjonert gulv, strøm, ventilasjon og vann i større deler av det nye klinikkbygget for å ha nødvendig fleksibilitet for fremtidige behov uten å måtte gå veien om kostbare og tidkrevende ombygginger.

Resultat
<ul style="list-style-type: none"> • En økning av teknologisk utstyr og infrastruktur er nødvendig for å imøtekomme et individtilpasset behandlingsforløp. • Beslutningsstøttesystemer vil innføres i mange disipliner, hvilket vil effektivisere driften • En forutsetning for dette er at teknologiinfrastrukturen må oppgraderes betydelig • I tillegg vil større deler av teknologien kjøpes som tjenester istedenfor fysiske enheter, og nye bygg må planlegges med fleksibilitet for endrede teknologiske behov

Utvikling på kort og langsikt

Kort sikt	Lang sikt
Generelt om teknologi i perioden	
<ul style="list-style-type: none"> • I denne perioden vil mye av arbeidet innenfor teknologi bære preg av grunnarbeid. Det må investeres og oppgraderes betydelig i infrastruktur som trådløst nettverk, arkivering, distribusjon og integrasjon av data og alle aspekter av IKT-sikkerhet for å tilrettelegge for en vellykket teknologiekspansjon. I tillegg må det komme på plass viktige avklaringer innenfor området personvern og informasjonssikkerhet slik at nye metoder som skyløsninger og digital kommunikasjon kan tas i bruk på en trygg og forskriftsmessig måte. Det er også et viktig punkt at standardisering av utstyr på tvers av lokasjoner, innenfor ulike utstyrgrupper og integrasjonsløsninger har fokus og gjennomføres der det er faglig forsvarlig. 	<ul style="list-style-type: none"> • Det er vanskelig å se hva konsekvensene vil bli. Utvikling innenfor medisinsk teknologi er rask og til dels uforutsigbar, og det eneste vi har å holde oss til er dagens utstyr og trendene vi ser nå. Ut fra dette forventer vi at hovedtrendene fortsetter, mer automasjon, ytterligere sammensmelting av ulike teknologier, mindre invasivt og mer høyteknologisk.
Generell medisinsk teknologi	
<ul style="list-style-type: none"> • Miniaturisering og minimalisering fortsetter, det blir økt bruk av implanterbart MTU på flere ulike nivåer. Vi forventer flere og mer avanserte typer skopisystemer som både blir mer integrert med annen type utstyr, får bedre kvalitet og bedre visuelle presentasjonssystemer. Det er forventet at det blir økende bruk av ulike typer sensorer, økt bruk av bilder og video fra mange ulike kilder og så og si alt kobles til nett. Videre vil andelen digitalt MTU øke sterkt til det nærmer seg 100 %. Det vil gi økende datamengder og behov for ekspertsystemer som kan gi meningsfull beslutningsstøtte i komplekse situasjoner. 	<ul style="list-style-type: none"> • I perioden forventes at informasjon fra medisinsk teknologi i mye større grad blir delt med førstelinjen i behandlingsapparatet og ikke bare er sykehusets eiendom. Det er viktig å dele informasjon med forskningsmiljøer for å dyrke fram mer treffsikker og robust teknologi. Samarbeidet med kommunale tjenester vil kreve data fra medisinsk teknologi og mer robuste og smidige grenseflater enn hva tilfellet er i dag.

Velferdsteknologi	
<ul style="list-style-type: none"> For pasientene vil det være en betydelig fordel hvis deler av overvåkning, diagnostisering og kommunikasjon med OUS kan gjøres hjemmefra. Det vil bety et betydelig innslag av medisinsk teknologi må være tilgjengelig i private hjem, ofte på plattformer som ikke er medisinsk godkjent. Et eksempel er den store økningen i kontinuerlige glukosemålinger (CGM) for diabetespasienter. Dagens CGM-modeller består av et sensorelement som kan kommunisere med eierens mobiltelefon, der mobiltelefonen er en kommersielt tilgjengelig type med et operativsystem av typen Android eller iOS. Grensesnittet mot sykehus og sensorelementet må løses i forhold til lover og forskrifter om medisinsk utstyr, personvern og informasjonssikkerhet og ansvarsforhold rundt de enkelte delene må avklares. 	<ul style="list-style-type: none"> I denne fasen er det forventet en betydelig utbredelse i befolkningen, sannsynligvis i hovedsak gjennom kommersielt tilgjengelige produkter som pasienten allerede har. Slik som mobiltelefoner eller liknende. Tilbudet forventes å bli stort og kontakten med sykehuset ventes å skifte karakter og bli mindre i frekvens og varighet. En relativt stor del av pasientene kommer trolig til å være ferdig monitorert før de kommer til sykehuset, behandling forutsettes konsentrert på sykehusene fremdeles.
Prehospital teknologi	
<ul style="list-style-type: none"> Det vil bli en økning i mengde og nivå av MTU i den prehospitaltjenesten, først og fremst i ambulansene. Avansert analyseapparat, sensorteknologi og bildedannende metoder som for eksempel CT vil bli implementert i ambulansene for å kunne diagnostisere tidskritiske tilstander på et så tidlig stadium som mulig. 	<ul style="list-style-type: none"> Svært avanserte ambulanser og legehelikoptre med mye medisinsk teknologi være tilgjengelig til diagnose og analyse. Det forventes at alt utstyret i stor grad vil kunne kommunisere i sanntid med ekspertise på sykehuset for eksperthjelp. Vi forventer flere bildemodaliteter integrert og til dels avansert laboratorieutstyr tilgjengelig for å kunne utføre mer diagnostikk tidlig.
Stråleteknologi	
<ul style="list-style-type: none"> For regulær stråleteknikk med strålemaskiner (Linak) som gir ut fotoner vil behovet i begynnelsen av perioden være omtrent som i dag, men med en nedgang mot slutten av perioden da det skal bygges opp strålekapasitet ved andre sykehus i regionen. Det er imidlertid mange variabler som påvirker behovet, både demografi, teknologisk utvikling, populasjonssammensetning, og medikamentell utvikling. Ny teknologi vil gi lavere sekundærstråling og færre bivirkninger, den funksjonelle levetiden for Linak vil etter all sannsynlighet gå ned fra dagens 12 år. For å kunne drifte effektivt er det viktig at strålemaskinene anskaffes i minimum dubletter, 	<ul style="list-style-type: none"> På grunn av en aldrende befolkning vil behovet trolig holdes oppe, men det hersker en viss usikkerhet grunnet utviklingen innenfor medikamentell behandling og alternative teknologier. Det er forventet at protonterapi, eller tungkjerneterapi vil ta over i det minste en del av det totale strålebehovet. Protonterapi vil etter planen være fullt operativt i denne perioden og forhåpentligvis utbygget til også å ha tunge kjerner som karbon. Det er ikke usannsynlig at det vil bli ønskelig å bygge ut denne kapasiteten parallelt eller på bekostning av strålekapasiteten. I løpet av perioden er det forventet effekt av beslutningen om at stråleterapi er

<p>men helst i tripler, det vil si to eller tre like maskiner.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det blir mer bildebasert kvalitetskontroll av behandlingen der alle linaker ved OUS får kombinasjonen av CT og linak. I tillegg kommer kombinasjonen av MR og linak (MR-linak) som muliggjør enda bedre styring av strålebehandling i bløtvev. • Protonterapi er besluttet etablert ved OUS, og det vil i denne perioden komme på plass som et tilbud til pasienter som i dag får behandling i utlandet, samt til nye grupper av kreftpasienter gjennom kliniske studier. Det spesielle med tungkjernebestråling er at energien i liten grad avsettes i vevet på vei inn til svulsten, i motsetning til tradisjonell stråling. Svulster som ligger vanskelig plassert, som for eksempel i hjernen, kan derfor behandles uten uakseptabel risiko for pasienten. I tillegg er det av særlig betydning for pasienter som skal leve lenge og derfor er ekstra sårbare for bestråling av vev utenfor svulsten. • Dataløsninger i stråleterapien vil muliggjøre adaptive strategier, og vi vil se starten på automatisert doseplanlegging. Det vil stilles strengere krav til sømløse integrasjoner med mer toveis kommunikasjon mellom alle ledd i stråleterapiprosessen, fra IKT-systemene til MTU-enhetene. • På tross av store investeringskostnader er imidlertid strålebehandling en økonomisk fordelaktig metode sammenliknet med mange av alternativene, og det er grunn til å tro at den vil ha en vesentlig plass i det totale krefttilbudet framover selv om det vokser fram alternative metoder. 	<p>områdesykehus-funksjon. Strålekapasitet blir utbygd på områdesykehus i regionen, og OUS vil dekke eget opptaksområde samt ivareta enkelte behandlingsopplegg som defineres som regionsykehusfunksjoner.</p> <ul style="list-style-type: none"> • På tross av store investeringskostnader er imidlertid strålebehandling en økonomisk fordelaktig metode sammenliknet med mange av alternativene, og det er grunn til å tro at den vil ha en vesentlig plass i det totale krefttilbudet framover selv om det vokser fram alternative metoder.
Bildedannende teknologi	
<ul style="list-style-type: none"> • Det vil på kort sikt bli behov for å bygge opp kapasiteten på noen områder som er flaskehals i behandlings- og forskningsforløpene i dag. Vi ser også en bevegelse i retning av at undersøkelser konverteres fra konvensjonell røntgen til CT, MR og PET. Dette vil redusere behovet for tradisjonelle røntgenlabber, men øke behovet for de mer kostbare modalitetene. Dette vil også resultere i økt antall bilder som skal tydes, og det stilles derfor krav til implementering av beslutningsstøtteverktøy og automatiske deteksjonsverktøy. På samme måte 	<ul style="list-style-type: none"> • Mer avanserte løsninger og også hybridløsninger for bildemodaliteter forventes. Det forventes ytterligere sammensmeltning og utbredelse av ulike modaliteter som for eksempel PET-MR. Assistanseverktøy basert på kunstig intelligens og maskinlæring vil trolig ta steget fra å være beslutningsstøtteverktøy til å bli selvstendige kontrollsystemer med lukkede sløyfer der mennesket ikke er en del av prosessen. Dermed vil mønstergjenkjenning og intelligente systemer være et viktig bidrag fordeler av tolkningsjobben radiologene utfører i dag for radiologiske

<p>ser vi et sterkt økende behov for lavere nivå billedannende metoder som ultralyd på områder der man tidligere har klart seg uten.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementering av kunstig intelligens og maskinlæring i eksisterende bildemodaliteter vil være avgjørende, særlig innenfor diagnostikk og mønstergjenkjenning. Samtidig vil det bli en større andel av hybridlabber der bildeopptak og minimalt invasive inngrep skjer i samme rom, men med muligheter for å konvertere til tradisjonell åpen kirurgi. Eksempler på dette er utskiftning av hjerteklaffer minimalinvasivt. • Grunnleggende forutsetninger for at pasientforløpene skal bli effektive er at det skjer en standardisering av undersøkelser og harmonisering på tvers av sykehus regionalt og nasjonalt, og at analyseverktøy og kunstig intelligens- løsninger implementeres. Dette forutsetter et tettere samarbeid mellom ulike klinikker i sykehuset, radiologimiljøet og teknologiske miljø i OUS og hos UiO. Industrisamarbeid vil være viktig for å få på plass best mulig løsninger for pasientflyt og sikker diagnostikk, og det vil også ha vesentlig betydning for forskning som ofte krever tilgang på moderne utstyr. Bedre integrasjon av MTU og IKT vil være avgjørende for å kunne gjennomføre dette. • Effekten av disse tiltakene for pasientene vil være sikrere, mer presise og avanserte radiologiske og nukleærmedisinske undersøkelser. Dette vil bidra til raskere og bedre tilpasset behandling. For samfunnet vil effekten være et mer effektivt helsevesen, raskere diagnostikk og bedret behandlingsutfall. 	<p>prosedyrer. Lavere stråling, høyere oppløsning, og bedre kvalitet på undersøkelser kommer til å bidra til at flere undersøkelser utføres i forbindelse med kontroll og oppfølging av behandling i sykehuset, og kommer dermed til å stille store krav til lagring og håndtering av store datamengder.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En viktig forutsetning for å kunne utnytte de nye teknologiske løsningene, vil være et kontinuerlig arbeid med integrering av MTU og IKT på tvers i sykehuset, samt samarbeid med andre eksterne aktører som industri, universitet og andre sykehus i regionen.
Teknologi innenfor anestesi, intensiv, operasjon	
<ul style="list-style-type: none"> • Innenfor kirurgisk virksomhet vil robotkirurgi måtte bli prioritert med minimum en kirurgirobot i tillegg til de eksisterende to. Det er forventet at kostnadsnivået knyttet til disse robotene vil synke betydelig de kommende år ettersom økt konkurranse presser marginene. Vi vil se kirurgirobotene får betydelig bedre funksjonalitet og at de kan ta over for laparoskopi (kikkhullskirurgi) for flere prosedyrer og innenfor flere spesialiteter. • Det vil også gå i retning av ablasjonsteknikker som er mindre invasive og med mindre belastning for pasienten, slik som for eksempel 	<ul style="list-style-type: none"> • Robotkirurgi vil trolig få en utbredelse som går langt ut over urologi og gynekologi. For en del prosedyrer er det ventet at nye og tilpassede roboter med skalering, stabilisatorer, integrasjon med billedannende metoder og økt fleksibilitet i ytterst ledd vil erstatte deler av dagens laparoskopiprocedyrer. Printing av organer som kan vokse og feste seg i humant vev kan være en realitet og vil kunne revolusjonere transplantasjonskirurgien. • Innenfor Anestesi vil selvstyrte systemer i noen grad ta over oppgaven fra mennesket, anestesi maskinen vil sannsynligvis kunne operere

<p>fokusert ultralyd, HIFU (High focused ultrasound). Et annet trekk er at det forventes strengere krav og økt utbredelse av trackingssystemer for kirurgiske presisjonsinngrep. Trackingssystemer kombinerer bildeinformasjon med sanntidsveiledning av den kirurgiske prosedyren.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anestesiområdet vil sannsynligvis se en fortsatt utvikling innenfor sensorikk og monitorering, særlig innenfor monitorering av søvndybde som i dag ikke er tilstrekkelig robust. • Intensivområdet vil først og fremst utvikle seg innenfor monitorering av pasientene, med mer intelligente systemer for maskinell overvåking av kritisk syke pasienter. 	<p>raskere og tryggere enn med menneskelig styring. Intelligente systemer monitorerer store datamengder for å varsle tidlig ved uønskede hendelser.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensivområdet vil trolig oppleve en mild robotisering innenfor noen områder der robotteknologi kan ta over enkle oppgaver og frigjøre personale til å fokusere på den sykepleiefaglige delen av oppgaven.
Teknologi innenfor laboratoriemedisin	
<ul style="list-style-type: none"> • Multidisiplinære team er begreper som hentes frem når diagnostikk, behandling og forskning omtales. DNA-sekvensering og massespektrometri er eksempler på teknologier som benyttes i flere ulike laboratoriemedisinske spesialiteter. Metodene krever både dyrt utstyr og høy, tverrfaglig kompetanse. • Flere avanserte teknologier som proteomikk (MS) og metabolomikk (LC-MS/MS) forventes å bli aktuelle for klinisk bruk i årene som kommer. Bruk av de store laboratorieautomasjonsplattformene på MBK for analyser fra andre fag. 	<ul style="list-style-type: none"> • Persontilpasset medisin og «pasientens helsetjeneste» hviler i stor grad på nye teknologier og vår evne til å gjøre disse tilgjengelig i pasientbehandlingen. Dette må tas hensyn til på en annen måte enn hva som har vært tilfellet hittil i planene for nye sykehusbygg. • Anvendelse av avanserte IKT-tjenester vil muliggjøre fortolkning og anvendelse av langt større informasjonsmengder i laboratoriemedisin

Oppsummering og konklusjon

Teknologi er et helt avgjørende kriterium for om sykehuset lykkes med sine oppgaver i fremtiden. For at teknologi skal kunne bli det verktøyet sykehuset trenger er det noen forutsetninger som må på plass:

- a. Teknologitunge enheter må ha et formalisert, tettere samarbeid
- b. En egen teknologistrategi som er forankret i sykehusledelsen
- c. Behov for å ansette flere teknologer på sykehuset, innenfor fysikk, matematikk, informatikk og andre realfaglige retninger
- d. Investerings- og driftsmidler som er tilstrekkelig til å gjennomføre teknologistrategien
- e. Evne og vilje til å gjennomføre nødvendige grep for å hente ut gevinsten av teknologiseringen av prosedyrene

Det er viktig å presisere at teknologi er et verktøy og et hjelpemiddel, teknologi alene vil ikke løse noen utfordringer. Av den grunn er det nødvendig med målrettet og god ledelse for å sikre at verktøyet kan brukes optimalt slik at det kommer pasienten til gode i form av rask og effektiv diagnostisering og behandling.

Digitaliseringsplan for Oslo universitetssykehus

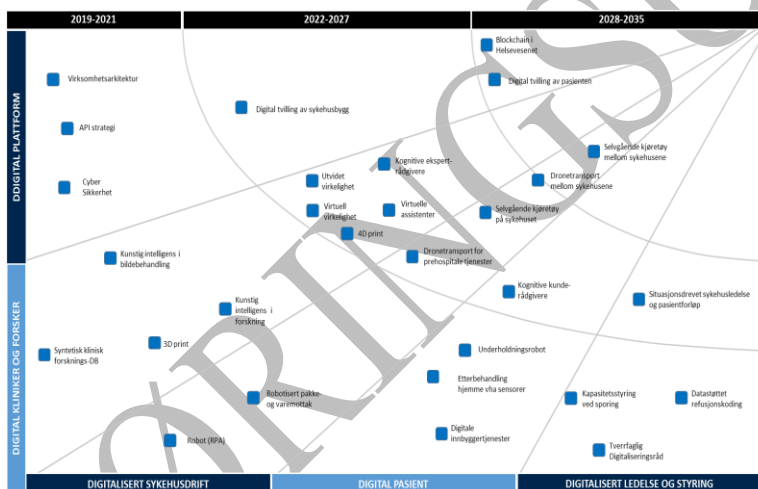
I planperioden vil vi se en økende digitalisering i hele samfunnet. Digitaliseringen vil påvirke sykehusets tjenesteproduksjon og hvordan disse tjenestene utvikles og produseres. Teknologien vil gjennomsyre alt vi gjør innen pasientbehandling, forskning, innovasjon, administrasjon og undervisning, og vil fremstå som et grunnleggende premiss med tanke på kvalitet og effektivitet i arbeidet med å oppfylle sykehusets mandat.

I årene fremover vil flere forhold påvirke behovet for, og prioriteringene innen, teknologi og IKT ved Oslo universitetssykehus. I en utvikling der teknologiperspektivet er så sentralt som for vår virksomhet, er det avgjørende at vi tar et selvstendig ansvar for hvordan organisasjonen skal utvikles med utgangspunkt i de muligheter teknologien gir.

Nordmenn er generelt raske til å ta i bruk ny teknologi. For Oslo universitetssykehus betyr dette at pasienter, pårørende og ansatte har store forventninger til bruk av teknologi i deres møte med sykehuset som behandlingssted og som arbeidsgiver.

Timing for når man tar i bruk nye teknologier er avhengig av faktorer som modenheten til teknologien, samt modenheten, kulturen og gjennomføringsevnen til sykehuset. I tillegg kommer de regulatoriske rammebetingelsene. Her er det forutsatt at mulighetene vil være gjennomførbare innenfor fremtidige rammer. Dette inkluderer lover, forskrifter, standarder og finansiering. Her er lagt vekt på modenheten og tilgjengeligheten til teknologien og basert på dette er foreslått et veikart for digitalisering av Oslo universitetssykehus.

Veikart for digitaliseringstiltak



Utviklingen preges av fire megatrender:

- IT blir en viktigere faktor i utviklingen av medisiner, 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

For Oslo universitetssykehus vil det være viktig hele tiden å overvåke og følge med på teknologiutviklingen. Hva man skal prioritere må vurderes opp mot hvor stor effekten spesifikk teknologi gir sykehuset og når en teknologi er moden nok med en akseptabel risiko.

Det er viktig å bygge opp en fleksibel og adaptiv virksomhetsarkitektur, sikre seg mot cybertrusler og ha fokus på gjenbruk av data til videre analyser og til bruk i forskning, undervisning og i klinisk arbeid.

Kunstig intelligens (AI) – Sammen med det høye tempoet i digitaliseringen og innsamlingen av de enorme datamengdene, vil bruken av kunstig intelligens revolusjonere sykehusets evne til å utnytte sanntidsdata til bedre beslutningsstøtte og legge til rette for sanntids datautveksling mellom alle de samhandlende partene. Bruken av kunstig intelligens vil føre til at sykehuset får mer fleksible, adaptive og autonome systemer som igjen vil transformere sykehusprosessene og forbedre den personlige opplevelsen til pasient og ansatt.

Teknologien med sin adaptive læring vil bli mer tilpasset til mennesker og vil få tilnærmet menneskelige egenskaper slik at vi som brukere ikke vil merke forskjell på om vi er i dialog med et menneske eller en maskin. Dette kan Oslo universitetssykehus benytte i virtuelle assistenter, kognitive ekspertrådgivere, digitale innbyggertjenester, kognitive kunderådgivere, virtuell virkelighet og utvidet virkelighet.

Smarte enheter - Det vil utvikles digitale smarte enheter som smarte roboter, droner for prehospitale tjenester og transport mellom sykehusets bygg, selvgående kjøretøy for kjøring internt i et sykehusbygg eller mellom lokasjoner, digitale tvillinger av objekter, bygg eller pasient, samt 3D- og 4D-printmodeller av proteser, kirurgiske implantater, piller og sensorer.

Samhandling - Pasienter, pårørende, ansatte, andre aktører i økosystemet, digitale enheter, innhold og tjenester vil kobles sammen i et felles nett. Dette intelligente digitale nettet vil skape en enda mer kompleks verden med tanke på informasjonssikkerhet og den vil stadig bli utfordret. Oslo universitetssykehus må ha en adaptiv sikkerhet- og risikohåndtering som er tilpasset den aktuelle situasjonen og trusselbildet til enhver tid basert på at flere og flere enheter knyttes sammen, flere og flere aktører inkluderes, enheter og aktører er mobile og at bruken av skytjenester og åpne grensesnitt øker.

Digitaliseringsråd - Digitaliseringen av Oslo universitetssykehus er en kontinuerlig prosess som treffer alle miljø og fag innen forskning, utdanning og klinikk. Oslo universitetssykehus bør derfor ha fokus på å utvikle en virksomhetsarkitektur som legger til rette for videre utvikling og som er fleksibel og fremtidsrettet.

Teknologiske innovasjoner - Teknologit utviklingen har vært enorm i samfunnet de siste 10 årene. Alt tyder på at denne utviklingen vil fortsette med akselererende hastighet fremover. Forventningen fra innbyggerne øker i takt med at ny teknologi tas i bruk i forskjellige deler av privat og offentlig sektor, og kravet fra fagpersonell er stort når det gjelder å ta i bruk den nyeste teknologien innen fagfeltet.

Det er svært vanskelig å se hva som blir betydningsfulle teknologiske innovasjoner for sykehuset 20 år frem i tid. Her er forsøkt å samle det som anerkjente aktører ser av utvikling fremover, og tegnet et mulighetsrom over de forskjellige teknologiene som i dag ser ut til å vinne frem. Det er vanligvis slik at nye teknologier bygger på eksisterende og medfører forbedringer og økt utbredelse. Derfor vil mye av det vi ser i dag, gi en indikasjon på utviklingen de neste 15-20 årene.

Sykehusets evne og vilje til å ta i bruk ny digitaliseringsteknologi vil være avgjørende for hvordan veikartet kan realiseres. Innføring av en rekke av disse teknologiene vil medføre endrede prosesser og rutiner, endrede maktforhold, og en endring i bemanning og kompetansebehov. Dette er betydelige faktorer som alle vil kunne muliggjøre en rask adopsjon eller medføre alvorlige hindre. Likedan vil Norges og sykehusets økonomiske handlingsrom være en avgjørende faktor, samt utviklingen av lover og forskrifter som i dag hindrer en del av den teknologiske anvendelsen.

4.4 Målbilde, tiltak og organisering for utvalgte områder

Oslo universitetssykehus har en bred klinisk virksomhet innen alle medisinske fagområder, ivaretar utdanning av ulike typer helsepersonell og er en stor nasjonal og internasjonal aktør innen medisinsk og helsefaglig forskning. Visjonen er «Sammen med pasientene utvikler vi morgendagens behandling». Sentralt innen alle fagområder og pasientgrupper er å utvikle ny behandling og gi gode og moderne helsetjenester til pasientene, i tett samhandling med andre helseforetak, andre aktører i spesialisthelsetjenesten samt den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

OUS som regionsykehus med flere nasjonale funksjoner, områdesykehus og lokalsykehus ønsker å desentralisere det som er mulig og med dette bidrar til kompetanseoverføring til andre deler av helsetjenesten. OUS ønsker også å ta i bruk ny teknologi og digitale løsninger til beste for pasientene. De ulike fagområder og pasientgrupper har en del felles utviklingstrekk i framtiden, men de har også mange ulike utfordringer. Noen sentrale virksomhetsområder er beskrevet i det følgende.

4.5 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

4.5.1 Psykisk helsevern for barn og ungdom (BUP)

Verdens helseorganisasjon vurderer at psykisk lidelse hos barn og ungdom er en av de tre største truslene mot folkehelsen. Flere større, longitudinelle studier som Dunedin-studien fra New Zealand og ACE-studien fra USA, peker på klare sammenhenger mellom ugunstige barndomsopplevelser og/eller psykiske plager og lidelser i barneårene og senere psykisk og fysisk uhelse som voksen.

Sykdomsutvikling

Spesialisthelsetjenesten for psykisk helse barn og unge (BUP) ser en utvikling i retning av flere barn og unge med mer alvorlige tilstander både i poliklinikk og dag- og døgn tjenester; spesielt tidlige og alvorlige psykosetilstander, spiseforstyrrelser og traumatiserte unge med selvskading og suicidalitet. Det er store utfordringer å gi effektiv helsehjelp til barn og unge med sammensatte vansker som traumer, alvorlig selvskading, voldelig atferd, samt sosiale vansker knyttet til gjennomgripende utviklingsforstyrrelse som krever oppvekst i bolig utenfor eller massiv støtte i hjemmet.

Fagets utvikling

Gitt befolkningsøkningen er det grunn til å anta at aktiviteten i Oslo-området vil øke i årene frem til 2035. Storbyfaktoren må inkluderes i prognoser for utvikling av fag, kvalitet og pasientsikkerhet og kapasitet. Poliklinikkene i BUP skal gi helsehjelp til 5 % av barnepopulasjonen, etter hvert 9 %. Siden 2011 har tallet vært ca. 2,5 %, noe som vil kreve en dobling og etter hvert mer enn tredobling av kapasiteten. Henvisningene til BUP er økt med 30 % siden 2015. Vi antar at økningen vil fortsette.

Det er nødvendig at førstelinjen tar over noe av behandling og tilrettelegging for de mer alvorlige tilstandene som i dag er i BUP og hele pasientforløpet ved de «lettere» tilstandene som BUP i dag behandler. Dette forutsetter en kompetanseutvikling, samhandling og ressurser i bydelene som per i dag ikke er på plass.

BUP behandler barn i familier og i skole eller barnehage. Forventningene til behandlingseffekt og profesjonalitet i BUPs tilbud er økende, inkludert alle instanser rundt barnet.

Særlig krevende både faglig og ressursmessig er å etablere og se effekt av helsehjelp der omsorgssituasjonen er mangelfull og hvor det er nødvendig med samarbeid med barnevernet og bydelenes tjenester.

Foreldre i konflikt er økende og BUPs behandlere er i økende grad belastet med og involvert i juridiske forhold rundt foreldrekonflikter med forberedelser, møter med advokater og deltakelse i rettsaker.

Organisering av pasientbehandlingen

BUP må ha som mål å ha kapasitet og kompetanse til å behandle de mest alvorlige tilstandene. Dette krever god ledelse i samarbeid med behandlere og kontorfaglige funksjoner som kan organisere helsehjelpen slik at ressursene kan utnyttes på best mulig måte til å gi faglig forsvarlige tjenester, med god nok kvalitet og pasientsikkerhet. Lokalene må være hensiktsmessige og pasientadministrative systemer, faglig metodikk og brukermedvirkning må tilrettelegges for BUPs kliniske virksomhet.

BUP må ha tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å kunne utrede og behandle:

- Spiseforstyrrelser – i samarbeid med somatikk og regionale funksjoner (RASP)
- Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser med normalt evnenivå, i samarbeid med bydel og kommunehelsetjeneste
- Alvorlige sammensatte saker med mye system- og familieproblematikk og psykososiale problemer inkl rus, der barnet har funksjonsfall og/eller psykiske symptomer, i samarbeid med bydel, kommunehelsetjeneste og barnevern.
- Alvorlige psykiske lidelser, primært psykoselidelser og alvorlige affektive lidelser med utvikling mot personlighetsforstyrrelser.
- Alvorlig emosjonell ustabilitet med selvskading og suicidal atferd.
- Tidlig intervensjon i familier med vurdert risiko for skjevutvikling og traumatisering i foreldre-barn-relasjonen med satsning på tilstrekkelig kapasitet og sped- og småbarnskompetanse, voksen psykopatologi og samspill foreldre-barn.

For pasientgruppene som er BUPs ansvar er det behov for å videreutvikle et høyspesialisert tilbud med flyt av relevante tjenester til rett tid på rett sted mellom poliklinikk, dag og døgn.

Mellomlangsigte tiltak (-2025)	Langsigte tiltak (-2035)
<ul style="list-style-type: none">• OUS vil utrede behov for økning av poliklinisk kapasitet, gitt sykdoms-, henvisnings- og befolkningsveksten, endret oppgavefordeling og økt samhandling.• OUS skal utvikle høyspesialiserte polikliniske tjenester for de mer kunnskaps- og behandlingkrevende tilstandene.• OUS skal beholde, utvikle og kvalitetssikre ledelse og behandlerkompetanse som muliggjør pasientsikker utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten for psykisk helse barn og unge.• OUS ønsker å innføre et arenafleksibelt intensivt nivå. Det betyr at pasienter med behov for høyere intensitet og andre rammer får dette uten skille mellom døgn- og dagbehandling, og at vi har mulighet for å benytte rammefinansierte døgnrammer ved indikasjon for de mest alvorlige tilstandene.• OUS skal videreutvikle samhandling og oppgavedeling mellom BUPA, somatikk/habilitering, rus/TSB og spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern for voksne.• OUS bidrar til at fordelingen av oppgaver og ansvar mellom førstelinje og annenlinje i årene	<ul style="list-style-type: none">• OUS skal ha tilstrekkelig poliklinisk kapasitet.• OUS har etablert tilstrekkelig med arenafleksible behandlingsplasser med døgnrammer.• OUS har etablert et tilstrekkelig behandlingstilbud for pasienter med alvorlige tilstander, inkl spiseforstyrrelser.• OUS har bidratt til at pasienten kan behandles hjemme, på skolen, på andre arenaer, i poliklinikk eller i institusjon i psykisk helsevern eller barnevern, alt etter hva som er behovet.• OUS har samlokalisert tjenester til barn og ungdom på intensitetsnivåer over poliklinisk behandling i psykisk helsevern barn og unge med somatiske tjenester (barn) og med voksenpsykiatriske tjenester.• OUS har samlokalisert poliklinikk med psykisk helsevern voksne og rus (BUP+DPS+Ruspol).• OUS har en sikkerhetsavdeling for unge med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse.• OUS har moderne bygg for barn og unge som pasienter, med moderne infrastruktur som gir rett signaleffekt.• OUS er et IKT-vennlig sykehus med optimal bruk av kommunikasjonsteknologi og e-helse både ift drift, samarbeid og pasientarbeid.

<p>fremover er mer avklart slik at forebygging, veiledningsansvaret og samhandling er i tråd med pasientenes behov og rettigheter.</p> <ul style="list-style-type: none"> • OUS skal videreutvikle og tilpasse verktøy i utredning, og som pasientkommunikasjon i behandling, samt elektroniske verktøy som sikrer brukermedvirkning, samhandling og evaluering (f.eks. ReConnect). • OUS bidrar til at det skal satses på forskning. Forskningen må i større grad enn nå forankres i klinikk og kobles til evaluering av behandlingseffekt, og medvirke til utvikling av tjenestetilbudet. • BUPA er i akutt behov for nye og mer hensiktsmessige bygg. OUS skal prioritere at dette er på plass i løpet av de neste fem årene. 	
---	--

4.5.2 Psykisk helsevern for voksne

Sykdomsutvikling

Flere forhold kan ifølge Folkehelseinstituttet gi inntrykk av at forekomsten av psykiske lidelser øker i befolkningen. Andelen nye uførepensjoner som er tildelt pga psykisk lidelse har økt de siste 15 år. Det har også vært en sterk økning i antall personer behandlet for psykiske lidelser. Dette handler trolig om at samfunnet håndterer psykiske lidelser på en annen måte enn tidligere. De fleste internasjonale epidemiologiske studiene finner ingen økning i forekomsten av psykiske lidelser. Man tror at forekomsten av psykiske lidelser i Norge er relativt konstant (Mykletun, Knudsen 2010).

Det kommer stadig nye psykoaktive stoffer som gjør at mange tror det vil bli flere komorbide rus- og psykiske lidelser. Samtidig er det en betydelig nedgang i antall unge som bruker rusmidler og i andelen som bruker tyngre stoffer. Fremveksten av nye rusmidler gjennom de siste tiårene har ikke medført økning i alvorlige sinnslidelser; forekomsten av schizofreni har holdt seg stabil over tid. Innen psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling har man undervurdert sykdomsbyrde og for tidlig død knyttet til psykisk lidelser og rusbruk. 50 % av alvorlige, langvarige psykiske lidelser debuterer før fylte 15 år, 75 % har debutert før fylte 25 år. Det er i tillegg spesielt fem grunner til at belastningen av psykiske lidelser er undervurdert:

- Det er en betydelig overlapp mellom psykiske og nevrologiske lidelser.
- Belastningene ved suicid og selvskading har vært undervurdert.
- Psykiske lidelser spiller en viktig rolle ved kroniske smertetilstander og muskel-skjelett-lidelser.
- I tidligere beregninger av sykdomsbyrde har man ikke tatt med personlighetslidelsene.
- Man har undervurdert den høye dødeligheten ved alvorlige kroniske psykiske lidelser.

I psykisk helsevern voksne er det høy forekomst av somatiske og rusrelaterte problemer og sykdommer. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser har 10-20 års kortere forventet levetid enn gjennomsnittet for befolkningen. Viktigste grunnen er død pga somatisk sykdom. Den gjennomsnittlige levealderen har vært uforandret over lang tid. Samtidig har resten av befolkningen fått høyere gjennomsnittlig levealder. Forskjellen har økt.

Pasientene har sammensatte problemer som forsterker hverandre, og de har en forventning om, og behov for, et sammensatt tjenestetilbud som fungerer helhetlig på tvers av organisatoriske skillelinjer. Man må både håndtere psykososiale problemstillinger, mer spesifikk behandling i form av psykoterapi og medikamenter, somatiske problemstillinger og rusavhengighet. Pasienten skal aktivt

delta i behandlingen (pasientens helsetjeneste). Behandlingen skal i større grad være mestringsbasert. Når pasienten ønsker det, skal pårørende og/eller pasientens nettverk involveres.

Fagets utvikling

Innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern fra 2018 vil ha betydning for tilbudet som blir gitt. Pakkeforløpene og faglige veiledninger og retningslinjer inneholder krav til samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og mellom deler av spesialisthelsetjenesten (poliklinikk/døgn, somatikk/psykisk helse voksne/tverrfaglig spesialisert rusbehandling/psykisk helsevern barn og unge). Dette innebærer at man må organisere psykisk helsevern på en måte som gjør det mulig å utrede og behandle pasienter uten faglig ubegrunnede forsinkelser, og i samarbeid med andre når det er nødvendig.

Det er anslått at økningen av antall eldre vil være relativt mindre i byområder sammenlignet med distriktene. Det er beregnet at 12 % av Oslos befolkning vil være over 70 år i 2040. Samtidig vil det også bli en større andel innvandrere i den eldre befolkningen. Innvandrere utgjør i dag 4 % av alle som er 70 år eller eldre, mens dette er anslått å øke til 27 % i 2060 (Statistisk Sentralbyrå, 2016).

Utdanning og arbeid er viktig for personer med en psykoselidelse. I Norge er arbeidsraten blant personer med schizofrenispektrumlidelser svært lav (10 %), i tillegg til at mange faller ut av utdanningsløp (Evensen et al., 2015). Blant personer med alvorlige lidelser er risikoen for å stå utenfor arbeidslivet 6-7 ganger høyere enn for mennesker uten psykiske lidelser.

Fremtidens psykosebehandling må forholde seg til et mer komplekst diagnostisk bilde. Halvparten av alle personer med en psykisk lidelse i Norge fyller kriteriene for ytterligere minst to lidelser.

I årene fremover antas det at krav om spisskompetanse og forskningsbasert behandling vil øke, og at behovet for nye nasjonale tjenester dermed vil oppstå.

Felles for nasjonale behandlingstjenester er at det dreier seg om et tilbud om utredning og behandling av en liten gruppe pasienter som har behov for høyspesialisert kompetanse og/eller bruk av spesialisert medisinsk utstyr. Ved å etablere nasjonale eller flerregionale behandlingstjenester sentraliseres behandlingen til ett eller to steder i landet.

Organisering av pasientbehandlingen

Mellomlangsigtede tiltak (-2025)	Langsiktige tiltak (-2035)
<ul style="list-style-type: none"> • OUS skal ut fra den gyldne regel (prioriteringsregelen) og storbyproblematikken argumentere for tilførsel av mer ressurser • I løpet av planperioden skal 10 % av midlene som i dag brukes til døgnbehandling på sykehusnivå overføres til poliklinisk, ambulant, dag og åpen døgnbehandling på DPS. Det vil medføre en tilsvarende reduksjon i døgnplasser på sykehusnivå. • OUS skal sørge for at brukerne i større grad enn i dag involveres både individuelt og på systemnivå • OUS vil utvikle bedre brukerundersøkelser og systematiske tilbakemeldingssystemer basert på interaktive verktøy for å bedre samarbeidet om behandlingen • OUS vil gjennomføre opplæring av alle behandlere i bruk av samvalgsmetodikk og bidra til at EPJ utformes slik at journalsystemet støtter opp om og forsterker bruken av samvalg • OUS vil opprettholde og videreutvikle tjenestene ved seksjon for tidlig psykosebehandling. Oslo bør ha en spesialklinikk som behandler en tilstrekkelig 	<ul style="list-style-type: none"> • OUS har etablert et fast, strukturert samarbeid om rusbehandling mellom alle avdelinger i psykisk helsevern og avdeling rus- og avhengighetsbehandling • Spesialisert fasespesifikk tidlig psykosebehandling suppleres med arbeidsrettede tiltak • FACT-team er implementert i alle seks bydeler som i innhold og dimensjonering legges tettest mulig opp til anbefalt modell • I tråd med hjertefriskprosjektet og kommende pakkeforløp for somatisk helse utarbeides det samarbeidsmodeller med fastleger og bydeler for oppfølging av somatisk helse og intervensjon i forhold til uheldige livsstilsfaktorer • Et felles akuttmottak rus, somatikk, psykiatri på nytt lokalsykehus Aker er realisert • Lukkede døgnplasser er samlokalisert med andre lokalsykehusfunksjoner og akuttpsykiatrisk mottak med tilgang til spesialisert utredning • OUS skal bidra til at DPS er lokalisert i eget opptaksområde og samlokalisert med BUP og ruspoliklinikk

<p>mengde pasienter til å opprettholde og videreutvikle spisset behandlingskompetansen overfor pasienter med de alvorligste førstegangspysykosene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • OUS skal opprette en avdeling for konsultasjons- liaison-psykiatri for voksne som skal gi tjenester til alle somatiske avdelinger i OUS • OUS vil igangsette et eget EPJ-utviklingsarbeid rettet mot psykisk helsevern voksne, BUP og TSB • OUS etablerer tilbud om undervisning for pasienter og pårørende, knyttet til enhets-, seksjons- eller avdelingsnivå • OUS utvikler interaktive verktøy (apper) som muliggjør tilgang på informasjon som er individuelt tilpasset • OUS vil utvikle et tjenlig e-helsetilbud • OUS vil etablere ambulante akuttenheter som har åpent på kveld/helg med spesialistdekning og tilgang til akuttsenger på DPS – mål 2-4 senger på hvert DPS • OUS etablerer flere brukerstyrte døgnplasser • OUS prøver ut dagtilbud til pasienter med alvorlig langvarig psykisk lidelse i samarbeid med bydeler • OUS bidrar til at det etableres FACT-team i alle seks bydeler som i innhold og dimensjonering legges tettest mulig opp til anbefalt modell 	
---	--

4.5.3 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er et ungt fag i spesialisthelsetjenesten som bygger på ny kunnskap samt mange års erfaringsbasert kompetanse. Det finnes i dag forskningsbasert kunnskap som ennå ikke er tatt i bruk i klinikken, samtidig som mange grunnleggende spørsmål fortsatt må studeres.

Sykdomsutvikling

Det forventes at pasientmengden vil øke i takt med befolkningsveksten. Parallelt med at vi får en stadig eldre befolkning, blir også ruspasientene eldre. Pasientgruppen vil dermed i økende grad ha somatiske aldersrelaterte sykdommer, samt sykdommer som skyldes langvarig belastning gjennom mange år med rusbruk.

Fagets utvikling

OUS skal behandle pasienter med stadig mer sammensatte vansker som trenger spesialistkompetanse innen både rusbehandling, psykologi/psykiatri og somatikk, i tillegg til betydelig sosial oppfølging. Det er avgjørende at TSB OUS optimaliserer samhandlingen med kommunen og med de ulike andre områdene i spesialisthelsetjenesten. Alle pasienter som er i behov av hjelp skal oppleve at veien til spesialisert rusbehandling er kort. Barrierene til behandling for denne sårbare pasientgruppen må bygges ned. OUS har basistjenester for en helhetlig pasientbehandling i TSB. Disse basistjenestene inkluderer akutt-tjenester, avgiftningstjenester, noe ambulante tjenester, døgnbehandling og lett tilgjengelige polikliniske tjenester. OUS skal etablere effektive, standardiserte og samtidig individuelt tilpassede behandlingsforløp, med økende bruk av e-helsetjenester som et

supplement til ordinære tiltak i spesialisthelsetjenesten. Anbefalinger i retningslinjer og behandlingsveiledere må implementeres og kvaliteten i basistjenester skal videreutvikles og styrkes. Det er behov for en langsiktig og strategisk satsning på forskning i TSB OUS, med en forutsigbar oppbygging av infrastruktur og tildeling av ressurser til dette formålet.

Globalt og nasjonalt er det en fagpolitisk diskusjon og utvikling i retning mot avkriminalisering for besittelse av illegale rusmidler til eget bruk. Flere land med slike lovendringer har hatt en dreining vekk fra justis over på helse når personer anholdes for mindre narkotikarelaterte forseelser. TSB OUS støtter en videreføring av statens restriktive ruspolitikk, da dette trolig virker forebyggende på nivået av problematisk rusbruk i befolkningen. Samtidig virker det hensiktsmessig med en styrt og faglig støttet dreining vekk fra straff over til behandling som respons på mindre narkotikarelaterte forseelser. Tiltaket forutsetter en ressursforskyvning fra justis til helse.

Organisering av pasientbehandlingen

De kommende årene må TSB OUS ha fokus på implementering av evidensbaserte tiltak og behandlingsveiledere. Vi jobber mot standardiserte tilbud knyttet til kartlegging, utredning og behandling, individuelt tilpasset hver enkeltpasients problemer, ressurser, situasjon og preferanser.

Med standardisert behandlingstilbud menes at pasienten som et minimum skal sikres et modulbasert tilbud i kronologisk rekkefølge ut fra best mulig kunnskap. Kvaliteten på basistjenestene skal være standardisert på tvers av de ulike seksjonene og de ulike ansatte.

For å kunne nå flest mulig hjelpetrengende må tjenestetilbudet komme nærmere pasienten. Tjenester må kunne tilbys i hjemmet allerede fra det øyeblikk behovet melder seg. Digitaliserte tjenester som strekker seg utover informasjonsbehovet og som kan bidra til en rask og enkel kartlegging av pasientens plager og behov må tas i bruk.

Mellomlangsigte tiltak (-2025)	Langsiktige tiltak (-2035)
<ul style="list-style-type: none"> • OUS skal utvikle et helhetlig, standardisert modulbasert behandlingstilbud med kronologisk rekkefølge. • OUS skal legge til rette for at pasientens hjemmesituasjon i økende grad kan fungere som utgangspunkt for behandling • OUS skal utvikle og ta i bruk digitale tjenesteverktøy for å heve kvaliteten og forenkle tjenestetilbudene. • For å realisere helhetlige forløp og sikre overganger fremfor gjentatte akuttinnleggelses skal OUS optimalisere organiseringen av basistjenester, som akutt-tjenester, avgiftningstjenester, ambulante tjenester, døgntilbud og lett tilgjengelige polikliniske tjenester. • OUS skal utvide og videreutvikle poliklinisk tjenestetilbud inklusive ambulerende arenafleksible tjenester. • OUS skal legge til rette for implementering av digitale feedbackverktøy for å styrke brukermedvirkning på individnivå og hindre drop-out. • OUS utvikler et differensiert tilbud for pårørende. Det kan dreie seg om et familiefokus i behandlingen av pasienten, eller selvstendige behandlingstilbud, enten i grupper eller individuelt • OUS vil implementere allerede kjente gode 	<ul style="list-style-type: none"> • OUS har en pasientflyt hvor all døgntilbud starter og slutter i poliklinikk • OUS skal legge til rette for informasjonsformidling allerede i pasientens hjem, gjennom digitale tjenester. • OUS har etablert en systematisk utfallsmåling for tverrfaglig spesialisert rusbehandling • OUS ønsker å implementere et felles journalsystem i samarbeid med primærhelsetjenesten • OUS skal jobbe for utvikling av et journalsystem som automatisk opplyser om henvisningsbehov, enten ved kobling til diagnoser, eller ved kobling til prøvesvar. • Rusakuttmottak er lokalisert sammen med felles akuttmottak for psykisk helse og somatikk i funksjonell nærhet til storbylegevakt i nytt lokalsykehus

<p>tiltak for utredning og behandling av avhengighetslidelser</p> <ul style="list-style-type: none"> • OUS vil videreutvikle gjensidig forpliktende samarbeid med det somatiske fagfeltet, slik at pasienter som behandles i somatikken for rusrelaterte hendelser og tilstander tilbys hjelp for sin ruslidelse og motsatt • OUS vil i nært samarbeid med primærhelsetjenesten og tjenestetilbudet i Oslo kommune, sikre oppfølging etter endt spesialistbehandling for å forebygge tilbakefall til rus • OUS vil etablere samhandlingsarenaer ved ambulerende, arenafleksible FACT-team/RUSFACT team, ev. samdrift og samlokalisering med kommunale tjenester i Oslo. • OUS ønsker å inkorporere likemannsarbeid sterkere i behandlingstilbudet. Det er også behov for at brukermedvirkning på systemnivå videreføres og forsterkes i utforming av tjenestene 	
---	--

4.6 Habilitering og rehabilitering

Pasientens helsetjeneste innen habilitering og rehabilitering som tilbys på Oslo universitetssykehus i dag og i fremtiden tar utgangspunkt i ny definisjon av rehabilitering og habilitering.

«Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i brukerens livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser mellom bruker, pårørende, tjenesteytere og på relevante arenaer. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak fra aktørene. Formålet er at brukeren, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.»

Sykdomsutvikling og rehabiliteringsbehov

Det er i dag svært mange pasienter og diagnosegrupper som er i behov av rehabilitering. I OUS vil tyngdepunktet utgjøres av høyt spesialisert rehabilitering i OUS i tidlig fase for pasienter innlagt akutt i sykehusene med komplekse problemstillinger. Det er behov for spesialisert kompetanse og tverrfaglighet, men også koordinert oppfølging. I tråd med ny definisjon av rehabilitering, som vektlegger brukerens livssituasjon og mål, vil det også være behov for oppfølgende rådgivning til kommunen og rehabilitering i senere faser.

Fagets utvikling og organisering av pasientbehandlingen

Strategisk mål for 2035: *«en dør inn» og tilbud om koordinert, sammenhengende og kunnskapsbasert rehabilitering til alle pasienter med behov for slike tjenester.*

Overordnet tiltak: *Etablere et rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt/Senter for spesialisert rehabilitering, forskning og innovasjon i OUS.*

Særskilte utviklingsområder frem mot 2035

Endringsfaktor	Mellomlangstiktige tiltak (-2025)	Langsiktige tiltak (-2035)
<ul style="list-style-type: none"> • OUS antas å bli «en dør inn» for akutt hjerneslag, og vil dermed ta imot et økende antall hjerneslag kommende år i tillegg til forventet økning i kraft av alderssammensetningen. Pakkeforløpet vil bidra til behovskartlegging, krav om rehabiliteringstilbud og langsiktige behandlingslinjer. • I henhold til Nasjonal traumeplan 2015 skal pasienter med hodeskade, multitraume/traumatiske amputasjoner ha tidlig, intensiv og kontinuerlig rehabilitering med opprettelse av intermedisær enheter og direkte overflytting til spesialisert rehabilitering i definerte regionale avdelinger uten å gå veien om lokalsykehus • Utvikling i behandling av hjernetumor antas å gi en økning i antall overlevende pasienter med kognitive funksjonsutfall 	<ul style="list-style-type: none"> • OUS vil ta ansvar for koordinering av forløp, samt koordineringsfunksjonene som kan etableres, som bindeledd internt og eksternt • OUS vil bidra til av koordineringsfunksjonen har oversikt over tilgjengelig kompetanse og kapasitet og være en begynnelse på et faglig tyngdepunkt og tydeliggjøring av rehabiliteringsfeltet • OUS vil bidra til å få bedre og mer oversiktlig rehabilitering med likeverdige behandlingsforløp basert på behov for rehabilitering <u>uavhengig av diagnose</u> • OUS vil bidra til at arbeidet startes gjennom å forene spesialist- og kommunehelsetjenesten for felles kompetanse og tilbud/plan for den enkelte, og forankre dette i samarbeidsavtalene • OUS vil arbeide for at behovet for veiledning konkretiseres, både mot samarbeidende instanser og brukere • OUS vil bidra til at brukere i større grad bli likeverdige partnere i mål og innhold i rehabiliteringsløpene, både på individ og systemnivå • OUS vil bidra til at digitalisering og elektronisk fremskritt integreres og nyttiggjøres der dette er mulig 	<ul style="list-style-type: none"> • OUS ønsker å etablere et senter for rehabilitering hvor «En-dør-inn» i OUS er akutt mottaket • Rehabiliteringssenter har en koordineringsfunksjon • OUS vil etablere flere rehabiliteringssenger i rehabiliteringssenter • OUS ønsker at senteret også er ansvarlig for samordning av kunnskap og kompetanseutveksling mot samarbeidende instanser. • OUS vil etablere telemedisinske løsninger slik at senteret kan utøve veiledning både av helsepersonell og brukere for valg av effektive og gode intervensjoner • OUS ønsker at senteret er et forsknings- og innovasjonssenter for implementering og utprøving av ny kunnskap innenfor spesialisert rehabilitering

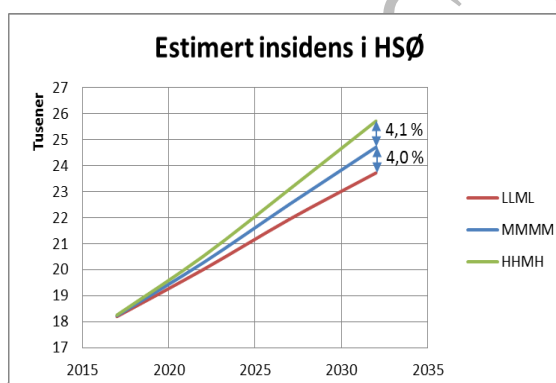
4.7 Kreftbehandling

Oslo universitetssykehus ivaretar kreftbehandling både på lokal- og områdesykehusnivå, regionsykehusnivå og i noen situasjoner også gjennom nasjonale behandlingstjenester. Utredning, behandling og oppfølging gjennomføres i hovedsak i et nært samarbeid med andre lokalsykehus i regionen og med primærhelsetjenesten. Krefthyppigheten vil øke i tiden framover, det vil skje en betydelig medisinsk faglig utvikling og funksjons- og oppgavedelingen i helsetjenesten vil endres.

Sykdomsutvikling

Kreftinsidensen for alle kreftformer samlet øker, i hovedsak som følge av økt folketall og alderssammensetningen i befolkningen. Insidensutviklingen i HSØ er nylig beregnet fram til 2032 i rapporten «Oppfølging av stråleterapikapasiteten i Helse Sør-Øst (30.4.17)».

En enkel framskriving tilsier at kreftinsidensen i HSØ i 2035 vil være i størrelsesorden 26 000, dvs. en økning på omtrent 40 % fra dagens nivå. Utviklingen varierer mellom kreftformene. De siste årene er det hos menn særlig ondartet føflekkreft, annen hudkreft, lymfekreft, blodkreft og kreft i skjoldbruskkjertel som har økt i antall nye tilfeller, mens det hos kvinner særlig har vært lungekreft og kreft i urinveier som har økt, i tillegg til økning i antall tilfeller av lymfekreft, blodkreft, kreft i skjoldbruskkjertel, ondartet føflekkreft og annen hudkreft. Forekomsten av gynekologiske kreftformer er svakt fallende, og forekomsten av lungekreft er fallende blant kvinner i yngre aldersgrupper. For menn har forekomsten av lungekreft og prostatakreft vært fallende den siste femårsperioden.



Fagets utvikling

Kirurgisk behandling

- Hovedtrekkene innen kirurgisk kreftbehandling vil være økt spesialisering, fortsatt dreining mot mini-invasiv kirurgi og større krav til både teknologisk og kirurgisk kompetanse. Dette stiller store krav til opplæring og volum, og teknisk og utstyrskrevede inngrep må samles i større sentra.
- Antall *kreftoperasjoner* i HSØ, angitt som andel av antall nye krefttilfeller (insidens) samme år, var i perioden 2014-16 i underkant av 60 %. Andelen kreftpasienter som behandles med kirurgi eller andre invasive prosedyrer, vil mest sannsynlig øke fordi kompetanse og utvikling vil gjøre det mulig å tilby kirurgi til flere, og også i større grad ved tilbakefall. Kombinasjon av intervensjonsprosedyrer og mini-invasiv kirurgi vil gjøre det mulig å redusere antall behandlingssekvenser. Det vil også innebære at radiologene vil få en viktigere rolle innen operativ behandling. Kombinasjonsbehandling i form av cellegift, strålebehandling og kirurgi vil øke. Innen noen områder vil onkologisk behandling kunne redusere behovet for kirurgi, på andre områder vil kombinasjonsbehandling føre til at kirurgien kan gjøres mindre omfattende.
- Investeringsbehovet vil være en kraftig driver for økt *sentralisering* og kompetansekravet vil gi økende *spesialisering*. Dette kan redusere omfanget av kreftkirurgi ved mindre sykehus, men vil ventelig øke omfanget ved OUS. Håndtering av alvorlige komplikasjoner med behov for spesialisert intensivbehandling, reoperasjoner og intervensjonsprosedyrer vil ventelig øke

belastningen på OUS. Et økt samarbeid i regionen bør i noen grad kunne motvirke denne utviklingen.

- Morgendagens operasjoner vil innebære økt bruk av bildeteknikker som veiledning under inngrep, også innen ordinær kirurgi. Dette vil kreve flere teknologitunge *operasjonsstuer*, med mange intervensjonsstuer. Teknologisk utvikling vil skje raskere og kreve en hyppigere utskiftingstakt av utstyret. Utstyret vil også kreve at hver operasjonsstue har større areal enn i dag. Teknologiske investeringer av et slikt omfang vil kreve at utstyret utnyttes flere timer per dag og uke enn det som er praksis i dag.
- *Robotassistert kirurgi* har vært omdiskutert grunnet kostnader og lite evidens for bedre resultater enn ved konvensjonell intervensjon. Imidlertid foreligger det økende evidens for at robot som plattform for mini-invasiv kirurgi vil kunne korte opplæringstiden og bedre supervisjon under opplæring. Dette vil medføre at flere kirurger vil kunne tilegne seg kompetanse på et høyt nivå og vil også bidra til å redusere variasjon. Antall roboter vil ventelig øke kraftig de neste 10 år. Det vil skje en videre teknologisk utviklingen innen robot-plattformen.

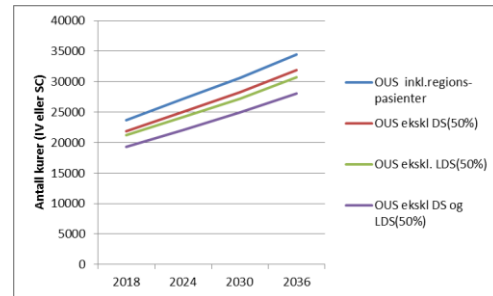
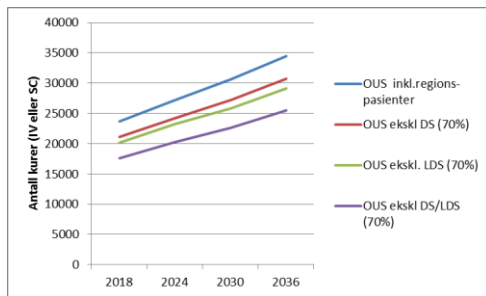
Strålebehandling

- Det er ventet at omfanget av strålebehandling fortsatt vil øke i regionen fram til 2035, selv om det vil foreligge ytterligere framskritt både innen kirurgi og medikamentell behandling.
- *Strålebehandlingen ved OUS* fram til 2035 vil være preget av betydelige endringer av kapasitetsbehovet knyttet til oppbygging av stråleterapitilbud i andre sykehusområder i regionen. Som det fremgår av rapporten «Oppfølging av stråleterapikapasiteten i Helse Sør-Øst» vil OUS kunne redusere antall lineærakseleratorer fra 17 til 9 når utbygging av stråleterapi er gjennomført i de andre sykehusområder i regionen. OUS vil imidlertid videreføre sin regionsfunksjon for sjeldne sykdommer og særlig kompliserte behandlingsopplegg. Det er sannsynlig at dette også fram mot 2035 vil representere om lag 20 % av behandlingsseriene i regionen. Disse seriene vil trolig få økt kompleksitet. Etablering av protonterapi ved OUS vil bidra ytterligere til dette, med økt behov for personell og kompetanse.
- Den *teknologiske utviklingen* vil gi fortsatt forbedring av posisjonskontroll, med økt mulighet til høyere dose til tumor uten økte bivirkninger, eller uendret dose, med færre bivirkninger. Nytt utstyr gir mulighet til enklere og raskere gjennomføring av behandling, og kan derved redusere behovet for antall behandlingsmaskiner. Dette motvirkes imidlertid av at ny teknologi også gir mulighet til mer pasienttilpasset behandling, som ofte krever mer planleggingsressurser (personale og teknisk utstyrskapasitet), og som kan kreve mer tid ved hver behandlingsfraksjon. Etablering av protonterapi ved OUS vil gi betydelige muligheter og utfordringer fram mot 2035. Dette vil kreve teknisk kompetanseoppbygging, klinisk kompetanseutvikling og et stort omfang av kliniske stråleterapistudier for å utvikle evidensgrunnlaget for behandlingen.

Medikamentell behandling

- *Omfanget* av medikamentell behandling ved OUS har siden 2011 økt mer enn kreftinsidensen. Andelen pasienter som er hjemmehørende utenfor Oslo, men får medikamentell behandling ved OUS, har vært stabil fra 2014 til 2016. Økningen i antall kurer i denne perioden skyldes derfor trolig tilgangen på nye medikamenter og nye indikasjoner.

- Kapasitetsbehovet ved OUS vil bli redusert som følge av planlagt *overføring* av deler av behandlingen til Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmets sykehus. Her er angitt forventet antall kurer ved OUS som følge av overføring av 70 % eller 50% av kurene.



- OUS vil videreføre den *regionale oppgavefordelingen*, med regionsfunksjon for sjeldne sykdommer og særlig komplekse behandlinger. Om lag 35% av de medikamentelle kurene som gis ved OUS i dag gis til pasienter med hjemsted utenfor Oslo. OUS vil videreføre en ledende rolle i tidlig utprøving av nye legemidler. Omfanget av dette vil være avhengig av utviklingen av nye kreftmedikamenter.
- Det er sannsynlig at andelen kreftpasienter som får medikamentell kreftbehandling, og antallet behandlingsserier per pasient, vil øke fram mot 2035.
- Økt innsikt i *cellulære molekylære mekanismer* som utløser eller utvikler kreftsykdom har gitt forutsetning for å utvikle målrettede molekyler som kan motvirke disse prosessene, ofte omtalt som målrettet behandling eller presisjonsmedisin. Det er sannsynlig at denne utviklingen fortsatt vil gi viktige bidrag til bedre kreftbehandling. Ofte er disse målrettede preparatene perorale, slik at de i liten grad vil legge beslag på polikliniske behandlingsplasser, men i betydelig grad vil kreve oppfølging både klinisk, biokjemisk og radiologisk.
- Økt innsikt i samspillet mellom kreftsvulst, lokalt miljø og regulering av immunrespons har også gitt viktige behandlingsframskritt de siste årene. Til nå er dette klinisk utnyttet særlig med såkalte sjekkpunkthemmere, som hemmer spesifikke trinn i immunresponsnettverket på en måte som øker immunresponsen mot tumor. Flere slike medikamenter er under utvikling, og kombinasjon med andre medikamenter eller andre modaliteter som strålebehandling, cellegiftbehandling og vaksiner, vil trolig prege utviklingen de neste 5-10 årene.
- I tillegg er det sannsynlig at kunnskapen om hvordan immunceller kan omprogrammeres til celler som effektivt dreper kreftceller (eks. CAR-T-celleteknologi) vil gi viktige behandlingsframskritt fram mot 2035. Denne behandlingen krever en omfattende infrastruktur og kompetanseheving, samt samarbeid med andre fagfelt både for gjennomføring av behandlingen og håndtering av bivirkninger. Dette vil måtte være en sentralisert oppgave.

Diagnostikk

- Behovet for diagnostisk utredning vil øke mer enn kreftinsidensen. Patologiutredningen vil øke både som følge av behov for gjentatte biopsier i sykdomsforløpet og som følge av økte krav til kompleks og omfattende karakterisering av tumor. For å kunne gi pasientene en mer skreddersydd behandling er arbeids- og kompetansekrevene molekylærpatologiske undersøkelser nødvendig.
- Også radiologisk diagnostikk vil gjennomgå en stor teknologisk utvikling fram til 2035. Kapasitetsbehovet vil i stor grad bli styrt av insidensutviklingen, eventuelle

screeningprosjekter og ikke minst økt bruk av medikamentell behandling som krever responseevaluering.

Forskning

- Kreftforskning utgjør en stor del av forskningsaktiviteten ved OUS. Om lag 40% av originale publikasjoner fra OUS er kreftrelaterte artikler. Det er etablert mange samarbeidsprosjekter mellom klinikere, patologer, radiologer og forskere. Dette forskingssamarbeidet bør videreutvikles fram mot 2035.
- For framtidig forskning ved OUS er det sentralt at innhenting av pasientsamtykke og innsamling av materiale til generell kreftbiobank kan skje på en god måte. For klinisk validering av biomarkørfunn, vil opprettelse og vedlikehold av kliniske kvalitetsregistre være nødvendige. Kreftregisteret er i denne sammenheng en helt sentral aktør.
- Den kliniske forskningen fram mot 2035 vil fortsette å være preget av utprøving av nye legemidler, ikke minst innen immunterapi. Klinisk forskning vil også ha større fokus på stråleterapi, herunder kliniske studier innen protonterapi, og forskning innen kirurgi, palliasjon og rehabilitering bør styrkes. Utprøvingen bør bedre integreres med informasjon i kvalitetsregistre.
- Pasientens egen opplevelse av sykdom og behandling vil i økende grad være sentral, også for klinisk forskning. OUS har kompetanse til å bidra i denne utviklingen. Helsetjenesteforskning, herunder forskning innen helseøkonomi, bør øke i omfang, ikke minst på bakgrunn av de betydelige kostnadene som ny kreftbehandling gir.

Digitalisering og pasientmedvirkning

- Ivaretagelse av pasientperspektivet er grunnleggende og overordnet i all utvikling av helsetjeneste. Pasientene stiller i økende grad krav til hvordan plan for utredning, behandling og oppfølging er kommunisert, og til medvirkning ved beslutninger om behandling og dialog med behandlere underveis i forløpet.
- Denne utviklingen vil kreve videreføring og utvikling av flere tiltak. Standardiserte pasientforløp med standardisert skriftlig pasientinformasjon er ett slikt tiltak som er igangsatt og som må videreutvikles og oppdateres dynamisk. Økt tilgjengelighet for kommunikasjon vil kreve flere pasientkoordinatorer og økt bruk av sykepleiere i poliklinikk.
- Den teknologiske utviklingen med økt grad av digitalisering må også utnyttes for å ivareta pasientperspektivet, så langt personvern hensyn tillater. Sikker elektronisk kommunikasjon mellom pasient og behandlere må utvikles. Dette vil kunne bedre kommunikasjonen, og i noen tilfeller spare ressurser i form av færre polikliniske konsultasjoner og innleggelse. På kreftområdet er dette aktuelt både i behandlingsperiodene og i oppfølging etter behandling. Studier viser at dette kan gi bedre pasienttilfredshet og redusere ressursbruk i sykehus. Digitaliseringen vil også kunne gi bedre samhandling med andre sykehus og med primærhelsetjenesten.

Ekstern evaluering

- OUS skal ha sterkt fokus på egen kvalitet og utvikling innen pasientbehandling og forskning, og betydningen av ekstern evaluering og rådgivning understrekes. Dette inkluderer aktiv og jevnlig bruk av OUS sine Scientific Advisory Boards, samt bruk av eksterne validerte akkrediteringsprosesser. Gjennomførte eksempler på det siste innen OUS er JACIE-akkrediteringen av celleterapi og OECE-akkrediteringen av både pasientbehandling og forskning innen hele kreftområdet. Eksterne evalueringer og formelle akkrediteringsprosesser bør brukes i økende grad i fremtiden.

Comprehensive Cancer Centre (CCC)

- Diagnostikk, behandling og forskning innen kreftområdet er i sterk utvikling og er avhengig av et nært samarbeid mellom flere legespesialiteter, andre helseprofesjoner og forskere. OUS har fått godkjenning som Europeisk Comprehensive Cancer Centre (CCC) der etableringen av et koordinerende kreftstyre i sykehuset på tvers av avdelinger og klinikker er sentralt. Videreutvikling og styrking av kreftsentremodellen vil være viktig for kreftvirksomheten i årene fram mot 2035, både innad i OUS og utad nasjonalt og internasjonalt.

Funksjons- og oppgavefordeling

- OUS har regionsfunksjon for *kirurgisk behandling* av gynekologisk kreft, hode-halskreft inkl. sjeldne eller avanserte tilfeller av kreft i skjoldbruskkjertel, kreft i spiserør, bukspyttkjertel, lever og galleveier, analkanal, lokalavansert brystkreft, sarkom og testikkelkreftspredning. I tillegg er kirurgisk behandling av lungekreft og kreft i magesekk samlet til OUS og Akershus universitetssykehus, mens kreft i urinblære blir operert på tre sykehus i regionen. Bortsett fra en mulig samling av kirurgi ved kreft i magesekk til OUS, ser sykehuset per i dag ikke behov for endringer i denne fordelingen. Situasjonen kan imidlertid endre seg fram til 2035.
- *Strålebehandling* med kurativ intensjon ved kreft i hode-halsområdet inkludert kreft i skjoldbruskkjertel, spiserør, kreft i analkanal, lymfekreft, sarkom, testikkelkreft, lokalavansert brystkreft og gynekologisk kreft er samlet regionalt ved OUS. Dette representerer i størrelsesorden 15-20 % av strålebehandlingsframmøtene i regionen. OUS gir i tillegg enkelte sjeldne, avanserte strålebehandlingsopplegg ved andre indikasjoner. Denne praksisen bør opprettholdes også etter at stråleterapi desentraliseres til flere sykehus i regionen. Etablering av protonterapi ved OUS vil nødvendigvis være et regionalisert tilbud.
- Regionaliseringen av *medikamentell onkologisk behandling* (i tillegg til regionalisert behandling av blodkreft) er stort sett samsvarende med tilstandene der også strålebehandlingen er regionalisert, men med betydelig innslag av igangsetting ved OUS og videreføring av behandlingen ved lokalsykehus. Denne praksisen bør videreføres. I tillegg har OUS som eneste sykehus i regionen en tidligutprøvningsenhet for medikamentell behandling. Dette innebærer at OUS ofte får erfaring med nye behandlingsopplegg først, og derved også får aktuelle pasienter henvist fra andre sykehus. Når kliniske studier på senere stadium er tilgjengelige ved lokalsykehuset, eller behandlingen blir rutinebehandling, overføres behandlingen dit. Også denne praksisen bør videreføres.
- OUS er lokalsykehus for en stor del av Oslos befolkning. Oppgavedelingen med den *kommunale helse- og omsorgstjenesten* må ha et stort fokus i årene fremover. Kreftpasienter er ofte til behandling i sykehuset i perioder og spesielt i de behandlingsfrie periodene er kontakten med primærhelsetjenesten viktig. Det gjelder oppfølging av sykdoms- og behandlingsrelaterte plager og ikke minst psykososial oppfølging. Stadig mer av den medikamentelle behandling gis peroralt, noe som gjør at pasientens kontakt med sykehuset er sjeldnere. Oppfølgingen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er også særdeles viktig etter avsluttet behandling, enten pasienten er sykdomsfri eller har sykdom og er i en palliativ fase. Digitaliseringen bør i framtiden gi langt bedre muligheter for god kommunikasjon mellom sykehuset og primærhelsetjenesten.

Kompetanse

- Endringer i kompetansebehov er i stor grad styrt av den teknologiske utviklingen. Bruk av robotassistert kirurgi vil kunne korte opplæringstiden, forenkle supervisjon under opplæring og føre til at flere kirurger vil kunne tilegne seg kompetanse på et høyt nivå, med redusert variasjon. Samtidig kan nye intervensjonsprosedyrer føre til at radiologer får en større rolle ved gjennomføring av operasjoner.
- Ved strålebehandling vil det være økt behov for subspecialisering på grunn av økt kompleksitet og ulikheter i behandlingsopplegg ved ulike kreftformer og indikasjoner. Også her vil det bli økt behov for radiologisk kompetanse. Samarbeidet mellom onkologer, stråleterapeuter og fysikere må styrkes, både på grunn av økt persontilpasset og presis behandling og innføring av protonterapi.
- For rasjonell bruk av nye medikamentelle muligheter må legenes kompetanse om det biomedisinske grunnlaget for behandlingen styrkes, samtidig som patologer, radiologer, molekylærbiologer, statistikere og genetikere vil få en større rolle. Etablering av komplisert immunterapi vil kreve involvering og kompetanseheving innen flere fagfelt. Bivirkningsprofilen ved immumodulerende behandlinger er annerledes enn ved tradisjonell cellegiftbehandling, og vil stille økte krav til samarbeid om pasientene med andre medisinske spesialiteter, som endokrinologi, kardiologi, nefrologi, gastroenterologi og lungemedisin, for å diagnostisere og behandle komplikasjonene adekvat.
- Pasientkommunikasjonen vil kreve økt teknologisk kompetanse for etablering og vedlikehold av sikre informasjonsløsninger, samt økt kompetanse innen koordinering og pasientkommunikasjon.
- Kompetansekravene blir i mange tilfeller så spesialiserte at de ikke kan dekkes alene gjennom etablerte spesialitetsutdanninger. Rekruttering og utdanning må derfor i økende grad skje målrettet og strukturert internt ved OUS. Endringene i legespesialistutdanningen vil forsterke dette behovet.
- Bemanningsbehovet følger i stor grad aktivitetsendringene som er beskrevet ovenfor. Teknologiske løsninger gir i en del tilfeller effektivisering, mens krav til informasjon og oppfølging av pasienter og pårørende, håndtering av nye typer bivirkninger og mer komplekse og persontilpassede behandlingsopplegg kan trekke i motsatt retning.
- Personalgruppene som har stråleterapi som sentral hovedoppgave (stråleterapeuter, fysikere, ingeniører, leger) vil bli berørt av endringene som er angitt ovenfor ved økt desentralisering av stråleterapi i regionen. Oppbygging av protonsenters vil kreve ny kompetanse. Endringer i medikamentell behandling vil påvirke behov både for leger og sykepleiere.

4.8 Nevrofaget

Sykdommene som rammer nervesystemet, representerer en av de største sykdomsgruppene i den europeiske og i den norske befolkningen. Helt ferske tall som er trukket ut av WHO's register over «Global burden of disease» bekrefter at hjernesykdommene er årsak til 30-40 % av den totale sykdomsbyrden i den norske befolkningen. Hjernesykdommene omfatter blant annet akutte, livstruende tilstander som hjerneslag (infarkter og blødninger), svulster, alvorlige krampeanfoll og pustestans grunnet nevrologisk svikt, kroniske sykdommer (hodepine og migrene, nakke- og

ryggplager) og progressive neurologiske lidelser (demens, multipel sklerose, epilepsi og Parkinsons sykdom). De omfatter også medfødte eller tidlig ervervede sykdommer som fører til psykisk utviklingshemning, utviklingsforstyrrelser og ofte alvorlig adferdsproblematikk med redusert livskvalitet.

Sykdomsutvikling

Nevrofaget har nå blitt så komplekst, mulighetene og viktigheten av detaljert diagnostikk og spesifikk behandling så stor, at det i økende grad kan bli vanskelig for førstelinjetjenesten å håndtere selv enkle og vanlige neurologiske lidelser. Enten må det utarbeides brukervennlige algoritmer til bruk i førstelinjetjenesten, eller så må spesialisthelsetjenesten overta en større del av ansvaret for pasienter som fram til nå har vært håndtert av fastleger og legevakt.

Stadig bedre diagnostiske metoder gir mulighet for mer spesifikk og persontilpasset behandling, men dette gjør det også mer arbeidskrevende å utrede hver enkelt pasient. Pasientene vil dessuten stadig oftere få avansert behandling med risiko for alvorlige bivirkninger og har behov hyppig og langtids spesialistoppfølging. Mange får også alvorlige neurologiske skader, som krever tilpasset oppfølging og rehabilitering. Bedre behandling medfører at flere overlever og vil få et langt liv med kroniske neurologiske følgetilstander. Bedre behandlingsmuligheter også ved medfødte og tidlig ervervede sykdommer medfører at pasienter vokser opp og vil trenge livslang behandling og omsorg. På denne bakgrunn er det et stort behov for bedre kapasitet og kvalitet i oppfølgingen av de neurologiske sykdommene. Antall pasienter som krever regelmessig neurologisk oppfølging over lang tid vil øke. Samtidig fører normal variasjon og falske positive prøvesvar til behov for utredning av mennesker som viser seg å være friske mht. neurologisk sykdom.

Den tradisjonelle modellen med triagering og siling av pasienter, fra førstelinjetjeneste og videre oppover i systemet fram til neurologisk spesialistkompetanse, er ikke alltid brukbar. For mange tilstander vil behandling kunne ha dramatisk effekt, forutsatt at den settes inn tidlig. Disse pasientene må direkte til neurologisk vurdering, uten forsinkende mellomledd.

Innenfor nevrofaget finnes det komplekse pasienter og grupper pasienter som ikke passer inn i et forventet forløp slik som mange pasientgrupper gjør. Det er viktig å jobbe med forventet forløp innenfor de grupper med nevropasienter der det er hensiktsmessig, men samtidig må vi sørge for riktig behandling til de som ikke passer inn i noe forløp.

Nevrofagets utvikling

Det har gjennom de siste 10-20 årene vært en enorm utvikling i behandlingsmulighetene for mange av de neurologiske sykdommene.

Store fremskritt i grunnleggende- og klinisk neurologisk forskning har banet vei for disse nye behandlingsmulighetene og krever mer spesialisert oppfølging. For flere av de nevnte sykdomsgruppene vil tverrfaglige subspecialiserte enheter være eneste måten å sikre optimal behandling og oppfølging på.

Det er helt avgjørende for hele nevrofaget at muligheter for forskning, både kliniske studier, translasjonsstudier og bruker-orienterte studier, integreres i den kliniske virksomheten for å sikre et best mulig og oppdatert tilbud til pasientene.

Pasientgrunnlaget innenfor nevrokirurgi (regionsfunksjon) er per nå 2.95 mill innbyggere i Helse Sør-Øst. I følge befolkningsframskriving (metode MMMM) vil pasientgrunnlaget øke til 3,2 mill i 2020. Avdelingen er lokalisert ved Ullevål og Rikshospitalet med 9 fagseksjoner: Vaskulær, hydrocephalus, barn, tumor, spinal, nevrottraume, funksjonell, klinisk nevrofysiologi, Vilhelm Magnus Forskningslab. Avdelingen har også landsfunksjoner som det er naturlig å beholde i fremtiden.

En ny sykehusdrift må ta høyde for betydelig økt behandlingsbehov i befolkningen koblet både til fagets utvikling, populasjonsgrunnlaget og alderssammensetningen.

I påvente av nytt sykehusbygg innen 2035 planlegges fortsatt nevrokirurgisk virksomhet ved begge lokalisasjoner. I årene 2018-2025 vil derfor nevrokirurgisk avdeling jobbe videre med å sikre lik behandling til like diagnosegrupper. Pasientgrupper med sjeldne diagnoser skal behandles av spisskompetente team.

Organisering av pasientbehandlingen

Alle utviklingsområdene kommer til å forandre både avdelingenes drift, utdanningsbehovet innenfor alle spesialiteter, investeringsbehovene og pasientforløpene. Det vil bli viktig å øke nevrokompetansen i alle helsefaglige utdanninger.

Store investeringer på løsninger innen blant annet diagnostikk, nevronavigasjon, DBS, immunterapi og preoperative funksjonelle MR utredninger vil være nødvendig for å være et fremragende sykehus. Det vil også være viktig med større fokus på videreutdanning av helsepersonell for å møte den teknologiske utviklingen.

Mellomlangsigte tiltak (-2025)	Langsigte tiltak (-2035)
<ul style="list-style-type: none"> • OUS vil videreutvikle tverrfaglig Nevropoliklinikk og dagenhet samt annen dagbehandling innenfor nevrologi/ nevrokirurgi • OUS vil legge til rette for en god ansvars- og oppgavefordeling mellom helsepersonell i en slik enhet • OUS vil forbedre behandlingsforløpet for pasienter med hjerneslag • OUS vil etablere et slagsenter hvor all behandling av hjerneslag er samlet et sted for Oslo befolkningen • OUS vil utrede og etablere mulighet for poliklinisk telefonkonsultasjon for nevrokirurgiske pasienter • OUS vil videreutvikle modellen til ParkinsonNet til bruk innenfor andre diagnoser i nevrofaget. Modellen er moderne, brukerorientert, tverrfaglig organisert og har blant annet som mål å etablere effektiv kommunikasjon mellom behandlere i spesialisthelsetjenesten og kommunene • OUS vil bidra til å definere pasientforløp for alle hovedgrupper av nevrologiske pasienter, med algoritmer for håndtering av nevrologiske pasienter i førstelinjetjenesten for utredning, behandling og kriterier for videre henvisning • OUS vil utvikle og bruke digitale verktøy som letter pasientrapportering (App'er, nettsider etc.) • OUS vil videreutvikle digitale løsninger for enkle pasient spørsmål (funksjonell web-portal og andre løsninger) • OUS vil sikre klinisk vurdering, sengeplasser og tid for komplekse utredninger når det er nødvendig • OUS vil videreutvikle spesialisert, tverrfaglig tjeneste for nevrogenetikk med teknologiske ressurser og kompetanse til å analysere og tolke komplekse genetiske data og omsette dette i klinisk relevant innsikt til hjelp i oppfølgingen av 	<ul style="list-style-type: none"> • OUS vil bidra til en dagenhet som et bindeledd mellom primærhelsetjenesten, og spesialisthelsetjenesten som kan føre til et bedre samarbeid og mer strømlinjeformede pasientforløp • OUS ser for seg at en slik dagenhet også kan bidra til at behandling skjer hjemme eller så nær hjemmet som mulig. • OUS vil bidra til at det i 2035 finnes nettbaserte løsninger slik at pasienter i forkant av innleggelse kan sende inn opptak av anfallsepisoder, og andre relevante symptomer • OUS vil bidra til at elektiv utredning og behandling vil være spesialisert og tilpasset den enkelte. Pasientene vil være genetisk kartlagt før utredningen starter på sykehusene. Genetikken til pasientene vil fortelle hva pasientene er disponert for slik at videre utredning blir mer målrettet. • OUS vil bidra til at resultater av diagnostiske prøver vil i stor grad bli analysert av kunstig intelligens (AI) som hjelper legene med å foreslå diagnoser og behandling

<p>den enkelte pasient</p> <ul style="list-style-type: none"> • OUS vil utrede muligheten for pasientstyrt kontroll poliklinikk for enkelte pasientgrupper • OUS vil videreutvikle preoperativ-poliklinikk (prepol), hvor all utredning og prøvetagning må kunne tilbys uten at pasienten må legges inn i avdelingen • OUS vil bidra til at primærhelsetjenesten deltar i team for å bestemme behandlingsplan og ansvar for oppfølging – må fasiliteters gjennom justerte finansieringsformer. • OUS skal sikre at tidlig rehabilitering for nevropasienter i akutt fase fortsatt skjer bedside fra dag 1 etter sykdomsdebut. 	
---	--

4.9 Indremedisinske sykdommer

Indremedisin er et stort fagområde som består av pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp. Med stadig flere eldre i befolkningen, vil pasientbehandlingen bli mer komplisert, da de eldre i dag ikke bare blir lagt inn med hjertesvikt. Eldre pasienter i 2035 vil oftere ha behov for dialyse, KOLS-behandling, oppfølging av diabetes, hjertesvikt, kreft og en rekke andre sykdommer og plager. Sykdomsbildet for den enkelte pasient vil ofte være svært sammensatt. I lys av dette vil det indremedisinske fagområdet også i framtiden være stort og omfattende med store pasientgrupper med akutte og kroniske behov.

Sykdomsutviklingen tilsier at behovet for senger vil øke tross implementering av gode samarbeidsrutiner og samhandling, avansert teknologi og gode innovasjoner. Dette betyr at parallelt med innovasjon, teknologi og avansert behandling må en også sikre tilstrekkelig kvalitet og kompetanse i behandlingen av denne pasientgruppen.

Indremedisin er et fagområde som er svært sentralt i de største akutte pasientforløp i OUS, samtidig som det har store volum av poliklinisk behandling. Sammen skal fagområdet ivareta den økende gruppe av eldre, multisyke pasienter med sykdom i flere organsystem som krever samarbeid mellom fagområdene og samtidig ivaretar fagutvikling og forskning slik at nye, avanserte behandlinger kan etableres.

Sykdoms- og fagutvikling

Frem mot 2035 må OUS ta i bruk ny teknologi og alternative arenaer for pasientbehandling, og optimalisere samarbeid og samhandling både innenfor og utenfor spesialisthelsetjenesten. Samtidig vil demografi og akkumulering av sykkelighet hos stadig flere pasienter føre til et økende behov for sykehussenger. Selv om en kan forvente en reduksjon i den relative forekomst av behovet for sykehussenger og relativt sett færre innleggelser vil det absolutte tallet for innleggelser og behovet senger kunne øke.

Det er en rekke «drivere» og «dempere» som påvirker sykdomsutviklingen frem mot 2035. En aldrende befolkning, forbyggende helsetjenester og demografi vil være viktige drivere for å øke den indremedisinske pasientpopulasjonen. Samtidig vil (forhåpentligvis) ny teknologi, private aktører og en større andel brukerdrevne aktiviteter bidra til å redusere behovet fra spesialisthelsetjenesten.

Det estimeres at den indremedisinske pasienten i 2035 vil kunne ha fem kjennetegn:

A. Pasienter med sykdommer i flere organsystem samtidig

Dersom utviklingen av sykkelighet og aldring fra de siste 30 år fortsetter, vil en forvente at gjennomsnittlig levealder øker med 3 til 5 år (2-3 måneder per år). Det er en reduksjon i død og økt overlevelse for mange sykdommer (eks hjerteinfarkt, kreft) og flere lever lenger med kronisk sykdom. Mange vil leve med flere kroniske sykdommer, og ved sykehusinnleggelse vil symptomer fa flere organsystem dominere. Dette krever godt samarbeid mellom de indremedisinske fagområdene.

B. Stor andel av øyeblikkelig hjelp

Innleggelse til døgnopphold for det store volumet av indremedisinske pasienter vil fortsatt være preget av øyeblikkelig hjelp. Ulike tiltak for å redusere innleggelser skjer i dag og det vil fortsette å skje. Dette setter også i framtiden krav til god kapasitet samarbeid og logistikk.

C. Pasienter som legges inn som øyeblikkelig-hjelp er mer krevende

Økt omfang av ø-hjelps pasienter, også på grunn av akkumulering av antall pasienter som settes på immundempende medisiner eller har implantater med infeksjonsrisiko. Pasientene som legges inn vil være sykere enn tidligere (ønsket utvikling og i tråd med Samhandlingsreformen). Dette gir en ekstra utfordring på de indremedisinske intensivene, og når disse er fulle, økt belastning av syke pasienter på sengepost. Fokus på spesifikke akutte pasientforløp (sepsis, slag, hjerteinfarkt) gir utfordring til pasientgrupper som faller utenfor slike forløp.

D. Fortsatt behov for døgnenger i spesialisthelsetjenesten

Økning av forventet levealder er et resultat av både primær- og sekundærforebygging, samt behandling av akutt sykdom og dens komplikasjoner. Men uansett god effekt av ulike forebyggende eller behandlende tiltak vil pasientens medisinske problemer mest sannsynlig forskyves slik at pasienten vil ha behov for den kompetanse en kun finner i spesialisthelsetjenesten, til tross for stort fokus på forebygging, alternative behandlingsarenaer, samhandling med primærhelsetjenesten, innovasjon og IKT.

E. Forskning gir nye behandlingstilbud for flere pasientgrupper

Det indremedisinske fagområdet vil fortsatt utvikles gjennom forskning, fagutvikling og med spissing av behandlingstilbudet innenfor de fleste områder. Dette øker behandlingstilbudet som medfører forventninger fra store volum av pasienter. Dette legger press på utviklingen framover. Aktiv pasientmedvirkning vil kunne forsterke dette.

I dette rommet, mellom spisset kompetanse og avansert behandling og behandling av flere akutte sykdommer hos samme pasient, skal det indremedisinske fagområdet finne en fornuftig, hensiktsmessig og pasientvennlig utforming, innenfor økonomiske, demografiske og andre rammer.

Ønsket situasjon for pasientens helsetjeneste i en mellomlangsigtig og langsigtig periode:

- Tilstrekkelig sengekapasitet for indremedisinske pasienter som trenger innleggelse (spesielt ø-hjelp)
- God og optimal behandling av pasienter som må legges inn
- IKT/EPJ som optimaliserer og effektiviserer pasientbehandlingen
- Pasienten skal behandles på riktig «nivå»
- Man må ta hensyn til at det blir en absolutt økning av indremedisinske pasienter som trenger sykehusinnleggelse.

- Samarbeid og samhandling internt mellom spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenesten må optimaliseres og effektiviseres, gjennom IKT, avtaler og god praksis
- Forutsetning for mange av de gevinster som forventes å kunne realiseres innen IKT er at systemene blir brukervennlige.
- Man må ivareta framtidig behov for utdanning, med arenaer for møte mellom lege/helsefagarbeider og pasient.
- Sikre at pasienter involveres i forskning
- Ivareta at IKT gjør pasientbehandlingen mer sømløs og effektiv

Tiltaksforslag
Generelt: Hjemme - poliklinikk via digital løsning <ol style="list-style-type: none"> 1. Oppfølging av tilstand og symptomer via trådløse elementer og direkte kontakt med pasient. 2. Struktur for behandlingsavslutning og palliasjon i hjemmet
Nyre: Forskyve dagbehandling på sykehus til hjemmebehandling (dialyse) <ol style="list-style-type: none"> 1. Utvikling av små bærbare dialysemaskiner til hjemmebruk pågår. Perspektivet er uvisst (Sky-basert) 2. Ved utvikling av e-helseløsninger for overføring av behandlingsdata fra hjem til sykehus og motsatt vil flere pasienter kunne få behandling hjemme
Lunge: fjernovervåkning (trådløs) av ventilasjon <ol style="list-style-type: none"> 1. IKT-løsninger for hjemmetrening
Infeksjon: <ol style="list-style-type: none"> 1. Bygge slik at pasienter som er kolonisert eller infisert med resistente mikrober ikke får dårligere medisinsk service eller hindrer god pasientflyt. 2. Poliklinikk vil bli mer e-Helse - basert for kronikere.
Indremedisin: Organisere med større indremedisinske avdelinger som behandler de vanlige indremedisinske sykdommer med spesialavdelinger som ligger i nærheten
Geriatri: Overvåkning av symptomer i samarbeid med hjemmetjenesten for å hindre reinnleggelser?

Sentrale forutsetninger for at man kan ta i bruk gode løsninger for å bedre pasientbehandlingen:

1. Man må sikre at ISF-systemet fanger og honorerer nye driftsformer (dom dagpost, poliklinikk, poliklinikk i mottak)
2. Sikre at IKT-systemer blir enkle å bruke for leger og sykepleiere, slik at de ikke går ut over god flyt i pasientbehandlingen

Organisering

Medisinsk klinikk i OUS har i dag 190 ordinære senger, i tillegg til 23 overvåkningssenger. Det er også indremedisinske seksjoner ved andre klinikker i OUS. Målet for utviklingsplanen er å beskrive pasientens helsetjeneste i årene 2020-35. Sykehuset har i dag lokalsykehusfunksjon for bydelene Nordre Aker, Bjerke, Østensjø, Nordstrand og Søndre Nordstrand. Sagene bydel er "utlånt" til Lovisenberg Diakonale Sykehus, og det er overordnede planer som sier at OUS skal ta over lokalsykehusfunksjon for bydelene i Groruddalen (Alna, Grorud og Stovner bydel). Fra 2020 vil for alvor "eldrebølgen" merkes i OUS. "Babyboomer" generasjonen vil gradvis nå pensjonsalderen, og spesielt stor blir økningen i antallet mennesker over 80 år, som øker med nesten 20 000 personer i denne perioden.

Når man ser fram mot 2035 ser man at det er svært sentralt å realisere planen med utbygging av lokalsykehus på Aker så rask som mulig. Akerområdet er allerede regulert til sykehusformål og er optimalt plassert med tanke på kollektivtrafikk (Grønt avtrykk). Storbylegevakten forventes å være ferdig rundt 2023 og vil fungere bedre samlokalisert med et stort og robust lokal/områdesykehus.

Refleksjoner fra brukerutvalget, sykepleierforbundet og legeforeningen

Brukerutvalget - Brukerutvalget trekker frem to faktorer som peker seg ut som premissleverandører for gode helsetjenester. For det første vil den teknologiske utviklingen gi mange føringer og i tillegg er medisinen som sådan i rivende utvikling. Vår evne til å nyttiggjøre oss dette til beste for pasientene er avgjørende for planens suksess.

Sykepleierne - Sykehusets ansatte, spesielt sykepleierne, bruker i økende grad mye tid på telefonsamtaler med pasienter, pårørende og andre samarbeidspartnere. Denne virksomheten må i fremtiden bedre understøttes av finansieringssystemet.

Ambulerende team fra hver avdeling vil kunne forebygge innleggelser og bidra til tidligere utskrivelse. Opplæring av hjemmesykepleien i hjemmet til pasienten vil være tidsbesparende og muligheten for oppfølging der pasienten er vil trolig gi pasienten en følelse av medbestemmelse i forhold til å være inneliggende på sykehus. Den ambulerende virksomheten må også finansieres.

Når det forventes at sykepleierne skal øke sin kompetanse, må det legges til rette for fagutvikling og videreutdanning. OUS skal fortsatt være et spesialisert sykehus og sykepleierne må få mulighet til å holde seg oppdatert på forskning og nye prosedyrer. Sykehuset må fortsette å ha spesialiserte avdelinger, men også med mulighet for å kunne ivareta den «generelle» pasienten. Det er viktig å sikre kompetente og stabile fagmiljøer inn i fremtidens OUS.

Legene - Legene trekker frem at OUS vil ha behov for avanserte helsetjenester som kun spesialisthelsetjenesten vil kunne tilby. Blant annet gjelder dette:

- Avansert hjertesviktbehandling (re-vaskularisering ved coronarsykdom, pacemakerbehandling, ikke operativ innleggelse av hjerteklaffer med mere).
- En stor diabetespopulasjon som lever lengre (med og uten sykdomskomplikasjoner), men hvor behovet for gode digitale verktøy og samhandling med primærhelsetjenesten blir stort.
- Dialysebehovet vil øke i en aldrende befolkning, et behov som bare delvis kan dekkes av pasientadministrert dialyse eller hjemmedialyse.
- Innenfor gastroenterologien ser man et stadig økende behov for endoskopiske prosedyrer, som delvis vil erstatte behov for kirurgisk intervensjon (tilsvarende som innenfor hjertemedisin).

Sykehuset vil få et stort behov for enerom på grunn av økende forekomst av resistente mikrober i populasjon og en sykehuspopulasjon hvor mange lever med en aller annen type immunsvikt. Selv om «røyke-epidemien» er i tilbakegang vil et stigende antall KOLS-pasienter kreve sykehusressurser, og flere vil få tilbud om ventilasjonsstøtte.

I de siste års helsebudsjett er det lagt inn en effektiviseringsgevinst på ca. 2 % årlig. Flere pasienter behandles, liggetiden i sykehusene går ned, men andelen reinnleggelser er høyt. Med en aldrende befolkning vil det være vanskelig å redusere liggetiden ytterligere. For å kunne gi Oslos og helseregionens økende befolkning et godt helsetilbud de neste 20 år, er OUS avhengig av økning i antall senger. For å redusere økningen i sengebehov er sykehuset avhengig av nyinvesteringer i medisinsk teknisk utstyr (MTU) og nye, tidsmessige arealer.

4.10 Hjertesykdommer

Oslo universitetssykehus skal både ivareta lokalsykehusfunksjoner for en økende og aldrende befolkning og spesialiserte funksjoner for Oslo og regionen, samt håndtere nasjonale tjenester. Disse forholdene gjør at man må planlegge for tilstrekkelig fremtidig behandlingsskapitet. Det er viktig at bygg og organisasjon er fleksibelt designet for å kunne ta inn over seg de endringene som kommer. Framtidige arbeidsmetoder vil også utfordre dagens organisering av klinikker og avdelinger.

Nedenfor er et sammendrag av forventet utvikling innenfor de største pasientgruppene og innenfor områder der OUS har et særlig ansvar regionalt og nasjonalt. I tillegg beskrives forventede endringer i behandling ut fra ny teknologi og ny medisinsk kunnskap, samt utfordringer dette medfører blant annet for spesialistutdanningen.

Sykdoms- og fagutvikling

Hjertesvikt

Dette er en pasientgruppe som øker i antall. Årsakene er sammensatte, men noe skyldes alder og overvekt. En annen viktig gruppe som vokser i antall i perioden, er pasienter med medfødte hjertesykdommer som nå vokser opp og utvikler hjertesvikt og vanskelig håndterbare arytmier i tidlig voksen alder.

Ekspertene på behandling av hjertesvikt estimerer at nye metoder kan behandle alvorlig hjertesvikt med små pumper som legges inn ved hjelp av mindre (kateterbaserte) inngrep. Dette vil bli et viktig supplement til dagens hjertetransplantasjoner hvor organtilbudet utgjør en betydelig begrensning, og til dagens eksternt bærbare hjertepumper med infeksjonsrisiko. Man ser også for seg at implanterbare sensorer kan muliggjøre monitorering hjemmefra. Arytmibehandling er sentralt i sviktbehandling og beskrives nedenfor.

Koronarsykdom

Fremover forventes det fortsatt at koronarsykdom vil være en vanlig sykdom. Befolkningsøkning og et økt antall eldre i samfunnet vil føre til at behovet for behandling forblir stabilt eller lett økende frem mot 2025. To forhold bidrar til å redusere veksten: 1) dødelighet som følge av hjertesykdom er redusert og 2) det har vært en viss tilbakegang av behandlingstrengende pasienter med koronarsykdom.

Opprettelse av nye regionale sentre vil kunne redusere behovet for invasiv kapasitet i OUS. Man må i dette bildet tenke totalkapasitet innen HSØ.

Arytmier

Arytmier er et symptom på annen hjertesykdom. Arytmibehandling er en integrert del av behandlingstilbudet ved hjertesykdommer på samme måte som ved koronarsykdom, klaffelidelser, medfødte hjertelidelser og hjertemuskelsykdommer og går altså langt utover det som oftest er tema i den offentlige debatten, nemlig behandling av atrieflimmer.

Dette faget er i betydelig endring. Nye teknologier vil endre måten man behandler og følger opp arytmi-pasienter på, og nye pasientgrupper vil få et behandlingstilbud. Bildedannende teknologier som ultralyd, CT, MR vil i betydelig større grad enn i dag bli integrert del av prosedyrene. Utviklingen vil stille krav til nye laboratorier og sengekapasitet. I tillegg til sine lokal- og regionsfunksjoner har også OUS landsfunksjon innen alvorlig hjertesvikt og medfødte hjertesykdommer (GUCH). Begge disse gruppene vil øke frem mot 2035.

Klaffesykdommer

Disse sykdommene er forventet å øke i takt med en voksende og aldrende befolkning. Behandling av klaffesykdommer er i endring fra åpen kirurgi til kateterbasert behandling. Denne utviklingen

forventes å fortsette og resultere i økt behov for laboratoriekapasitet og sengekapasitet. Samtidig vil behovet innen kirurgi reduseres tilsvarende.

Medfødte hjertesykdommer hos voksne (GUCH)

I 2017 er det ca. 16000 GUCH-pasienter, definert som voksne over 18 år med medfødt hjertefeil. Av disse er det ca. 4000 som er operert. Til og med 2017 er det i tillegg 4000 pasienter < 18 år med hjertefeil som er operert, og som vil ha nådd voksen alder i 2035. Gruppen som er korrigert kirurgisk for sin hjertefeil har OUS et nasjonalt ansvar for og vil utgjøre hovedtyngden av GUCH-pasienter som trenger oppfølging i årene fremover. Hovedutfordringene er utvikling av alvorlig hjertesvikt, alvorlige arytmier, hjertesyke gravide og pasienter som trenger kirurgi for ikke-kardiale tilstander.

Hjertesykdommer hos barn

Barnekardiologi er et høyspesialisert fag som omfatter utredning, behandling og oppfølging av hjertesyke barn. Feltet har gjennomgått en dramatisk utvikling i de siste tiårene ved nye og bedre behandlingsmetoder som har medført en betydelig forbedret overlevelse. Hjertesyke barn er en stor og kompleks pasientgruppe ved OUS og behandling av medfødt hjertefeil representerer en av sykehusets nasjonale funksjoner.

Medfødte hjertefeil er vanligste hjertesykdom hos barn. Forekomsten har vært stabil, hos 1,2 % av alle nyfødte (ca. 700 barn per år i Norge). Antallet hjertesyke barn antas å forbli stabilt de kommende årene, noe som betyr at antallet voksne med medfødte hjertefeil fortsatt vil øke. Behandlingen av medfødte hjertesykdommer er en avansert tjeneste som er basert på multidisiplinært samarbeid innenfor sykehuset og tett kontakt med landets barneavdelinger.

Andre hjertesykdommer hos barn er f.eks. rytmeforstyrrelser, hjertemuskelsykdommer og infeksjoner. Nye pasientgrupper vil oppstå, blant annet som følge av genetiske undersøkelser som tidlig avslører risiko for sykdomsutvikling og som følge av innvandring fra land med dårlig tilbud av helsetjenester. Omsorgsbehovet i pasientgruppen øker som følge av økt overlevelse. Flere barn lever med komplekse problemstillinger som øker behovet for oppfølging, re-intervensjoner, transplantasjoner og ikke minst støttetiltak og habilitering. Persontilpasset og tverrfaglig totalomsorg forventes i økende grad.

Forskning og utvikling

OUS har som mål å ligge i front internasjonalt når det gjelder behandling av hjertesykdommer. Dette kan bare skje gjennom systematisk satsing på kvalitet i alle ledd av pasientbehandlingen, forskning, innovasjon og aktiv bruk av kvalitetsregistre. Dette må derfor være en sentral del av den kliniske virksomheten i tillegg til den forskningen som foregår innen basalfagene og innovasjon.

Organisering og tiltak

Genetikk, sykdomsforståelse og behandling

Ny teknologi med «next generation sequencing» kan undersøke den komplette menneskelige arvemassen. Teknologien øker vår sykdomsforståelse og vil være viktig også innen hjertesykdommer. Genterapi er under utvikling og implementeres allerede ved noen sykdommer.

Tiltak:

- Genetisk tolkning, forståelse og behandling vil bli nødvendig innen alle fagfelt, inkludert hjertesykdommer
- Kompetanse på genetisk sykdom ligger i dag mest ved regionsykehusene, men vil i løpet av de neste 5 – 10 årene kunne fordeles til lokalsykehus etter tverrfaglig opplæring og undervisning og må inn i legenes spesialistutdanning

Hjertesykdommer og kreft

Mange pasienter som har blitt behandlet for kreftsykdommer med stråle- og kjemoterapi utvikler hjertesvikt, klaffefeil, hypertensjon, arytmier, koronarsykdom, kardiomyopati og perikarditt. Disse bivirkningene kan oppstå akutt eller mange år etter gjennomgått behandling. Antallet med senvirkninger av kreftbehandlingen vil øke på grunn av øket overlevelse.

Tiltak:

- Mange av pasientene med senvirkninger av kreftbehandlingen kan følges opp av eget sykehus, men mange må også undersøkes ved OUS
- Dette vil kreve økt innsats i bildediagnostiske undersøkelser av hjertet, inkludert CT, ekkokardiografi og MR. Mange pasienter vil trenge kardiologisk behandling, intervensjoner og i noen tilfeller operative inngrep i og rundt hjertet

Ny utdanningsstruktur for legespesialister

Den nye strukturen implementeres fra 2019 og de første LIS-3 etter den nye ordningen vil starte i 2022.

Tiltak:

- Foreslåtte læringsmål innebærer at alle LIS også i fremtiden må inngå i kardiologisk avdeling ved sykehus med thoraxkirurgi
- Den nye ordningen vil kreve mer fleksibilitet og flere ressurser til utdanningen enn i dag. Fram mot 2025 må utdanningsløpet håndtere både gammel og ny modell. Hvordan utdanningen kommer til å endres videre fram mot 2035 er usikkert, men må reflektere den faglige, teknologiske og samfunnsmessige utviklingen.

Teknologisk utvikling

Hjertefaget har vært gjennom en betydelig utvikling de siste 20 årene, og det er lite som tyder på at dette ikke fortsetter. Ny kunnskap og teknologi kommer til å endre måten vi behandler pasienter på ytterligere.

Tiltak:

- Bildedannende teknologier (imaging) er sentrale innen diagnostikk og behandling av hjertesykdommer. Den videre utviklingen vil endre måten vi diagnostiserer og organiserer behandlingen på fordi "imaging" i mye større grad enn i dag vil være en integrert del av denne behandlingen. Dette gjelder både for ultralyd, CT og MR som del av intervensjonskardiologi, arytmi-behandling og kirurgi.
- I tillegg vil de endringene vi i dag ser innen kardiologisk intervensjon og hjertekirurgi komme til å fortsette og dagens organisering av behandlingstilbudene vil utfordres. Virtuelle operasjonsrom, 4D-teknologi, robotteknologi og profesjonsglidning er sannsynlige effekter av økt spesialisering.

Sentralisering av behandlingstilbud

Dersom reduksjonen i hjertekirurgi nasjonalt fortsetter, vil det få konsekvenser for OUS.

Tiltak:

- OUS skal ivareta nasjonale tjenester som GUCH, transplantasjoner og alvorlig hjertesvikt og kan komme til å få flere nasjonale funksjoner dersom det hjertekirurgiske faget og behandlingstilbudet svekkes i andre regioner.
- Det samme gjelder innen intervensjonskardiologien hvor også volum og kvalitet henger sammen. Mindre sentra kan få problemer med å utvikle egne behandlingstilbud med tilstrekkelig kvalitet etter hvert som kompleksiteten på behandlingene øker.

Ny kommunikasjonsteknologi

Ny kommunikasjonsteknologi vil endre måten vi kommuniserer med både pasienter og samarbeidende sykehus på.

Tiltak:

- Informasjons- og opplæringsoppgaver vil være web-basert for de fleste pasientgrupper. Dette både avlaster og stiller nye krav til helsepersonell.
- Behovet for polikliniske konsultasjoner kan reduseres, mens senger fortsatt vil være nødvendig for de sykeste pasientene.

Samhandling innen hjertefaget

Økende spesialisering og kompleksitet innen hjertefaget kan medføre at OUS sine tjenester blir mer etterspurt selv om det ikke dreier seg om formaliserte regionsfunksjoner eller nasjonale tjenester.

Tiltak:

- Etablering av invasive behandlingstilbud (PCI) ved flere helseforetak i regionen vil kunne avlaste OUS for angiografi og PCI.

Særlige utfordringer i hjertekirurgifaget

Hjertekirurgifaget har spesielle utfordringer i tiden som kommer. Fallende nasjonale volum og behov for sentraliserte funksjoner til store sentre gjør at OUS vil få et utvidet ansvar.

Tiltak:

- Økende grad av kompleksitet vil øke subspecialiseringen. Rekrutteringen til faget har utfordringer som til dels henger sammen med dette, til dels sammen med fallende volum innen hjertekirurgien og utfordrende vaktbelastninger. OUS må ha et omfattende hjertekirurgisk tilbud i fremtiden.

4.11 Muskel- og skjelettsykdommer

Oslo universitetssykehus mottar pasienter med større ortopediske utfordringer enn selve befolkningsøkningen skulle tilsi. Årsaken er en økende andel eldre samt pasienter som kommer fra land med ubehandlede tilstander, inkludert skader (for eksempel fra land med krig).

Et generelt større krav til raskt å gjenvinne funksjon, og beholde ben og armer fremfor amputasjon, tilsier større behandlingsskapasitet og økende tverrfaglig tilnærming både med hensyn til indikasjonsstilling for operasjon, den kirurgiske behandling og rehabiliteringen.

Det er en økt tendens til subspecialisering innen ortopedien. Da er det ekstra viktig med samarbeid mellom faggrupper. For eksempel må protesekirurger, som i utgangspunktet arbeider med planlagte operasjoner, være samlokalisert og kunne samarbeide med kollegaer innen skadeortopedien ved brudd rundt proteser og sviktende tidligere bruddfiksasjoner.

Antallet pasienter med implantater og infeksjoner knyttet til dette er økende. Dette krever omfattende kirurgiske tilnærminger i tillegg til spesialtilpasset antibiotikabehandling forordnet i samarbeid med infeksjonsmedisinere og mikrobiologer. Den store andelen infeksjonspasienter er plasskrevende både med tanke på tilpassede rom for operativ behandling, overvåkning og enerom i sengeavdelinger.

Innen noen ortopediske fagfelt er det ønskelig å arbeide ut fra en sentermodell hvor pasienter med felles diagnoser samlokaliseres og behandles ut fra et tverrfaglig perspektiv med enhetlige, gode og effektive behandlingsstrategier.

Det er økende kompetansekrav til alle faggrupper innenfor ortopedien; sykepleiere, fysio- og ergoterapeuter og leger. En rivende fagutvikling gjør at en er bekymret for om det raskt nok utdannes høykompetente behandlere.

Hovedmål

Rask og optimalisert pasientbehandling med alle nødvendige faggrupper tilgjengelig innenfor egnede og store nok arealer.

Delmål

Effektive og pålitelige elektroniske verktøy med blant annet forbedringer innen lagring av bildedokumentasjon og peroperativ radiologisk navigasjon.

Fagets utvikling, mål og tiltak innenfor undergrupper

<p>Teknologi Mål for perioden 2020-2025 og 2025-2035:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tildeling av operasjonstidspunkt når operasjonsindikasjonen er stilt• Operasjonsindikasjoner basert blant annet på scoringsverktøy rapportert av pasienten selv• Brukervennlige elektroniske verktøy• Sykepleierbruk: Talegjenkjenning og automatisk elektronisk registrering av observerte pasientdata	<p>Forventet fagutvikling for perioden 2020-2025:</p> <ul style="list-style-type: none">• Spesialtilpassede implantater• Preoperativ kartlegging av den enkelte pasientens symptomer ved hjelp av dennes egne utfylte scoringskjema, gjerne elektronisk• Mer komplekse operasjoner gir behov for store operasjonsstuer• Web-baserte pasientkonsultasjoner med fagpersoner fra andre sykehus, for eksempel for å diskutere operasjonsindikasjon eller ved postoperative kontroller <p>Forventet fagutvikling for perioden 2025-2035:</p> <ul style="list-style-type: none">• Bioaktive medikamenter (lokale og/eller systemiske) for å reparere degenerativt eller skadet vev, for eksempel for å øke bruddtilheling• Perioperativ navigasjon og robotassistert kirurgi for å øke presisjon
<p>Samhandling (internt i OUS og med eksterne aktører) Mål for perioden 2020-2025 og 2025-2035:</p> <ul style="list-style-type: none">• Samlokalisering av det meste av den akutte og den elektive ortopedien• Bedre samhandling mellom primærhelsetjenesten og andre eksterne aktører med hensyn til rehabilitering	<p>Forventet utvikling for periodene 2020-2025 og 2025-2035:</p> <ul style="list-style-type: none">• Intern samhandling på tvers av subspecialiseringer• Fellow-ordninger: Systematiske hospiteringsordninger og opplæring av leger og eventuelt andre faggrupper fra andre sykehus som gir felles behandlingsstrategier• Økende subspecialisering og samtidig økende samhandling mellom subspecialiteter og faggrupper• Økende samhandling mellom primærhelsetjeneste og pasienter med hensyn til behandlingsstrategier
<p>Artroskopisk kirurgi (skuldre, knær, hofter) Mål for perioden 2020-2025 og 2025-2035:</p> <ul style="list-style-type: none">• Økt tverrfaglig samarbeid og tilnærming med hensyn til konservative behandlingsmetoder	<p>Forventet fagutvikling for perioden 2020-2025:</p> <ul style="list-style-type: none">• Økt andel skulderkirurgi, spesielt rekonstruksjoner og proteser• Spesialtilpassede proteser• Sannsynligvis mindre artroskopisk knekirurgi (og muligens skulderkirurgi) for degenerative lidelser• Økende behov for samarbeid med fysikalsk medisinere angående konservativ behandlingsmetoder

	<p>Forventet fagutvikling for perioden 2025-2035:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bioaktive stoffer som fremmer vevstilheling og regenerasjon av vev basert på biologisk stimulering av kropps-egne celler
<p>Barneortopedi</p> <p>Mål for perioden 2020-2025:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flere sengeplasser og bedret operasjonskapasitet • Samarbeid med henvisende sykehus, fellow-ordning som sikrer utdanning av flere subspecialister • Tverrfaglige møter med pasienter, pårørende, pasientforeninger, primærhelsetjenesten angående enkelte diagnosegrupper <p>Mål for perioden 2025-2035:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samlokalisering av elektiv og akutt kirurgi • Samlokalisering av kirurgisk enhet med alle nåværende fødeenheter og pediatriske avdelinger <p>Forventet fagutvikling for perioden 2020-2025 og 2025-2035:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Økt sentralisering sannsynlig - men ikke ønskelig for de «letteste» tilfellene • Kortere tid fra indikasjon til operasjon innen den elektive kirurgien: økt kapasitetsbehov • Mer omfattende kirurgiske prosedyrer med spesialtilpassede implantater 	<p>Forventet fagutvikling for perioden 2020-2025 og 2025-2035:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Økt sentralisering sannsynlig - men ikke ønskelig for de «letteste» tilfellene • Kortere tid fra indikasjon til operasjon innen den elektive kirurgien: økt kapasitetsbehov • Mer omfattende kirurgiske prosedyrer med spesialtilpassede implantater
<p>Fot- og ankelkirurgi</p> <p>Mål for perioden 2020-2025:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tettere samarbeid med sykehus i regionen • Fellow-ordning for utdanning av flere subspecialister • Større operasjonskapasitet og flere sengeplasser • Dagkirurgiske sløyfer for enklere kirurgi • Desentraliserte poliklinikker i bydelene under supervisjon fra OUS <p>Mål for perioden 2025-2035:</p> <p>Fot- og ankelkirurgisk senter i samarbeid med infeksjonsmedisinere, fagfolk innen diabetesbehandling og yrkesgrupper som arbeider med rehabilitering (spesielt) av amputasjonspasienter</p> <p>Forventet fagutvikling for perioden 2020-2025 og 2025-2035:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En økende andel pasienter blir kirurgisk behandlet for skader, degenerative lidelser og infeksjoner • Rekonstruktiv kirurgi fremfor amputasjoner 	<p>Forventet fagutvikling for perioden 2020-2025 og 2025-2035:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En økende andel pasienter blir kirurgisk behandlet for skader, degenerative lidelser og infeksjoner • Rekonstruktiv kirurgi fremfor amputasjoner
<p>Ortopediske infeksjoner</p> <p>Mål for perioden 2020-2025:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablering av separat ortopedisk infeksjonspost drevet i samarbeid mellom infeksjonsmedisinere og geriatere 	<p>Forventet fagutvikling for perioden 2020-2025 og 2025-2035:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Økende antall infeksjoner i muskel- og beinvev hos pasienter med og uten implantater

<ul style="list-style-type: none"> • Forsknings samarbeid, ikke bare med infeksjonsmedisinere, men også med veterinærer og odontologer som driver utstrakt forskning på implantatinfeksjoner <p>Mål for perioden 2025-2035:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gjennombrudd mht. forebygging og behandling av infeksjoner hos pasienter med implantatinfeksjoner 	<ul style="list-style-type: none"> • Økende antall diabetespasienter med store sår som krever kirurgisk behandling • Økende antall pasienter fra utlandet med utilstrekkelig behandlede infeksjoner, ofte infisert med mikrober som er mindre hyppige i Norge • Spesielt implantatinfeksjoner krever omfattende kirurgisk og medikamentell behandling som blant annet er kompetanse- og arealkrevende (enerom). Radikal kirurgi er nødvendig spesielt ved infeksjoner med resistensutvikling
<p>Protesekirurgi</p> <p>Mål for perioden 2020-2025 og 2025-2035:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Økt tverrfaglig tilnærming • Operasjons- og sengekapasitet tilsvarende behov 	<p>Forventet fagutvikling for perioden 2020-2025 og 2025-2035:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flere pasienter med behov for protese - spesielt i kneleddet • Økende behov for krevende revisjonskirurgi (utskifting av protesedeler) spesielt hos eldre, pasienter med samtidig flere sykdommer og hos pasienter med infeksjoner • Mer systematisk og omfattende forebyggende behandling av artrose i tidlige stadier. Tverrfaglige tilnærminger og i samarbeid med primærhelsetjenesten • Økt kompetansebehov innen sykepleierfaget spesielt med hensyn til overvåking, observasjon og pleie av pasienter som har gjennomgått omfattende protesekirurgi • Økende behov for samarbeidsarenaer mellom spesialsykepleiere og primærhelsetjenesten
<p>Ryggkirurgi</p> <p>Mål for perioden 2020-2025:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Felles, sentralisert ryggvakt for alle spinale skader • Bedre rehabiliteringssløyer for pasienter med spinale skader og andre som har gjennomgått kompleks ryggkirurgi • Team for peroperativ nevromonitorering <p>Mål for perioden 2025-2035:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablering av spinalkirurgisk senter, samlokalisering av elektivt og akutt kirurgisk tilbud for pasienter i alle aldre og med hele spektret av ryggskader - og lidelser. • Tverrfaglige behandlingsteam bestående av ortopeder, fysikalsk medisinere, nevrokirurger og spesialfysioterapeuter og nevrologer med tilsynsfunksjon. 	<p>Forventet fagutvikling for perioden 2020-2025:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentralisering av avansert og noe mindre avansert, ryggkirurgi • Flere kirurgisk krevende prosedyrer for å optimalisere pasientens funksjon • Kostbare, men pasientvennlige, prosedyrer hos barn og unge med ryggskjevhet (skoliose) • Navigasjon og robotassistert kirurgi for å øke kirurgisk presisjon <p>Forventet fagutvikling for perioden 2025-2035:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allmenn medikamentell osteoporosebehandling gir relativt sett mindre behov for kirurgisk behandling av ryggbrudd hos eldre
<p>Traumatologi (skadebehandling)</p> <p>Mål for perioden 2020-2025:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samlokalisering av subspecialiteter, fortsatt samarbeid mellom kirurger som arbeider med elektive og akutte problemstillinger 	<p>Forventet fagutvikling for perioden 2020-2025:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tilpasning og utvikling av implantater spesielt til pasienter med osteoporose og beindefekter • Økende behov for behandlingskrevende

<ul style="list-style-type: none"> • Tilgjengelige gode preoperative planleggingsverktøy basert på radiologiske undersøkelser • Bedre perioperative radiologiske metoder (CT, navigasjon, bildeoverføring til elektronisk pasientjournal) • Etablering av raskere tilgjengelige rehabiliteringssløyer <p>Mål for perioden 2025-2035:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablering av senter for geriatrisk bruddbehandling og høyenergiskader 	<p>nerve- og bløtdelsrekonstruksjoner, noe som stiller krav til kompetanse, operasjonsstuer- og tiden pasientene er innlagt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Økt behov for operasjonskapasitet til tidlige intervensjoner • Større rekonstruksjoner og økende behov for å gjenopprette pasientens funksjonsnivå, gir større behov for tverrfaglig tilnærming fra flere subspesialiteter (plastikkirurger og nevrokirurger) <p>Forventet fagutvikling for perioden 2025-2035:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bioaktive midler utvikles for å bedre bruddtilheling
--	---

4.12 Bildediagnostikk og nukleærmedisin

Oslo universitetssykehus har organisert bildediagnostikken i Klinikk for radiologi og nukleærmedisin. Klinikken har betydelig radiolog- og radiograffaglig kompetanse innen alle modaliteter og radiologiske «subspesialiteter», har landets største nukleærmedisinske avdeling med omfattende kompetanse innen fagets ulike disipliner, inkludert PET/CT, samt en avdeling for diagnostisk fysikk. Fagområdene har tilknyttet omfattende forskning innen 13 forskningsgrupper og har et stort antall innovasjonsprosjekter.

Aktivitet og utstyr

Klinikkenes ansatte utfører ca 700 000 undersøkelser per år og gransker i tillegg ca 70 000 eksternt utførte undersøkelser. Virksomheten har hatt en sterk vekst i aktivitet og personell de siste årene, vesentlig pga. en stor vekst i CT, MR og PET/CT-undersøkelser.

Til tross for at den radiologiske kapasiteten er blitt betydelig bedret, er den fortsatt for lav til at undersøkelser og svarrapporter kan foreligge når klinikere ønsker det. Årsakene til dette er endringer i behandlings- og kontrollopplegg, krav til raskere diagnostikk og utredning, klinisk forskning, teknologisk utvikling, mer intervensjonsradiologi og mer deltakelse i sykehusets og regionens multidisiplinære team (MDT)-møter.

Virksomheten har omfattende medisinsk teknisk utstyr ved de ulike sykehuslokalisasjoner og har årlig et stort investeringsbehov for vedlikehold og fornying av utstyrspark.

Klinikken har i 2018 to ulike RIS/PACS-systemer og har et stort behov for samordning i felles system både innad i sykehuset og med resten av regionen.

Fagets utvikling

De radiologiske og nukleærmedisinske fagområdene vil som mange andre fagområder i stadig sterkere grad være preget av kravene til presisjonsmedisin/personilpasset medisin. Dette vil innebære flere bildediagnostiske undersøkelser av den enkelte pasient og kortere tidsintervaller mellom undersøkelsene. Sammen med befolkningsvekst og en relativ økning av den eldre del av befolkningen, setter dette store krav til bildediagnostisk kapasitet i årene som kommer.

Molekylær bildediagnostikk og behandling

- Fremtidens bildediagnostikk vil i mye større grad enn i dag utforske «rotårsaken» til sykdom, ikke bare visualisere sykdommens makroanatomiske manifestasjoner. Rotårsaken til mange sykdommer er å finne i dysfunksjonelle cellulære og subcellulære fysiske og kjemiske prosesser, eksempelvis mitokondriell dysfunksjon. Slike prosesser kan visualiseres og måles med avbildningsteknikker som samlet går under betegnelsen molekylær bildediagnostikk.

- Molekylær bildediagnostikk kan kombineres med modaliteter som PET, SPECT, MR, CT, ultralyd, samt nyere teknikker.
- Molekylær bildediagnostikk benytter spesielle kontrastmidler som kan tilkobles et terapeutisk agens, f.eks. en radioaktiv substans som leverer målrettet strålebehandling. For radiologi og nukleærmedisin vil dette innebære at personalets kompetanseområde må utvides og at tett samarbeid med andre profesjoner blir enda viktigere. For OUS vil det ha avgjørende betydning å ha nærhet til og kontroll med produksjon og utvikling av radiofarmaka til både diagnostikk og terapi.

Mikro- og makroanatomisk bildediagnostikk

- Den teknologiske utviklingen av kjente bildediagnostiske modaliteter som PET/CT, CT, MR og ultralyd vil føre til at det per undersøkelse blir produsert enda flere bilder med bedre kvalitet på kortere tid. Modalitetene vil bli mer kostnadseffektive, men informasjonen som den enkelte diagnostiker skal prosessere etter hver undersøkelse, vil øke.
- Programvarer for bildeanalyse er under kontinuerlig utvikling og vil føre til at analyser som i dag er eksperimentelle eller forbeholdt forskning, i morgen vil være tilgjengelige i vanlig klinisk drift. Dette vil innebære en heving av den diagnostiske kvaliteten og derved føre til enda bedre pasientbehandling. Det vil gi en mer presis fremstilling av mikroanatomisk struktur og funksjon.

Bilediagnostikk og kunstig intelligens

- Vanlige radiologiske og nukleærmedisinske digitale bilder inneholder langt mer informasjon enn den som er synlig ved å betrakte bildene på en skjerm. Denne «skjulte» bildeinformasjonen kan analyseres av datamaskiner og sammenlignes med andre data (billedata, kliniske data, gendata) i store databaser og derved gi opphav til en langt mer presis diagnose. Denne form for «kunstig intelligens» kan kalles automatisert computertolkning og -diagnose, eller på engelsk clinical decision support, CDS. Analyse av «skjult» bildeinformasjon kalles gjerne «radiomics». Dette vil gi beslutningsstøtte for presisjonsmedisinen. Potensialet er stort, kanskje aller størst innen onkologien.
- Radiologenes implementering av kunstig intelligens vil være helt nødvendig for å kunne håndtere den økende informasjonsmengden og for å kunne innfri samfunnets (og pasientenes) krav til bedret sensitivitet og spesifisitet i bildediagnostikken. Kunstig intelligens vil ikke erstatte radiologene, men vil avlaste dem i rutinepreget arbeid og vil kunne peke på suspekte funn utenfor «oppmerksomhetsområdet».

Bildeveiledet pasientbehandling - intervensjonsradiologi

- Endovaskulær behandling ved hjerneslag (trombektomi) er nå en anerkjent metode som sammen med trombolyse har revolusjonert behandlingen for denne pasientgruppen. Man må forvente en betydelig økning av denne virksomheten.
- Innen hjerte/thorax- og karkirurgi ser man at pasienter nå kan tilbys behandling med minimalt invasive metoder uten stor kirurgi, som behandling av aortaklaffesykdom med perkutan klaffeimplantasjon. Det samme ser man ved behandling av sykdom i hovedpulsåren, med perkutan behandling av hele aorta inkludert aortabue med avgående halskar.
- Endovaskulær metode med utvikling av aorta stentgraft med åpninger eller grener til arterier til tarm, nyrer og bekkenorganer forventes å fortsette, slik at færre pasienter trenger åpen

kirurgi. Det samme gjelder behandling av oblitererende aterosklerose i bekken- og underekstremitetsarterier.

- Endovaskulær behandling har de senere år blitt aktuelt innen nye områder, som ved embolisering av arteriene til prostata ved benign prostatahyperplasi. Bruk av denne metoden forventes å øke i kommende år.
- Intervensjonsonkologiske metoder, for eksempel selektiv intern radioembolisering, kjemoembolisering og ulike ablasjonsmetoder, supplerer eller erstatter i økende grad både kirurgi og tradisjonell kjemoterapi, og bidrar til at et økende antall pasienter har et behandlingstilbud.
- Bruk av intervensjonsradiologiske metoder for å stanse blødninger, enten blødningen skyldes skade eller sykdom, vil trolig tilta i takt med faglig utvikling og bedre utstyr.
- Samlet vil utvikling av ny teknologi, økningen av kombinerte prosedyrer og forventet økning i antall eldre pasienter, kreve økte ressurser innen intervensjonsradiologi. Intervensjonsradiologene vil i økende grad arbeide klinisk, i tett kontakt med kliniske avdelinger.

Kompetanse

Noen av kravene (og forventningene) til fremtidens profesjonsutøvere innen radiologiske og nukleærmedisinske fag kan oppsummeres som følger:

- Økt grad av subspesialisering, med et godt samarbeid med subspesialiserte klinikere. Dette vil bidra til optimalisering av diagnostikk og kontroll av påvist sykdom.
- God og empatisk kunnskapsformidling til pasienter og pårørende for å sikre gode samvalg ved diagnostikk og behandling
- Deltakelse i regionale og nasjonale faglige nettverk for å innfri pasientenes og myndighetenes krav til optimal diagnostisk kvalitet uavhengig av bosted. Dette vil til en viss grad føre til en sentralisering av avansert diagnostikk, men vil også gi mulighet for desentralisert tilstedeværelse av radiologer eller nukleærmedisinere.
- Deltakelse i tverrfaglige team med fysikere, matematikere, ingeniører, statistikere o.a. Kravet til tverrfaglighet vil øke med innføring av molekylær avbildning, mer avanserte bildeanalyser, kunstig intelligens.
- Involvering i utviklingen og innføringen av programvare for bildediagnostikk, inkl. kunstig intelligens.
- Oppbygging av store radiomics-databaser, nødvendig for utviklingen av beslutningsstøtte for presisjonsmedisin.

Utdanning

- Utdanningsløpet for medisinstudenter og leger i spesialisering (LIS) er i endring. Utdanning innen bildediagnostikk må følge fagenes utvikling, være kunnskapsbasert og gjenspeile de siste forskningsresultater og internasjonale trender. Fagenes utvikling forventes å gjenspeile seg i økende deltakelse i master- og doktorgradsprogrammer.
- Den teknologiske utviklingen med nye bildegenererende teknikker vil påvirke fremtidige kompetansebehov og utfordre utdanningssystemene. Effektiv kompetanseutvikling vil kreve gjennomtenkt arbeidsdeling mellom de ulike profesjonsutøvere innen radiologiske og nukleærmedisinske fag.

Forskning og innovasjon

OUS er i ferd med å etablere et bildeforskningscenter, ImTECH, der utvikling av fremtidens bildediagnostikk vil få en sentral plass. Senteret vil bl.a. være tungt involvert i utviklingen av medisinsk teknisk utstyr og programvare for bildeanalyse og radiomics.

Kommunikasjon og samhandling

Frem mot 2035 forutsettes at all kommunikasjon av pasientopplysninger og tilhørende bildeundersøkelser foregår digitalt og pasientsikkert på en langt mer smidig måte enn i dag. Dette vil heve både kvaliteten og effektiviteten for bildediagnostiske avdelinger og deres samarbeidspartnere. Følgende dataløsninger bør komme på plass i løpet av de neste 5-10 år: Nasjonalt RIS/PACS, nasjonalt multimediearkiv integrert med EPJ, strukturert henvisning med beslutningsstøtte, strukturert svarrapport med lenker til alle relevante bildeserier, samt deling av all bildeinformasjon med henvisende lege og pasient.

Intern samhandling

Innen et 5-års perspektiv forutsettes at følgende er på plass og bidrar til bedre intern samhandling:

- Felles RIS/PACS. Dette er nødvendig av hensyn til pasientsikkerheten, vil være ressursbesparende for alle og gi en bedre utnyttelse av kapasitet og kompetanse.
- Elektronisk henvisning med beslutningsstøtte. Dette vil gi bedre ressursutnyttelse av bildediagnostiske tjenester og bidra til riktige valg av modalitet.
- Strukturerte svarrapporter. Dette vil bidra til bedre rapportkvalitet og sikre at rapporten inneholder all nødvendig informasjon for den aktuelle problemstilling. En strukturert rapport vil ha lenker til relevante bildeserier og legger til rette for uthenting av data til statistisk analyse.
- Mer bruk av videokonferanser innad i OUS og fullverdige RIS/PACS-løsninger for «hjemmekontoret» vil kunne bidra til mer effektiv drift.

Samhandling med andre sykehus

- Effektiv samhandling med andre HF vil kreve gode IKT-løsninger, enten i form av felles RIS/PACS (regionalt og evt. nasjonalt) eller gode kommunikasjonsløsninger for ulike RIS/PACS. Samfunnets økte krav til lik kvalitet innen diagnostikk og behandling uavhengig av bosted, vil gi OUS økt belastning i form av regranskning (2nd opinion) av undersøkelser utført ved andre HF, og trolig også primærgranskning av mer kompliserte undersøkelser utført ved andre HF. Det må vurderes om pasientgrupper som i dag kontrolleres ved OUS, i stedet blir kontrollert, både klinisk og bildediagnostisk, ved sitt hjemsykehus. Dette vil trolig kreve både økt kapasitet og økt kompetanse ved andre HF, ikke minst gjelder det PET-kompetanse i regionen.
- Kravene til optimal diagnostisk kvalitet uavhengig av bosted vil kreve større grad av standardisering av undersøkelsesprotokoller enn hva som er praksis i dag. Undersøkelsesprotokoller bestemmes ut fra klinisk problemstilling, men blir også påvirket av hvilket utstyr man har til rådighet. For viktige kliniske problemstillinger bør det utarbeides evidensbaserte retningslinjer for hva en adekvat undersøkelse skal omfatte av bildeopptak på et overordnet nivå. Slike retningslinjer må jevnlig oppdateres i takt med utvikling av faget.

Samhandling med andre eksterne

- Det vil også i fremtiden være behov for private tjenester innen radiologi og nukleærmedisin. For enkelte diagnosegrupper og undersøkelsestyper har konkrete avtaler mellom HF og private aktører vært til gjensidig nytte og til glede for pasientene. Slike avtaler må stille krav

til kvalitet og responstider og forutsetter et godt samarbeid, inkludert utveksling av protokoller og prosedyrer.

- Samhandling med primærhelsetjenesten vil bli fremmet av elektronisk henvisning (IHR) med beslutningsstøtte. Behovet for beslutningsstøtte ved henvisning til bildediagnostikk er trolig større i primærhelsetjenesten enn i sykehus.

Bruk av nye digitale løsninger

Implementering av kunstig intelligens og radiomics har mange utfordringer:

- Standardisering av bildeopptak. Skal stordata bildeanalyser bli konsistente og valide, må de data som skal analyseres (f.eks. histogramanalyse, mønstergjenkjenning) være innhentet på en standardisert måte
- Oppbygning av store databaser. Store databaser i radiomics-sammenheng vil være nasjonale og internasjonale, og etablering og oppbygning av slike vil kreve nye løsninger for å ivareta personvern og datasikkerhet
- Deling av data på tvers av institusjoner og land. Dette vil kreve tilgang til skyløsninger på tvers av institusjoner, regioner og land, noe som krever sikrere IT-løsninger og oppdatert lovverk
- Standardisering av analyseverktøy. Skal analyser av stordata bli sammenlignbare og pålitelige, må også verktøyet som benyttes til analysene, bli standardisert

Oppsummering av fremtidig behov

- Frem mot 2035 vil antall pasienter øke mer enn befolkningsveksten. Andelen eldre blir større, og de gamle blir enda eldre med flere tilfeller av kreft og større komorbiditet.
- Behovet for bildediagnostikk og bildeveiledet intervensjonsbehandling vil øke mer enn økningen av antall pasienter. Antall bildediagnostiske undersøkelser per pasient vil øke, og de mest ressurskrevende undersøkelsene (CT, MR, PET/CT, PET/MR) vil øke mest.
- For OUS vil behovet for bildetolkning øke mer enn behovet for økt egenproduksjon.
- Det forventes økende bruk av radiologiske modaliteter ved ulike kirurgiske inngrep.

4.13 Laboratoriemedisin

God laboratoriediagnostikk er avgjørende for å sikre god behandling av alle pasientgrupper, og avdelingene i klinikk for laboratoriemedisin bidrar med dette inn i alle pasientforløp. Klinikkenes virksomhet påvirkes av samfunnsutvikling og demografi samt av fag- og teknologiutvikling.

Fag- og teknologiutvikling - Implikasjoner for klinikk for laboratoriemedisin

Persontilpasset medisin

Persontilpasset medisin, presisjonsmedisin og skreddersydd medisin er begreper som brukes om en medisinsk behandling som er spesialtilpasset den enkelte pasient på en helt annen måte enn i dag. Alle sykdomsgrupper har et stort potensiale for forbedret behandling gjennom mer persontilpassing av behandlingen.

Mot 2035 antas en utvikling med stort behov for integrert analyse av data fra genomikk, proteomikk, metabolomikk og digitalisert bildediagnostikk av celler og vev for alle fagfelt i tillegg til kliniske data.

Etablering av de viktigste muliggjørende teknologiene for PM vil måtte skje i avdelinger i KLM. Storskalateknologiene som er aktuelle har ulik klinisk modenhet. Genomikken er den mest modne og er allerede i noe omfang etablert diagnostikk i KLM. Andre «omics»-teknologier som proteomikk og

metabolomikk forventes å videreutvikle seg fra forskningsverktøy til nyttige diagnostiske metoder i årene som kommer. De analytiske plattformene for å undersøke metabolomet brukes allerede ved mistanke om medfødte metabolske sykdommer, men har et potensiale for anvendelse i utredningen av en rekke andre vanlige sykdommer og tilstander som for eksempel diabetes og stoffskiftesykdommer. Et annet viktig utviklingstrekk er at den enkelte pasients evne til å respondere på og tolerere aktuell behandling får økende betydning og derved at farmakogenomikk blir et sentralt fundament for persontilpasset medisin. Innen laboratoriefag ses nå en økende bruk av digitaliserte bilder slik man har sett innen radiologi. Innen 2025 foregår antakelig det meste av morfologisk diagnostikk i patologi på en digital plattform, og ikke i mikroskop. Innen bakteriologi forventes også en overgang fra tradisjonell avlesning av dyrknings-skåler til digital bakteriologi. Kunstig intelligens (KI)-støtte til diagnostikk forventes også å få økende betydning.

Farmakometri

Farmakometri innebærer å bruke objektive matematiske algoritmer/modeller med systematisk pasientinformasjon til å kalkulere konsekvens for legemiddelbehandlingen. Beregningsmodellene er basert på omfattende datamateriale i den aktuelle pasientpopulasjonen. Dette brukes sammen med den individuelle pasientens kliniske data (eks. farmakologi, fysiologi, demografi, genetik) til å predikere og simulere kliniske utfall ved ulike behandlingsvalg, og gir dermed nyttig beslutningsstøtte for videre behandling. Dette forventes å bli et viktig element innenfor persontilpasset medisin.

Digital patologi

Prognosen tilsier at antall krefttilfeller vil øke betydelig framover, samtidig som flere overlever kreft. Flere av de som overlever kreft i første omgang vil imidlertid ha en «kronisk» kreftsykdom og seneffekter etter behandling som krever diagnostisk oppfølging/monitorering. Omfanget av arbeid per laboratorieprøve øker fordi det hele tiden utvikles nye tester som skal gjøres på tumormaterialet for å gi pasienten optimal behandling. Disse tre forholdene tilsier at belastningen på patologilaboratoriene vil øke sterkt framover. Digitalisering er en metode som kan åpne for endrede driftsformer innen patologi, og som kan redusere flaskehals. Rasjonalet for digitalisering av patologi er godt dokumentert.

Big Data

Storskala analysemetoder er i noen grad alt implementert i laboratediagnostikken, og vil øke betydelig i omfang i årene som kommer. Det vil føre til behov for en IKT-infrastruktur for tungregning og tunglagring. Digitalisering av bildediagnostikk (digital patologi) vil medføre det samme behovet.

Selvmonitorering

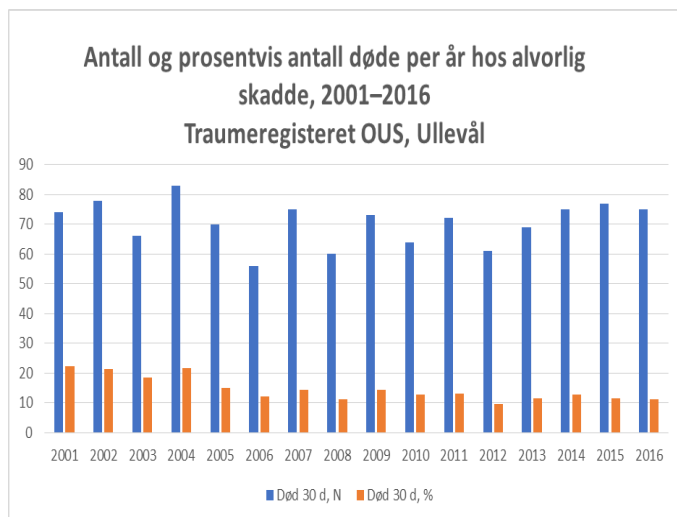
Parallelt med storskala analyser i diagnostikk og digitalisert bildebehandling innen patologi, forventes økende bruk av selvmonitoreringsutstyr hos pasienter. Slikt utstyr vil kunne bli knyttet opp mot automatiserte IKT-algoritmer for kontinuerlig monitorering og diagnostikk. Å samle ansvaret for selvmonitoreringsløsninger i ett miljø vil kunne sikre kvalitet, pasientsikkerhet og kostnadseffektivitet bedre enn om en lang rekke ulike kliniske miljøer skal etablere separate løsninger for bruk av slikt utstyr. En samlet organisering vil også bedre kunne trygge hensynet til personvern og etterlevelse av personvernforordningen.

Organisering av laboratoriemedisin

Mellomlangsigte tiltak (-2025)	Langsiktige tiltak (-2035)
<ul style="list-style-type: none"> • OUS tilbyr diagnostikk basert på genomikkanalyser innført for analyser innen alle laboratoriespesialiteter. • OUS sørger for at målrettet medikamentkartlegging («drug screens») i kulturer av kreftceller er innført i større grad. • OUS har utvidet bruk av hurtigdiagnostikk for rask påvisning av smittestoff og resistensbestemmelse. • OUS legger til rette for at allerede etablert screening for livmorhalskreft (HPV), brystkreft og tykktarmskreft kontinueres, og høyriskopasienter plukkes ut for videre undersøkelser (selektert screening) på basis av arvelighet, arbeidsmiljø og livstil. • OUS er pådriver for videre digitalisering av patologi-faget. • OUS sørger for økende grad av automatisering av laboratorieanalyser innen all laboratediagnostikk - også innen tradisjonelt manuelle laboratedisipliner som bakteriologi og patologi. • OUS bidrar til at ny generasjon av laboratoriespesialister med kompetanse innen storskala molekylære analyser og «big data analytics» er under utdanning. • OUS ansetter i større omfang nye yrkesgrupper (f.eks. med bioinformatikk- og biostatistikkkompetanse, kombinert med høy IKT-kompetanse). • OUS bidrar til implementering av selvmonitorering for enkelte pasientgrupper. • OUS sørger for at kliniske beslutningsstøttesystemer og kompetanse til utvikling av dette er etablert i laboratoriefagene. • OUS sørger for at laboratoriefagene forblir hoveddeltakere i de tre prospektive biobankene: <ul style="list-style-type: none"> ○ Kreftbiobank. ○ Nevrobiobank. ○ Hjerte/karbiobank 	<ul style="list-style-type: none"> • Nytt laboratoriebygg ved OUS er ferdigstilt • OUS bidrar til at genomsekvensering av hele befolkningen er blitt rutine m.t.p. screening og fortløpende diagnostikk basert på ny kunnskap («in silico» rekvirering av analyser). • OUS sørger for at mikrobiom (diagnostisk kartlegging av bakteriesammensetning og bakterielle faktorer hos mennesket) er innført som rutinediagnostikk for en del sykdommer. • OUS legger til rette for at andre storskala analytiske metoder (metabolomikk, proteomikk) er etablert for en del sykdommer. • OUS etablerer et «mottakssenter» for pasientnær monitorering og analyse • OUS bidrar til etablering av regionalt og/eller nasjonalt IKT-senter for tungregning og tunglagring OUS etablerer en «avdeling» for «big data analytics» innen diagnostikk En ny «forskningsbiobankavdeling» bør opprettes, med ansvar for alle prospektive biobanker ved sykehuset, og som samler materiale fra klinikkens prøvetilganger.

4.14 Traumatologi

Traumatologi er i sin natur tidskritisk, tverrfaglig, og forutsetter høyspesialisert akuttkompetanse. Oslo universitetssykehus, Ullevål har landets største akutt- og beredskapsmiljø.



Figur 15: Antall døde og %-vis antall døde i gruppen av pasienter med alvorlig skade (Injury Severity Score (ISS) > 15) for perioden 2001–2016. Basert på seleksjon av 8.124 pasienter

Det er en rekke gjensidige avhengigheter mellom akuttmedisin, akuttkirurgi og traumatologi som stiller krav til tett samarbeid mellom spesialiteter og volum for vedlikeholdt kompetanse.

Både nasjonalt og internasjonalt er det økende fokus og forventinger til beredskap, spesielt for store hendelser og terror. Figuren til venstre viser at mortaliteten i denne gruppen er halvert, og har gått ned fra 22,4% i 2001 til 11,4%. Antall døde med ISS > 15 er omtrent konstant til tross for at pasientinkludering har økt fra 843 i 2001 til 2062 i 2016

Det er bred enighet om at nøkkel til suksess i ekstraordinære beredskapssituasjoner er et velfungerende system i det daglige og at den samme jobben skal gjøres i en beredskapssituasjon som i daglig drift.

Antall alvorlig skadde behandlet ved OUS, Ullevål har vært jevnt økende og vanligste skademekanismer er veitrafikkulykker, fritids- og arbeidsulykker samt vold, ofte i kombinasjon med rus. Skader er hyppigst forekommende dødsårsak i aldersgruppen 1–40 år.

Adekvat organisering av traumatologi i Norge er godt beskrevet i «Nasjonal Traumeplan», inkludert krav til traumesenterfunksjon. www.traumeplan.no. Videre har OUS utarbeidet eget «Policydokument» for traumatologien i OUS.

Sykdomsutvikling

Bedrede levekår og økt forventet levealder, tilflytting og nybygging i større byer samt økt økonomisk og sosial frihet tilsier at de vanligste skademekanismene som nevnt over vil fortsette å generere mange alvorlig skadde.

Eldre og sykere pasienter vil overleve med økt bruk av sykehusressurser, spesielt intensivavdelinger og avdelinger for rehabilitering.

Fagutvikling 2020-2025

Den sykehusbaserte traumatologien vil i minimal grad bli påvirket av nye trender innenfor helsetjenesten i form av bedret teknologi, telemedisin, skifte fra inneliggende til poliklinisk behandling samt hjemmebaserte tjenester, robotkirurgi etc. Når det gjelder teambasert tidskritisk behandling vil telemedisin alltid utgjøre et dårligere tilbud enn tilstedeværelse.

- Det er økende subspecialisering i alle fag. Dette gjør det vanskeligere å samhandle i akutte situasjoner.
- Økende ikke-operativ behandling av skader er en ressurskrevende kirurgisk beslutning som krever erfaring.
- Økende krav til reell kvalitetssikring i hele behandlingskjeden.

- Mindre toleranse i befolkningen for uønskede hendelser og feil.
- OUS er i betydelig og økende grad regional akutt bakvakt.
- Økt sentralisering både for traume/akuttkirurgi/akuttmedisin.
- Økende ansvar mot regionen, oppfølging og fagutvikling.

Fagutvikling 2025-2035

- Terrorberedskapen vil bli stadig viktigere. Dette krever et stort og høyspesialisert akuttmiljø som vedlikeholder bred kompetanse (på samme lokalisasjon).
- Mer uttalt subspesialisering innen mange fagområder, mer høyspesialisert akuttmedisinsk behandling.
- Mer krevende å vedlikeholde akuttmedisinsk kompetanse.
- Strengere kompetansekrav til behandling av barn.
- Flere eldre – økt behov for samarbeid med medisin/geriatri – økt komorbiditetsproblematikk.
- Endring i infeksjonsbilde/resistensproblematikk – behov for isolater vil øke. Beredskapsaspektet må ivaretas.
- Videreutvikling av diagnostikk – utvidet samarbeid med radiologisk fagområde.
- Videreutvikling av resusciteringsstrategier – nært samarbeid med blant annet laboratoriemedisin og blodbanken.
- Samlokalisering av traumebehandling med annen akuttvirksomhet, for å opprettholde god kvalitet.

Organisering

Med tanke på å ha god beredskap ved ekstraordinære hendelser eller terror bør OUS øke bevisstheten knyttet til fremtidig kapasitet innen øyeblikkelig hjelp, herunder overvåkningskapasitet. Videre vil det være viktig å vurdere behovet for flere rehabiliteringsplasser.

Hovedmål: Ingen unngåelige dødsfall

Delmål:

- Dagens kvalitet på tjenestene innen traumatologi og beredskap opprettholdes eller bedres.
- Alle spesialiteter som driver med akuttbehandling av pasienter må være umiddelbart tilgjengelige. Traumatologien må organiseres rundt pasienten for å unngå forsinkelser på grunn av transport av pasienter og personell.
- Følge samfunnsutviklingen med økt beredskap for ekstraordinære hendelser og terror.

Forutsetninger for å lykkes med tiltakene

For å lykkes med tiltakene må noen forutsetninger ligge til grunn ved OUS:

- Øke kapasiteten for å holde tritt med veksten i traumatologien og akuttmedisinen.
- Bevare bred tverrfaglig høyspesialisert kompetanse i akuttforløpene.
- Akutt usortert utredning og behandling holdes samlet.
- Akuttsykehuset bør være hovedarbeidssted for alle som behandler akuttpasienter.
- Vurdering av hvor mye akutt- og lokalfunksjon som kan skilles fra traume for å vedlikeholde regional høyspesialisert akutt bakvakts- og beredskapsfunksjon.

Tiltak på mellomlang sikt 2020-2025	Tiltak på lang sikt 2025-2035
<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetssikre og risikovurdere sykehusets fremtidsplaner i lys av traumatologi og øvrig akuttmedisinsk beredskap. • Sikre tilstrekkelig behandlingsskapitet innen traumevirksomheten, herunder personell, utstyr og areal. • Utrede kostnader ved å opprettholde forventet kvalitet og kapasitet innen beredskap lokalt, regionalt, nasjonalt. • Sikre et triagerende akuttinntak i OUS – en dør inn – der pasienten er i fokus. • Etablere traumekirurgisk sengepost med optimalisering av pasientforløp inkludert dedikerte spesialfunksjoner som sosionom, ernæringsoppfølging etc. • Øke antall rehabiliteringssenger på traumesenteret, dvs. 2 senger per 500.000 innbyggere Etablere brannskadeavsnitt i OUS, med plastikkirurgisk seksjon samlokalisert på Ullevål. • Allokere ressurser til kompetanseheving for alt involvert personell i de ulike akuttforløpene 	<p>Sikre tilstrekkelig behandlingsskapitet i akuttstusykehuset, herunder personell, utstyr og areal. Idefaserapporten anslår at akutt- og lokalsykehusfunksjon for minst 60 % av pasientgrunnetaget i nåværende OUS må følge traume.</p>
<p>Effekt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vedlikeholde dagens kvalitet tross økende subspecialisering - som kan bli negativ for traumatologi og beredskap da disse feltene krever tverrfaglig, bred tidskritisk tilnærming. • Sikre nødvendig kapasitetsøkning. • Bedret kvalitetssikring i hele behandlingssløyfen. • Økt pasientsikkerhet og overlevelse. 	<p>Effekt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adekvat modell som skissert vil sikre kvalitet i pasientbehandlingen og adekvat fremtidsrettet beredskap. • Alle spesialiteter som er involvert i akuttbehandlingen må være umiddelbart tilgjengelige, for å opprettholde god akuttmedisinsk beredskap lokalt, regionalt og nasjonalt.

4.15 Kvinnesykdommer

Tilbudet til fødende

- Fødeavdelingen har de siste årene hatt i underkant av 10 000 fødsler per år, fordelt på Ullevål og Rikshospitalet. Avdelingen har en «lavrisikoenhet» som støtter kravet fra Helsedirektoratet om et *differensiert fødetilbud*.
- Sykehuset har regions- og landsfunksjon for syke fødende. Dette gjelder kvinner med kroniske sykdommer, organtransplanterte kvinner og gravide med hjertesykdommer. Fødeavdelingen har regionsfunksjon for HSØ mht. kompliserte svangerskap og landsfunksjon for hjertesyke gravide. Man forventer at nye diagnosegrupper vil få et tilsvarende tilbud i framtiden.
- Selv med et differensiert fødetilbud må enhver fødsel ha kort avstand til en neonatalavdeling. Ved kompliserte fødsler vil det kunne være behov for gynekologisk støtte i form av kirurgisk kompetanse. Tilgang til anestesiresurser, gastrokirurgisk kompetanse og intervensjonsradiologi er sentralt.
- Det arbeides for å tilby kvinner med ukompliserte fødsler hjemreise kort tid etter fødsel, i nært og gjensidig forpliktende samarbeid med kommunehelsetjenesten.
- Reproduksjon i familier med arvelig risiko for alvorlige sykdommer benyttes preimplantasjonsgenetisk diagnostikk til å undersøke om befruktete egg etter in vitro fertilisering (IVF) er friske eller ikke. Det er ønskelig at OUS i framtiden kan tilby behandling. Preimplantasjonsgenetisk screening for å undersøke om embryoet som er tenkt satt inn i en

kvinne etter (IVF) ikke bærer kromosomfeil, kan også bli aktuelt å innføre. Flere nye reproduksjonsmedisinske teknologier er under utvikling for å behandle infertilitet eller forebygge overføring av alvorlig arvelig sykdom til fremtidige barn. Foreløpig er ikke eggdonasjon tillatt i Norge.

- Fertilitetsbevarende tilbud for pasienter som skal gjennomgå behandling som kan skade fruktbarheten, f.eks. kjemoterapi eller bestråling av gonader, er et viktig tiltak for en bedre livskvalitet for pasienter som blir friske etter alvorlig sykdom. Økt bruk av fertilitetsbevarende behandling vil kreve en sterkere infrastruktur.
- Videre utvikling av det reproduksjonsmedisinske tilbud forutsetter et tett samarbeid med bl.a. basalmedisinske fagmiljø, medisinsk genetikk og gynekologi (fertilitetsbevarende kirurgi, endometriosebehandling).

Prenatal diagnostikk / fostermedisin

- Prenatal diagnostikk er regulert av Bioteknologiloven. I dag har omlag 10% av de gravide tilgang til slik diagnostikk, men det er mulig at denne andelen vil øke betydelig i tråd med situasjonen i enkelte andre land.
- Utviklingen innen genteknologi har de siste årene påvirket prenatal diagnostikk, bl.a. med non-invasiv prenatal test hvor fritt føtalt DNA i mors blod benyttes til diagnostikk. Foreløpig er metoden bare tilgjengelig for bruk innen enkelte diagnosegrupper. Det forventes en snarlig utvikling av metoden for flere diagnosegrupper. Dette vil påvirke behovet for invasive diagnostiske tester. Ny genteknologi vil påvirke all form for prenatal diagnostikk.
- I dag er ultralyd den foretrukne bildemodaliteten som benyttes i fostermedisin og i generell svangerskapsomsorg. Høyst sannsynlig vil dette gjelde i lang tid framover, med videre utvikling av ultralydteknologien. Imidlertid vil MR i større grad kunne benyttes i fremtiden.
- Enkelte føtale misdannelser/tilstander er det i dag mulig å operere intrauterint (fosterkirurgi). Mye av denne kirurgien er eksperimentell og nytten må balanseres med økt risiko for preterm fødsel. Man vil forvente et lavt, men økende volum av pasienter hvor dette er aktuelt. Samtidig vil det sannsynlig bli mindre behov for intrauterine blodtransfusjoner.
- Av tilstander/sykdommer som har behandlingsmessig konsekvens i nyfødtp perioden diagnostiseres ca. 50 % i fosterlivet. Det er å forvente at prosentandelen vil øke. Mange av tilstandene vil trenge snarlig behandling i neonatalperioden. Mye av denne behandlingen er regionalisert. Man forventer et utvidet samarbeid mellom svangerskapsomsorgen, fostermedisin og nyfødtpmedisin.

4.16 Barne- og ungdomsmedisin

Barnemedisin (pediatri) har både høy andel øyeblikkelig-hjelp innleggelser og en stor andel pasienter med kronisk alvorlig sykdom med langvarig oppfølging og etter hvert overføring til voksenmedisin. Med effektive vaksiner avtar akutte infeksjoner noe, men utgjør fortsatt en hovedårsak til øhj innleggelse for barn etter nyfødtp perioden. Med stadig bedre og mer avansert behandling av alvorlig sykdom som nyfødte og barn tidligere døde av, utgjør langtidsoppfølging av kronisk syke barn og ungdom en stadig viktigere oppgave.

Kronisk sykdom

- Mange medfødte og også noen ervervede sykdommer lar seg i begrenset grad kurere helt, og mange overlever med betydelig restsykdom og sekveler etter behandling. Dette gjelder både for tidlig fødte, barn med medfødte hjertefeil, langtidsoverlevende etter kreftbehandling og barn med annen medfødte, ofte nevrologisk sykdom, men også ved sykdommer som diabetes hvor senkomplikasjoner i stor grad først viser seg i voksen alder. Oppfølging hos disse viser dessverre mange alvorlige senfølger i mange organer og systemer som hver for seg både krever spesifikk behandling og oppfølging og som krever tiltak og tilrettelegging (habilitering)

og rehabilitering) for å legge til rette for et best mulig liv. Kronisk sykdom krever bred tverrfaglig innsats.

- Endring av sykdomspanoramaet med en økt andel barn og unge med kronisk og/eller alvorlig somatisk sykdom øker behovet for en tverrfaglig, helhetlig, multifaktoriell biopsykososial sykdomstilnærming. Dette er viktig både ved alvorlig somatisk sykdom og for den økende pasientgruppen med store funksjonsutfall hvor bred utredning ikke påviser tydelig somatisk årsak.
- Kronisk og/eller alvorlig somatisk sykdom hos barn og unge medfører en betydelig økt risiko for psykisk lidelse og psykososiale og familiære problemer. Dette innebærer at 30-50% av disse også har en barnepsykiatrisk diagnose. Integrasjon av den somatiske virksomheten med *barne- og ungdomspsykiatrien* faglig og organisatorisk med tverrfaglige utrednings-/behandlingsteam og pasientforløp vil være viktig i framtiden.

Utvikling av ny behandling

- Det pågår en rask utvikling av ny og ofte svært kostbar behandling for alvorlig, ofte arvelig sykdom. Flere og flere sjeldne, alvorlige sykdommer lar seg både diagnostisere (som ved utvidet nyfødtscreening og nye genetiske sekvenseringsmetoder) og spesifikt behandle når årsak og patogenese i større grad er kjent. Persontilpasset behandling omfatter både behandling tilpasset patogenesen, samt genterapi hvor gener endres og repareres.
- En av de store utfordringer fremover er å kunne tilby kostbar ny behandling til barn der det er forventet å kunne gi betydelig gunstig effekt og oppfattes som etisk forsvarlig. Her er det behov for å utvikle felles nasjonale kriterier for både oppstart av og avslutning av behandling, sammen med nasjonale oppfølgingsregistre.
- For mange alvorlige sykdommer hvor målrettet behandling er mulig, gjelder at jo tidligere sykdommen oppdages og behandling iverksettes, jo bedre er effekten. Nyfødtscreeningen er en nasjonal behandlingstjeneste i OUS. Denne ble i 2012 utvidet fra 2 til 23 sykdommer og fra 2018 til 25 sykdommer. Ytterligere utvidelser forventes de neste årene.

Samhandling og oppgavedeling

- Etter hvert som diagnostikk og behandling av alvorlig sykdom forbedres, blir det stadig vanskeligere å avslutte diagnostikk og/eller behandling av alvorlig sykdom på lokalsykehus uten involvering av regionsykehuset (OUS). Dette kan bidra til sentralisering. Dette kan kompenseres gjennom godt samarbeid med øvrige sykehus om pasientforløp, behandlingsprotokoller og oppfølgingsveiledere slik at alle får tilgang til den beste behandlingen samtidig som det som kan ivaretas lokalt, blir ivaretatt lokalt.
- Videreutvikling av regionale og nasjonale IKT systemer og innføring av elektroniske pasientkonsultasjoner vil være avgjørende for effektivt samarbeid.
- Innleggelse i sykehus må unngås der det er mulig. Dette kan ivaretas både gjennom fortsatt overgang til dagbehandling og poliklinikk samt ved ytterligere utvidelse av avansert hjemmesykehus hvor sykehuspersonell reiser hjem til pasienten for å gi behandling, samt tilse pasient med elektronisk overvåkning. Det planlegges at det etablerte hjemmesykehuset for barn utvider til døgndrift og at antallet senger/plasser utvides.
- De barna som må være innlagt i sykehuset blir stadig sykere. Intermediærenheter/barneovervåkning med personell med særlig opplæring og erfaring og godt samarbeid med barneintensiv og øvrige sengeposter vil bli stadig viktigere.
- Moderne, helhetlig barnemedisin krever tverrfaglig samarbeid, hvor mange ulike yrkesgrupper jobber sammen om å gi et best mulig tilbud. Det er viktig i framtiden at utvalgte medarbeidere innen ulike yrkesgrupper får utvidet ansvar innen spesifikke mer avanserte oppgaver sk jobblidning.
- Ungdomshelse og overgang fra barn til voksen ved kronisk sykdom er områder som må ivaretas og videreutvikles spesielt. Å være ungdom med kronisk sykdom gir spesielle

utfordringer som må møtes på en god måte. Mange erfarer at overgangen fra barnealder med tett oppfølging fra foreldre og barneavdeling til et voksenliv hvor man forventes å ta over ansvaret selv samtidig som sykehusoppfølgingen ofte blir mindre tett, er vanskelig. Barnelegeforeningen har utarbeidet en modell for barn og unge med diabetes og denne vil bli brukt som mal for andre pasientgrupper.

Tiltak som kan påvirke forekomst av sykdom

- Tidlig fosterdiagnostikk og ev. preimplantasjonsgenetisk diagnostikk vil kunne bidra til at færre barn med misdannelser og alvorlig arvelig sykdom fødes. Dette kan i framtiden redusere forekomsten av bl. a. alvorlig medfødt hjertesykdom slik dette har skjedd bl. a. i Danmark.
- Forbedret allmenn helse og bedret svangerskapsomsorg kan redusere andelen for tidlig fødsel, som vil kunne redusere antallet nyfødte med alvorlig sykdom.
- En konkret og betydelig økende utfordring er smitte mellom pasienter, pårørende og ansatte med resistente bakterier ev. smittsomme virus. Økende reisevirksomhet, flyktninger og barn med medfødt eller behandlingsindusert immunsvikt bidrar alle til at smitte og risiko for smitte er et betydelig problem. Smitteproblemet og resistensutvikling forventes å øke fremover. Omfattende tiltak må iverksettes for å møte disse utfordringer, som klok antibiotikabruk, gode daglige arbeidsrutiner og bedre byggstandard.

Internasjonalt samarbeid

- Internasjonalt samarbeid vil bli viktigere innen persontilpasset medisin for sjeldne sykdommer og sykdommer som krever høyspesialisert behandling. EU vektlegger de 24 nylig etablerte ERN (European Reference Networks) innen ulike sykdomsområder med mål om at disse skal være sentrale innen både behandling av enkeltpasienter, utvikling av felles behandlingsprotokoller, utdanning og forskning. OUS planlegger å delta i flere av disse nettverkene i årene framover.

Utvikling innen ulike fagområder

- **Nyfødtmedisin** - Virksomheten inkluderer tung intensivmedisinsk behandling av livstruende syke barn og støttende behandling eller utredning av mindre intensiv karakter hos mindre alvorlig syke barn. Ved OUS forventes en fremtidig økende aktivitet innen nasjonale og regionale funksjoner og med større andel som krever intensivbehandling. Dette gir areal- og utstyrsmessige utfordringer, økt behov for kompetent personell samt investeringer i fagutvikling og forskning. Norsk nyfødtmedisinsk kvalitetsregister er sentralt i arbeidet.
- **Hjertesykdommer** - Barnekardiologi har gjennomgått en dramatisk utvikling i de siste tiårene ved nye og bedre behandlingsmetoder som har medført en betydelig forbedret overlevelse. Hjertesyke barn er en stor og kompleks pasientgruppe ved OUS. Behandling av medfødte hjertesykdommer representerer en av sykehusets nasjonale funksjoner, basert på multidisiplinært samarbeid innen sykehuset og tett kontakt med landets barneavdelinger. Omsorgsbehovet i pasientgruppen øker som følge av økt overlevelse. Flere barn lever med komplekse problemstillinger som øker behovet for oppfølging, re-intervensjoner, transplantasjoner og ikke minst støttetiltak og habilitering.
- **Barnenevrologi/nevrohabilitering** - Fagområdet omfatter alle medfødte og ervervede misdannelser, sykdommer og funksjonsforstyrrelser i nervesystem og muskulatur. Mange pasienter har flere helseproblemer, og langvarig oppfølging og habilitering er ofte nødvendig. I de siste årene har man sett en rask utvikling innen grunnleggende nevrovitenskapsforskning, genetiske teknikker og bildediagnostikk. Det kreves tverrfaglig tolkning av analyseresultater. I framtiden forventes vekst i ny medisinsk persontilpasset behandling, stamcellebehandling, genterapi og immunmodulerende terapi. OUS vil ha en

sentral rolle i forskning på og oppstart av slik behandling, i samarbeid med lokale sykehusavdelinger.

- **Barnekreft og blodsykdommer** - Mer presis molekylærgenetisk diagnostikk med direkte behandlingsekvenser vil få stor betydning for differensierte kliniske behandlingsvalg hos barn med kreft. Det medfører overgang til individuelle strategier med skreddersydd behandling for spesifikke diagnosegrupper som hver inkluderer få eller kun en pasient årlig. Mer høyspesialisert og kostnadskrevene diagnostikk og behandling vil kreve større ressurser og vil innebære en sentralisering. Det generelle behandlingstilbud må desentraliseres. Stadig flere barn overlever kreftsykdom grunnet forbedret behandling, men mange utvikler til dels invalidiserende seneffekter som må kartlegges og behandles.
- **Allergi og lungesykdommer** - En forventer på mellomlang sikt videre økning av allergi, særlig matvareallergi inkludert anafylaksi. På lang sikt forventes mer effektiv behandling og forebygging som reduserer forekomsten av allergi. Innen lungesykdommer forventes videre økning i kronisk respirasjonssvikt hos barn som er født premature og hos barn med komplekse misdannelser og syndromer som overlever nyfødtpå perioden, samt økning i lungekomplikasjoner relatert til transplantasjon og immunsvikt. Monitorering av langtidsmekanisk ventilasjonsstøtte, medisinbruk og lungefunksjonsmåling vil i framtiden lettere kunne foregå i hjemmet og resultatet overført elektronisk. Innen de sjeldne genetiske lungesykdommene vil det bli en utvikling i «personilpasset medisin» med gentilpasset behandling. Det forventes at lungetransplantasjon blir aktuelt også for barn.
- **Spesialisert barnemedisin og transplantasjonsmedisin** - Pediatrisk hepatologi, nefrologi, immunologi og medfødte stoffskiftesykdommer er alle høyt spesialiserte fag med mange sjeldne diagnoser. Med ny genteknologi vil man forvente at flere diagnoser vil bli satt. Nye biologiske medikamenter med nye bivirkningsprofiler og nye indikasjoner vil ses. Dette stiller økende krav til kompetanse og tverrfaglig samarbeid.
- **Barneendokrinologi inkl. diabetes** - Endokrinologifaget preges av mange små diagnosegrupper med unntak av *type 1 diabetes* som er en av de hyppigst forekommende kroniske sykdommer i barnealder. Diabetesomsorgen vil framover være preget av bruk av pumper og sensorer, dvs. tekniske løsninger som læres bort til pasienter og foreldre til egenbehandling. Dette kan forenkle hverdagen for pasienten, men det vil kreve mer støtte fra helsepersonell, og det vil ikke redusere behovet for opplæring og oppfølging. Endokrinologien forøvrig er et utredningstungt fag, med mange blodprøver og tester som følges opp mellom polikliniske konsultasjoner.
- **Gastroenterologi** -Inflammatorisk tarmsykdom hos barn (IBD) har stigende forekomst med krevende diagnostikk og behandling i et samarbeid mellom mange sykehusspesialiteter og yrkesgrupper. Det er økende forekomst av pasienter med «korttarm»/tarmsvikt, med store ernæringsutfordringer. OUS har regionsfunksjon for flere og alvorlige gastroenterologiske problemstillinger. Det vil også framover være stort behov for god samhandling med lokalsykehusene om disse pasientene. Det vil være et stort behov for personell spesielt knyttet til endoskopier og ernæringsbehandling.
- **Infeksjoner** - Det er forventet en fortsatt økende forekomst av resistente mikrober, som stiller store krav til riktig antibiotikabruk og smitteverntiltak. Sykdomspanoramaet er endret etter at rotavirusvaksinen ble innført. Resistente mikrober gir i økende grad infeksjoner med et alvorlig langtrukket forløp, med behov for sykehusinnleggelse. OUS har regionale funksjoner når det gjelder å følge opp og behandle barn med HIV, hepatitt B og C.
- **Nyfødtscreeningen** - Nyfødtscreeningen er en nasjonal behandlingstjeneste som gir alle nyfødte i Norge tilbud om screening for 25 alvorlige medfødte tilstander. Tjenesten er regulert av egen Forskrift nr. 1706 av 17. desember 2010. OUS har som overordnet mål å gi tilbud av internasjonal ledende kvalitet innen nyfødtscreening, diagnostikk og pasientoppfølging.

- **Sjeldne sykdommer** -OUS har både fire av Norges 9 nasjonale kompetansesentre for sjeldne diagnoser og den samlede overordnede strukturen for alle 9 sentre: NKSD (Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser). Det arbeides i NKSD for etablering av et demografisk oversiktsregister for sjeldne diagnoser (www.sjeldenregisteret.no).

4.17 Øyesykdommer

Innen øyesykdommer er OUS lokalsykehus for Oslo og Akershus (minus Asker, Bærum og Vestby). Avdelingen er Norges desidert største øyeavdeling og har regionale oppgaver for 1/3 av landets befolkning (all netthinnekirurgi), flerregionale oppgaver (uveale melanomer) og nasjonale oppgaver, og har i realiteten et nasjonalt ansvar for kompliserte øyelidelser. Avdelingen er hovedansvarlig for øyeforskning i landet. Avdelingen ble nylig sertifisert av European Board of Ophthalmology som den første øyeavdeling i Norge.

14 % av alle operasjoner på OUS gjøres i dag på øyeavdelingen. Øyesykdommer som katarakt, glaukom, maculadegenerasjon og diabetes vil i framtiden øke kraftig, tilsvarende den forventede demografiske utvikling. På bakgrunn av erfaringene de siste 5 årene vil tilgang av pasienter øke med 25 % frem til 2025.

Framtidig utvikling

Utvikling av nytt utstyr vil gi nye muligheter når det gjelder kirurgi ved lidelser i netthinnen og hornhinnen. Robotkirurgi innen begge disse områdene vil etableres innen 2025. Det vil komme automatisert digital screening av synstruende komplikasjoner i netthinnen, spesielt ved diabetes. Behandling av arvelige netthinnesykdommer vil bli en etablert behandling innen 2025. Avdelingen vil mest sannsynlig gjøre transplantasjon av deler av netthinnen innen den tid.

Avdelingen er et eksempel på at man kan oppnå store faglige og forskningsmessige gevinster ved å slå sammen to mindre miljøer (2004) Denne erfaringen er viktig for tilsvarende fremtidige prosesser på OUS. Det er en fare for at dette kan gå tapt dersom avdelingen ikke fortsetter som en faglig samlet, autonom avdeling. Det er helt avgjørende for avdelingen at man tar hensyn til dette gjennom idefasen for de bygningsmessige alternativer.

Øyeavdelingen har tett samarbeid med kollegaer fra plastikk, øre-nese-hals, kjevekirurgi og nevrokirurgi, samt fra barneavdelingen og endokrinologisk avdeling. Avdelingen bør i framtiden geografisk ligge med nærhet til omtalte samarbeidende enheter.

Det er utarbeidet en samarbeidsavtale med avtalespesialistene. Det er enighet om at avtalespesialister i hovedsak bør være andrelinjetjenesten, og ha hovedansvaret for de vanligste oftalmologiske tilstandene. Øyeavdelingen bør være en tredjelinjetjeneste, med hovedvekt på avanserte kirurgiske inngrep og poliklinisk utredning av de mer kompliserte og sammensatte tilstandene. Avdelingen bør ha et eget ansvar for barn med øyesykdommer og ha et regionalt ansvar for kompliserte øyeskader.

4.18 ØNH - sykdommer

ØNH-avdelingen er i hovedsak en regionsavdeling med en mindre del øhjelp og ordinære områdefunksjoner. Den største pasientgruppen er kreft i hode og halsområdet. Den nest største aktiviteten er cochleaimplantat (CI, landsfunksjon for barn) og CI-teamet ved OUS ligger langt framme i utviklingen. Høyspesialisert laryngologi og rhinologi er også viktige oppgaver.

Kreft i hode-halsområdet øker med 5% per år, og denne utviklingen vil fortsette. Spesielt øker HPV-relatert orofarynxkreft. Medisinsk og teknologisk utvikling gir nye muligheter i framtiden. Det gjøres rekonstruksjon etter store kirurgiske reseksjoner i økende grad med frie mikrovaskulære transplantat

som er ressurskrevende, men gir bedre funksjon. Orofacial rehabilitering etter kirurgi og strålebehandling er et satsningsområde som har blitt prioritert. Transoral robotkirurgi, robotassistert cocleaimplantasjon og 3D videoassistert mikrokirurgi vil endre behandlingen framover. En forventer en økning på 25-50 % i pasientgrunnet for regionsfunksjonene i løpet av de neste 10 årene, samt behov for betydelige investeringer i medisinsk teknologi.

4.19 Plastikk- og rekonstruktiv kirurgi

Den elektive virksomheten er konsentrert om behandling av medfødte misdannelser, kreftrelatert kirurgi/rekonstruksjon samt andre ervervede lidelser. I tillegg behandles traumer, brannskader, alvorlige infeksjoner, samt tilstander etter annen kirurgi ved OUS (vesdefekter). Virksomheten ivaretar landsfunksjon for behandling av store hemangiomer og vaskulære malformasjoner, transseksualismer og kraniofaciale lidelser i samarbeid med andre kirurgiske spesialiteter.

Det forventes en økning i virksomheten, spesielt knyttet opp til økning i krefttilfeller, profylaktisk brystkirurgi og kjønnsdysfori/transseksualisme. Utvikling av mikrokirurgiske teknikker gir nye muligheter.

4.20 Kjeve- og ansiktsskirurgi

Virksomheten innbefatter behandling av kraniofaciale misdannelser, bittkorreksjon, kjeveleddskirurgi og rekonstruktiv kirurgi, og er sentrale i sykehusets traumebehandling. Dette er en høyspesialisert virksomhet som forventes å øke, både innen traumer og elektiv virksomhet.

4.21 Organtransplantasjon

OUS forvalter den nasjonale den nasjonale behandlingstjenesten for organtransplantasjon. Transplantasjonsprogrammet omfatter transplantasjon av hjerte, lunger, nyrer, lever, pancreas samt pancreas-øyceller. For drive transplantasjonsvirksomheten trenger man et bredt anlagt sykehus med mange høyspesialiserte spissfunksjoner slik de finnes i OUS, Rikshospitalet. Dette skyldes dels de organsvikt-tilstander som trenger et transplantasjonskirurgisk tilbud, dels nødvendig utredning, samt håndtering av organsvikt i intensivmedisinsk sammenheng og behandling av alvorlige komplikasjoner til transplantasjon og immunsuppresjon. For å bedømme volumendring frem mot 2035, er det nødvendig å betrakte de enkelte organsystemer særskilt.

Organdonorer

Norge inngår som partner i Scandiatransplant samarbeidet (www.scandiatransplant.org).

Hvert av landene i Norden er populasjonsmessig for så for å sikre god matching på vevstyper. Formålet med denne organisasjonen som er etablert av Nordisk Råd og som eies av de 10 aktive transplantasjonssentrene i Norden er to-delt:

- Å utveksle organer på definerte match-kriterier slik at det blir optimalt samsvar mellom giver og mottaker
- Å sikre et «Urgent-listing» system ved akutt svikt i vitale organer (lever, hjerte, lunge).

Hvert år meldes mellom 300-330 potensielle organgivere til Rikshospitalets transplantasjonskoordinatorer. Hos disse pasientene foreligger det intracerebral sykdom/skade som kan lede til opphørt blodsirkulasjon til hjernen. Ca 50 % av donorene avslås fordi de ikke tilfredsstillers medisinske kriterier. Hos 20-30 % av de gjenværende giverne velger de pårørende å si nei til organdonasjon. Samlet sett gjør dette at man har ca 100-120 donorer pr år, eller 20-22 donorer pr million innbyggere. Den mest nærliggende måten å sikre at tallene opprettholdes eller eventuelt øker i framtiden er å arbeide for at flest mulig sier ja til organdonasjon, samt at deteksjon av potensielle donorer i landets intensivavdelinger er nærmere 100 %.

Internasjonalt har stadig flere land startet med donasjon etter sirkulatorisk død, DCD, (hjerstestans). Det er en pågående diskusjon i Norge om metoden også skal innføres i Norge. Skulle metoden bli innført kan man forvente en økning i antall organgivere av bukorganer på mellom 10-30 %, og dette

er derfor en viktig forutsetning for at ventelistene for organtransplantasjon, og dermed mortaliteten på ventelisten skal øke vesentlig.

Nyretransplantasjon

Den årlige insidensen av terminal nyresvikt (ESRD – End Stage Renal Disease) er omkring 100 pasienter pr million innbyggere. Alderssammensetning og større grad av flerkulturell befolkning gjør at det er rimelig å anta at insidensen kan øke med ca 10-15 % i perioden frem mot 2035. Omkring 60 % av disse pasientene er transplantasjonskandidater. Årlig transplantasjonsbehov for nyrer er nå ca 300. Behovet kan bare dekkes ved at man også benytter levende givere i størst mulig grad. Målsettingen er at minst 30 % av transplantasjonene skal komme fra levede giver. Basert på de ovenstående betraktninger, og gitt at Norge tar i bruk DCD-donasjon, vil det være rimelig å anta at årlig nyretransplantasjonsvolum øker til 350 nyretransplantasjoner i perioden.

Levertransplantasjon

Antall levertransplantasjoner i Norge er ca 20 pr million innbyggere pr år. I et mer flerkulturelt samfunn er det rimelig å anta at behovet med dagens indikasjoner vil øke med 10-15 % på grunn av endret insidens av virushepatitt, og økning av livsstilssykdommer. Ventetiden for levergraft er i 2018 median ca 6-8 uker. Gitt en økning i antallet givere vil man i større grad kunne tilby transplantasjon ved primær leverkreft og til selekterte pasienter med sekundære leversvulster. Tilgangen kan også til en viss grad økes ved å benytte del-lever transplantasjon til utvalgte grupper. Bruk av levende giver har så langt ikke vært nødvendig i Norge annet i enkelte tilfeller hos barn. Samlet sett kan man forvente at årlig lever-transplantasjonsvolum vil kunne øke til over 25 transplantasjoner pr million innbyggere per år.

Pankreas og øyceller

Transplantasjon av helorgan pankreas skjer enten som kombinert nyre-pankreas transplantasjon til diabetikere med nyresvikt, eller som isolert pankreastransplantasjon til pasienter med diabetes som ikke kan reguleres medikamentelt. Volumet er ca 30-50 transplantasjoner pr år. Det forventes ingen stor økning i antallet framover.

Øyceller isolert fra pankreas fra avdøde givere kan transplanteres til diabetikere med lavt insulinbehov. Dagens volum er kun 10-12 pasienter per år, med mulig økning til ca 50 i perioden. På dette området skjer en betydelig medisinsk og teknologisk utvikling med stamcelle baserte løsninger og computerstyrt hormontilførsel.

Hjerte- og lungetransplantasjoner

Transplantasjonsvirksomheten for hjerte- og lunger er med dagens teknologi en operativ ø.hj. aktivitet, mens utredningen for transplantasjon med få unntak er elektiv.

Aktiviteten begrenses av donortilgangen. For hjerte- og lungepasienter har dette vært organgivere med kunstig opprettholdt sirkulasjon og andre organfunksjoner etter total og irreversibel hjerneskade. Ca. 35 hjertetransplantasjoner og 35 lungetransplantasjoner utføres hvert år.

Gjennom Scandiatriansplantsamarbeidet det vært mulig å utføre flere transplantasjoner både for kritisk syke pasienter og andre som er akseptert til venteliste for transplantasjon. Selv om transplantasjonsratene er relativt høye i Norge er det et stort frafall på transplantasjonslistene. Uten en nettoimport av lungetransplantater ville aktiviteten vært lavere og sannsynligvis med et større frafall på ventelistene.

Følgende kan øke organtilgangen og redusere ventelistene for transplantasjon samt dødelighet på ventelistene:

- Sikre at organisasjon og personell arbeider etter de føringer som er gitt i Transplantasjonsloven
- Sikre at det er ressurser slik at alle organtilbud kan utnyttes fullt ut.

- Innføre teknikker som kan optimalisere funksjon i alle transplantater som er tilgjengelige ved x-vivo perfusjon og «rekondisjonering»
- Anvende DCD teknikker for å øke antall transplantater
- Anvende hjertepumper som «*permanent behandling*» til et større antall hjertesyke, som er *mindre egnet* for allogen transplantasjon.
- Anvende ECMO som «*bro til transplantasjon*» for kritisk lungesyke

Det er i dag et udekket nasjonalt behov for hjerte- og lungetransplantasjoner i Norge basert på frafall fra ventelistene. Gjennom nevnte tiltak bør det være mulig å øke antall transplantasjoner med ca. 50 per år fram mot 2035.

Generelle utviklingstrekk

Fram til 2035 er det en rekke utviklingstrekk som kan påvirke volumanslagene som er berørt over:

- Maskinperfusjon av organer kan gi mulighet for rekondisjonering og behandling av graft ex-vivo slik at flere organer som i dag avslås for transplantasjon kan benyttes.
- Utviklingen av induserbare pluripotente stamceller kan lede til at man kan designe deler av eller hele organer til utvalgte mottakere, uten bruk av immunsuppresjon. Dette vil dermed kunne lede til betydelige endringer i operasjonsvolumer og indikasjonsstillinger, spesielt innenfor kreftområdet. Det er vanskelig å anslå hvilke praktiske implikasjoner dette har på kort sikt, men det er sannsynlig at denne type teknologi vil påvirke transplantasjonsmedisinen i et 15 års perspektiv.
- Forskingen omkring immunologisk toleranseutvikling vil ved gjennombrudd kunne lede til fundamentale endringer i indikasjonsstilling, analogt med momentene nevnt i punkt 2.

4.22 Prehospitale tjenester

Endringer i sykehusstruktur og behandlingstilbud i både spesialist- og primærhelsetjenesten vil påvirke de prehospitale tjenester i stor grad. Endring i demografi og forventninger hos befolkningen vil med stor sikkerhet gi en økt aktivitet. Andelen av eldre i befolkningen vil øke. Dette er en gruppe som hyppig trenger prehospitale tjenester. De siste årene har det vært en økning i bruk av ambulansetjenester også til yngre aldersgrupper. Den teknologiske utvikling går stadig raskere og vil gi nye muligheter for prehospital diagnostikk og behandling samtidig som kommunikasjon mot pasienter og samarbeidspartnere vil bli endret.

I 2017 utførte Prehospital klinikk 122 ambulansoppdrag/1000 innbyggere, noe som i internasjonal sammenheng er lavt. Med et befolkningsgrunnlag per dags dato på ca. 1,5 mill mennesker i Oslo, Akershus og Østfold mottok AMK ca. 180 000 113-samtaler. Pasientreiser organiserte ca. 800.000 transporter i Oslo og Akershus og Luftambulansedivisjonen utførte ca. 6000 oppdrag med bil, helikopter, intensivambulans og ambulansfly over store deler av Norge.

En fremskriving av aktiviteten frem til 2035 ut fra prognosene for antall innbyggere og alderssammensetning vil innebære en betydelig økning av aktivitet. Man må på grunnlag av demografien forvente en dobling innen 15 år. Utviklingen innen spesialist- og primærhelsetjenesten vil ha avgjørende betydning for hvordan fremtiden vil bli for de prehospitale tjenester. Oppgavefordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, samt mellom de ulike sykehusene vil påvirke virksomheten.

Framtidig utvikling

Det vil åpne seg nye muligheter for prehospital diagnostikk og behandling. De prehospitaltjenester må være innovative og ta i bruk ny teknologi som vil bedre behandlingstilbudet gjennom bedre diagnostikk, som gir muligheter for riktig behandling på et tidlig tidspunkt og triage til rett sykehus med riktig hastegrad. Befolkningen vil i økende grad ta i bruk apper som gjør smarttelefonene i stand til å overvåke den enkeltes helse på en helt annen måte, noe som vil endre måten helsevesenet kontaktes på og den informasjon som må håndteres.

Kunstig intelligens vil være en viktig del av denne utviklingen. Ny teknologi vil øke treffsikkerheten i arbeidet og vil kunne begrense bruk av de mest kostbare beredskapsenheter til oppdrag hvor disse vil ha betydning for pasientutfallet. Prediksjons- og flåtestyringsprogrammer vil gjøre det mulig å optimalisere beredskapen og utnytte denne på mest mulig effektiv måte. Det vil være sentralt at det drives forskning innen de prehospitaltjenester i årene som kommer.

Organisering

De prehospitaltjenester er organisert i en egen klinikk for å kunne gi pasientene i opptaksområdet et godt tilbud på en kostnadseffektiv måte. Klinikken må i fremtiden være innovativ og endringsrettet slik at en kan møte endringer i resten av helsetjenesten og ta i bruk teknologiske nyvinninger på en god måte.

Utviklingen i den prehospitaltjenesten ser ut til å gå mot større enheter som betjener større områder, en utvikling som vil gi en mer robust beredskap samtidig som den er kostnadseffektiv. OUS er i dag AMK-sentral for Østfold og skal fra 1/1-19 overta ansvaret for de prehospitaltjenestene i Glåmdalskommunene fra Sykehuset Innlandet. Dette innebærer at klinikken vil dekke et større geografisk og befolkningsmessig område i fremtiden. En videre utvikling mot enda færre og større enheter i vår region kan synes fornuftig og vil i så fall medføre ytterligere endringer i ansvarsområdet, både i forhold til geografi og befolkning.

Det vil være svært viktig at de operative avdelingene i klinikken (AMK, Luftambulansseavdelingen, Ambulansseavdelingen og Pasientreiseavdelingen) er tett på hverandre. Klinikken må bygge opp beredskap slik at kapasiteten blir riktig i forhold til de enkelte pasienters behov.

De prehospitaltjenester påvirkes i stor grad av hvordan resten av helsetjenesten er organisert. Ut fra befolkningsvekst og fremtidig alderssammensetning forventes aktiviteten å øke betydelig frem mot 2035. Innovasjon, ny teknologi og forskning vil kunne bidra til bedre pasientbehandling og optimalisere ressursutnyttelsen.

4.23 Antibiotikaresistens

Trusselen

Antibiotikaresistens er i følge Verdens helseorganisasjon (WHO) en av de største helsetrusslene i verden. Hvis denne utviklingen fortsetter, anslås det at det i 2050 vil dø flere mennesker av resistente bakterier enn av kreft. Kostnadene anslås til 3 % av verdens «brutto nasjonalprodukt». I OUS ses økende resistens, spesielt av ESBL-produserende tarmbakterier hvor siste behandling er meropenem, men mer bruk av dette vil gi meropenem-resistente bakterier = totalresistens.

Hvorfor blir bakteriene resistente?

Resistensutvikling er proporsjonal med antibiotikaforbruket, spesielt av bredspektrede midler. Når bakteriene påvirkes av antibiotika endrer de sitt arvestoff (DNA) slik at antibiotika ikke virker. De resistente bakteriene kan spres til andre pasienter. Antibiotika endrer også kroppens normale bakterieflora og selekterer frem sjeldne og vanskelige bakterier, sopp og Clostridium difficile.

Er det mulig å redusere eller forsinke resistensutviklingen i OUS?

Det er ikke kommet nye antibiotika på 30 år, så inntil det eventuelt kommer nye antibiotika, må vi forlenge levetiden til eksisterende antibiotika ved å redusere unødig bruk. Det er opprettet et tverrfaglig *antibiotikateam* i OUS for å fasilitere et antibiotikastyringsprogram (ASP). Det er vist at ASP kan halvere forekomsten av resistente bakterier og *Clostridium difficile*. Effekten av ASP forsterkes av smitteverntiltak.

Antibiotikateamet har fire fokusområder

1. Økt etterlevelse av de nasjonale/lokale retningslinjene for antibiotikabruk
2. Revurdere/innsnevre bredspektret antibiotikabehandling etter 24-78 timer
3. Korter behandlingstid (ved hjelp av procalcitonin)
4. Avdelingslederne skal ha oversikt over kvaliteten av antibiotikabehandling

Alle avdelingene har en antibiotikakontakt (lege) som skal være bindeleddet mellom antibiotikateamet og avdelingen. Temaet kan hjelpe med undervisningsmateriell og støtte til f.eks. lokale audits med feed-back (revisjon) som er en effektiv måte å forbedre antibiotikabruk på. Det er også aktuelt å bruke kliniske farmasøyter og sykepleiere i dette arbeidet. Det vil bli gjort pilotprosjekt på utvalgte avdelinger.

Raskere og bedre mikrobiologisk diagnostikk

Det er behov for ett felles laboratedatasystem, behov for å kunne trekke ut statistikk på en enkel måte, mulighet for å få inn nytt utstyr for å ligge i front (særlig utstyr til hurtigdiagnostikk og automasjon), mulighet til å bygge ut dypsekvensering for typing ved utbrudd, resistenskarakterisering mv - med tilhørende IKT-kapasitet og kompetent personell (inkl bioinformatikere), samt tilstrekkelig areal i laboratorium nær Infeksjonsavdelingen.

IT-løsninger

Et elektronisk styringsprogram som gjør at legene må angi en diagnose når de forskriver antibiotika, må implementeres. Programmet er integrert i Metavision, men bør utvides til DIPS. Dataene genererer en diagnose/resept database. Dette er et styringsverktøy for avdelingsleder som kan se på kvaliteten av forskrivingen. Systemet gir også mulighet for beslutningsstøtte, som f.eks. automatisk stoppordre ved antibiotikaprofylakse eller advarsel når man har brukt et bredspektret middel i 2-3 dager.

Kostnader

Kostnadene øker pga. økt liggetid, økt prøvetaking, dyrere medikamenter, bruk av engangsutstyr, isolering av pasienter etc. Pasienter med infeksjoner som man før kunne behandle po. Må legges inn til iv. behandling. I tillegg kommer indirekte kostnader som produktivitetstap, tidlig uførepensjonering, lengere sykefravær etc.

Tiltak mot resistensutvikling OUS frem mot 2035

- Man kan aldri vinne kampen mot resistens, men sykehuset kan bremse resistensutviklingen lokalt ved å redusere antibiotikabruken og forbedre smittevern.
- Dette er et ledelsesansvar. Det trengs investeringer til raskere diagnostikk og resistensbestemmelse, IT-løsninger for antibiotikastyring og flere isolater.
- Forskningen på dette feltet må intensiveres.
- Jo tidligere man setter inn tiltak, jo mindre blir utgiftene. Man kommer ikke videre uten at fastlegene og sykehjemmene integreres i dette arbeidet.
- Hvis helsetjenesten ikke tar et koordinert tak nå, kommer menneskene til å dø av vanlige infeksjoner, og moderne medisin blir umulig uten virksomme antibiotika.

4.24 Simulering

Simulering og trening på realistiske modeller og situasjoner lik det virkelige liv får stadig større plass i undervisningstilbudet. Dette skyldes både den teknologiske utviklingen som gjør slik trening mulig, og økte krav til ferdigheter før helsepersonell møter pasienter. I tillegg er det en rekke sjeldne og farlige situasjoner der simulering er eneste mulighet for å trene på individuelle ferdigheter og samspill i team. Utover innlæringen er det også økende fokus på å verifisere og dokumentere kunnskaper og ferdigheter med realistiske testsituasjoner. Dette gjelder både undervisning til studenter og etterutdanning for helsepersonell.

Dagens situasjon

Det er i dag to enheter ved OUS som har simulering og tilhørende undervisning som sin hovedoppgave: *Simuleringscenteret OUS* som er lokalisert på Ullevål og *Ferdighetssenteret UiO* som er lokalisert på Rikshospitalet. I tillegg er det ved mange avdelinger mindre installasjoner for spesialisert ferdighetstrening.

Simuleringscenteret OUS har i dag 12 ansatte og disponerer fire simuleringslaboratorier. Senteret tilbyr et bredt spekter av tverrfaglig teamtrening, veiledning, undervisning i hjerte-lungeredning og en rekke ulike kurs. Senteret er i ferd med å utvide virksomheten ved å ta i bruk lokaler som tidligere ble brukt til dagkirurgi, til undervisnings- og simuleringsvirksomhet. En undervisningslab for bruk av ultralyd er etablert i disse lokalene i samarbeid med UiO.

Utvikling fram mot 2025

Interessen og etterspørselen for simulering ved OUS og UiO øker kraftig, og henger sammen med flere andre store initiativer: ny studieplan for medisinstudiet, nye ordninger for spesialistutdanning av leger og utvidelser av utdanningsprogrammer for spesialsykepleiere. Omlegging av diagnostikk, behandling og omsorgsformer medfører stort behov for etterutdanning. Økt fokus på pasientsikkerhet fører til krav om trening både på individuelle ferdigheter og på samspill i team. Mange av de ledende universitetssykehus og undervisningsinstitusjoner satser tungt på simulering, nye undervisningsformer og nye måter å verifisere kunnskaper og ferdigheter på.

På kort sikt er målet å utvide virksomheten ved å ta i bruk eksisterende lokaler som kan tilpasses med enkle tiltak. Det er behov for investeringer i utstyr: simuleringsdukker og tilhørende styrings-systemer, medisinsk teknisk utstyr, grunnutstyr for møterom og undervisningsrom, IKT-utstyr og mobilt utstyr som kan brukes til in-situ simulering. Det er også behov for å øke den pedagogiske grunnbemanningen og for å knytte til seg flere instruktører.

Følgende spesialrom er under etablering:

- To operasjonsstuer til teamtrening, ferdighetstrening og «utsjekk»
- Treningsplass for opplæring i kirurgisk håndvask
- Treningsplass for hjemmebaserte spesialisthelsetjenester.
- Ferdighetslab for håndtering av luftveier (voksne og barn)
- E-læringslab

Andre viktige behov:

- Treningsrom for pasientsamtaler og undersøkelser. Bruk av IKT sammen med pasienter.
- Treningsrom for legemiddelprosesser; klargjøring og administrasjon av legemidler
- Treningsrom for endoskopiske teknikker
- Treningsrom for suturteknikk

Utvikling 2025-2035

De eksisterende lokalene ligger i dag på Ullevål. Allerede i konseptfasen er det viktig å tenke gjennom innplassering av nye lokaler for simulering og undervisning i tilknytning til nybyggene på Gaustad, Aker og Radiumhospitalet. Denne typen infrastruktur gir også muligheter for innovasjon, forskning og testaktiviteter for nytt utstyr eller nye arbeidsformer.

4.25 Oppgavedeling og samhandling

Spesialisthelsetjenesten vil i framtiden være en aktør i et åpent økosystem som konstant samhandler rundt pasientens behov.

Målbilde for oppgavedeling:

- All utvikling på feltet oppgavedeling skal gjøres i dialog med brukerne
- Oppgavedelingen skal bidra til at befolkningen drar nytte av helsetjenestenes egenart og komplementære kompetanse, og til at ressursene i helsetjenesten samlet sett, og innenfor hver enhet, brukes på en god måte.
- Spesialisthelsetjenesten skal ikke videreføre eller etablere oppgaver som kan løses i kommunehelsetjenesten.
- Mer avansert behandling enn før skal kunne gis i pasientens hjem, i et dynamisk og likeverdig samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste, kommunehelsetjeneste og pasient/bruker.
- Den teknologiske utviklingen, inkludert digitalisering og kommunikasjonsteknologi må fullt ut tas i bruk når oppgaver skal fordeles i fremtiden.
- **Pasientens stemme** skal systematisk etterspørres og lyttes til.
- **Pasientens rolle** skal styrkes, ved at pasienten etter evne og situasjon får oppgaver knyttet til å medvirke i eget behandlingsforløp og ivareta egen helse. Også her må tilgjengelige digitale verktøy tas i bruk, på en måte som styrker egenomsorg og mestring og forebygger overforbruk av helsetjenester.

Tiltak for å nå målbildet

- **Fordeling i et likeverdig samarbeid** - Fordeling av oppgaver må skje i et likeverdig, åpent samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste, brukere, kommunehelsetjeneste og fastleger. Privatpraktiserende avtalespesialister må med i samarbeidet. For å få til en ønsket omfordeling av oppgaver, må fagmiljøene utfordres til å bidra til endring. OUS må i hele planperioden ta hensyn til både begrensninger og muligheter knyttet til nåværende og planlagte geografiske plassering av funksjoner og bygninger. OUS ønsker å unngå *unødvendig* dublering av kliniske tilbud på og mellom alle nivåer i helsetjenesten.
- **Kunnskapsbasert fordeling av oppgaver og ansvar** - Oppgavedeling bør så vidt mulig være kunnskapsbasert. Det er viktig å styrke kunnskapsgrunnlaget, særlig der større omfordelinger av oppgaver finner sted. Det må legges til rette for felles forskning mellom OUS og kommunehelsetjenesten, hvor brukere deltar og kan initiere prosjekter. Effekt av endring i oppgaver og ansvar må dokumenteres.
- **Ressursfordeling følger oppgavefordeling** - Ressurstilgangen i helsetjenestene (sykehus og primærhelsetjeneste) må utvikles koordinert, i et samarbeid, for å understøtte riktig oppgavefordeling.
- **Kompetanse i alle ledd** - Ved all overføring av oppgaver må det avklares at nødvendig kompetanse er tilstede for dem som overtar ansvaret. Kunnskapsgrunnlaget som primærhelsetjenesten skal handle etter når nye oppgaver overføres, må utvikles i primærhelsetjenesten, i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. OUS ønsker å ha en aktiv rolle i utvikling av lovpålagt gjensidig veiledningsplikt i helsetjenesten.
- **Gode pasientforløp er førende for oppgavedelingen** - Pasientens diagnose avgjør ikke alene hvor i helsetjenesten behandlingen skal skje. Det er det pasientens egne prioriteringer, den

samlede kliniske tilstand, og hvor vedkommende befinner seg i sykdomsforløpet, som avgjør. Forløpene må være effektive og sikre best mulig utkomme for pasienten. Pasienter som trenger det, har kontaktlege og koordinator.

- **Ansaret er klart for alle** - Det skal være klart for pasienter og helsearbeidere, nedfelt i samarbeidsavtaler og retningslinjer, hvem som gjør hva og hvordan ansvar overleveres i pasientforløp.
- **Oppgavefordelingen må vurderes jevnlig** - Oppgavefordeling mellom sykehus og kommune bør regelmessig (planmessig) vurderes på en strukturert måte i etablerte samhandlingsfora.
- **Unngå overdiagnostikk og overbehandling** - Oppgavefordeling og samarbeid må sikre rettidig diagnostikk (ikke for tidlig og ikke for sent) og tilpasset behandling. Vi vil bidra til å begrense overdiagnostikk og overbehandling (overforbruk av behandlingsressurser), og til å avslutte behandling som ikke tilfører pasienten verdi.
- **Avgrense samlet forbruk av helsetjenester** - En stor felles utfordring for helsetjenesten framover, vil bli å *avgrense omfanget av oppgaver, samlet sett*. På den ene siden: *Nye tilbud* innen diagnostikk, behandling og oppfølging av sykdom må komme befolkningen til gode. *Samtidig* er det viktig å stimulere til dialog om hva som er best mulig forvaltning av begrensede ressurser. Befolkning, politikere og brukere vil ha store forventninger til hva offentlig helsetjeneste skal kunne tilby. Debatten om prioritering må ivaretas på en god måte. OUS har, som samfunnsaktør, en viktig rolle, både ved å delta i debatten sammen med sine brukere, men også og ved å fremme viktige tema i relevante fora på regionalt og nasjonalt nivå.
- **Økonomiske ordninger må understøtte oppgavedeling som er til pasientens beste** - En forutsetning for å få til endringer er at både sykehus og kommunehelsetjeneste får finansieringsordninger som understøtter dokumentert hensiktsmessig oppgavedeling og bruk av ny teknologi. Dette må starte helt fra begynnelsen av planperioden. Et eksempel er oppfølging av pasienter med KOLS. Det er dokumentert at bruk av «KOLS-koffert» bedrer pasientforløpet og er samfunnsøkonomisk besparende. Det samme gjelder modeller for Ambulant sårteam og Ambulerende team i palliasjon.

Pasientens helsetjeneste – brukertilfredshet

For å lykkes i å utvikle pasientens helsetjeneste, vil OUS involvere brukerutvalg, ungdomsråd og klinikkenes brukerråd. Brukere skal så langt det er mulig delta i kliniske forskningsprosjekter, utvikling av pasientforløp og nye/endrede tjenestetilbud.

Mål:

Pasientforløpet skal preges av at pasienten gis mulighet til medvirkning og valg mellom mulige behandlingsalternativer. En av forutsetningene for å kunne medvirke er kunnskap om egen helse og sykehusets/helsepersonells tilrettelegging for medvirkning. Det skal legges til rette for selvstendighet og egenkontroll for de som ønsker og har kapasitet, slik at kapasitet kan nyttiggjøres pasienter med komplekse sykdomsbilder.

Mellomlangsigtede tiltak (-2025)	Langsiktige tiltak (-2035)
<ul style="list-style-type: none"> • Samvalg implementeres i pasientforløpene ved forbedring av pasient- og pårørendeopplæring, utvikling av digitale samvalgsverktøy og kompetanseheving i samvalg som kommunikasjonsmetode for at beslutninger kan tas i fellesskap. • Legge til rette for medvirkning og individuelle tilpasninger. Eks: HIV-positive som håndterer sin helse, digitale pasienttjenester. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetssikre at samvalg som metode brukes i alle pasientforløp, der det er aktuelle valg pasienten skal presenteres for. • Alt utviklings- og forbedringsarbeid inkluderer systematisk anvendelse av brukerundersøkelsen i OUS, PasOpp-undersøkelser, avvik og andre kilder til forbedring. • Tematiske sentra – tilbud om diagnostikk og behandling for barn og unge samles rundt

<ul style="list-style-type: none"> • Utvikling og forbedring av ambulant virksomhet, arenafleksible tjenester samt brukerstyrte senger og poliklinikker, hvor dette synes hensiktsmessig. • Tilgjengelighet og fleksibilitet tas hensyn til i utvikling og planlegging av tjenestene, inkludert bedret universell utforming på sykehuset. 	pasienten.
---	------------

Pasientbehandling - faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring

Mål:

Pasientbehandlingen gjenspeiler sykehusets mål om likeverdige helsetjenester. Behandling, informasjon og opplæring tilpasses pasienter og pårørende. Helsepersonell kjenner til mangfoldet av pedagogiske tilnærminger og metoder til ulike målgrupper, herunder barn som pårørende. Pasientbehandlingen skal være helhetlig. Dette innebærer for eksempel å ta somatisk helse på alvor hos psykisk syke pasienter, samt avdekke psykisk sykdom og ruslidelser hos pasienter med somatisk sykdom.

Mellomlangsigte tiltak (-2025)	Langsigte tiltak (-2035)
<ul style="list-style-type: none"> • Utvikle systematisk bruk av innkallingsbrev, innkomst- og utskrivningssamtaler som verktøy for å skape trygghet og forutsigbarhet, og legge til rette for læring og mestring for pasienten og pårørende. Skriftlig informasjon, film, e-læring og sikker meldingstjeneste brukes systematisk i pasientforløp. • Økt kunnskap om egen helse og medvirkning i behandlingen gir større grad av pasientsikkerhet. I pasientforløp skal det vurderes og synliggjøres hvor pasienter og pårørende har behov for kunnskap og hvilke metoder som egner seg. Dette arbeidet skal gjøres sammen med brukere, i tillegg til involvert helsepersonell. • Bygge allianser og samarbeid med brukerorganisasjoner, utdanninger og frivillighetssektoren 	<ul style="list-style-type: none"> • Forbedre pasientens mulighet for digital dialog med behandler, knyttet til pasientens personlige kunnskapsoversikt og helsepersonells EPJ. Ta i bruk digitale verktøy som smarttelefoner og nettbrett.

Målbilde for samhandling

OUS vil utvikle sin kultur for samhandling, både internt og eksternt

God samhandling gjør pasienter og pårørende trygge på at aktørene i helsetjenesten er på samme lag; at den ene trygt og informert tar over der den andre slipper, i hele forløpet. Pasientens stemme etterspørres og lyttes til. Pasienten får tilpasset opplæring og medvirker i oppfølging av egen helsesituasjon, med hjelp fra helsetjenesten når dette er nødvendig. Pasienter som trenger det, har kontaktlege og koordinator.

- Det er klart hvordan pasienten involveres og hvem som har ansvar for pasienten til enhver tid, og hvordan ansvaret overleveres
- Det er god logistikk i pasientforløpene
- Det faglige innholdet har god kvalitet, i alle ledd
- Forløpene inngår i en helhetlig kontekst for pasient og pårørende

- Forløpene gir trygge overganger og kontinuitet for pasientene
- Nødvendig og tilstrekkelig medisinsk informasjon følger pasienten
- Kunnskapskilder/nettsider om samhandling er tilgjengelige for pasienter, pårørende og helsepersonell

Samarbeid mellom OUS og kommunehelsetjenesten	Samarbeid og faglig dialog med fastlegene
<ul style="list-style-type: none"> • Samarbeidsarenaer. • OUS vil aktivt bruke etablerte samarbeidsarenaer: Samarbeidsutvalget, Direktørmøtet og samarbeidsforaene. Etablering av nytt forum for samarbeid for barn og unge skal styrke samhandling på dette feltet. Gjennom Samarbeidsutvalget og Møteplass Oslo vil OUS bidra til at samhandling i helsetjenesten utvikles koordinert i hele Hovedstadsområdet. • Samarbeidsavtaler • OUS vil arbeide for at samarbeidsavtaler og retningslinjer er kjent og blir brukt i helseforetaket og primærhelsetjenesten. Nye avtaler skal utvikles knyttet til oppgavefordeling og samhandling, der det er behov. • Koordinert utvikling. Det er enighet med Oslo kommune om behovet for styrket samarbeid og koordinering på feltet rehabilitering/habilitering, rus, psykisk helse, avhengighet og hjerneslag (vi viser til de klinikkvise planene vedrørende dette). Oslo kommune har et stort forebyggende fokus rettet mot barns helse og utviklingsmuligheter. Dette gir grunnlag for et styrket samarbeid om barns psykiske helse, ikke minst på området tidlig identifisering og tidlig intervensjon ved psykiske lidelser hos barn og ungdom. Det er også ønske fra begge parter å bedre det døgnbaserte habiliteringstilbudet til ungdom med svekket kognitiv funksjon og alvorlige psykiske funksjonsforstyrrelser. • Utvikling og deling av kompetanse: OUS vil i større grad enn tidligere gi behandling og dele kompetanse med kommunehelsetjenesten i pasientens hjem, gjennom hjemmesykehus og ambulante tjenester. Vi vil avklare med kommunehelsetjenesten hvilken kompetanse sykehuset skal bidra med, og på hvilken måte, men også aktivt invitere kommunehelsetjenesten til å dele sin kompetanse med sykehuset. • OUS vil følge nøye forsøkene med primærhelseteam og oppfølgingsteam i kommunehelsetjenesten, og søke samarbeid, gjerne i felles prosjekter, slik at disse får en god funksjon knyttet til oppgavefordeling og samhandling. • OUS vil følge kommunens utvikling på feltet velferdsteknologi med tanke på samarbeid, 	<ul style="list-style-type: none"> • OUS støtter det igangsatte planarbeidet for fastlegeordningen i bydelene, og vil følge utviklingen i ordningen nøye når det gjelder kapasitetsutvikling og organisering. OUS vil styrke samarbeidet med fastlegene gjennom • Møteplass Oslo. Møteplass Oslo kan være arena for faglig oppdatering for allmennlegene i kommunen, men også bidra til at leger i sykehus får innsikt i allmennmedisinsk metodikk og arbeidsmåte. • Det er viktig at fastlegene deltar i utarbeidelsen av pasientforløp. OUS vil gjennom Møteplass Oslo bidra til at dette skjer, og har forventning om at kommunen understøtter en slik utvikling. • Deltagelse i kommunens samfunnsmedisinske nettverk gir mulighet til informasjonsdeling og koordinert utvikling. • Vi vil søke samarbeid med Oslo kommune om spesialistutdanning av allmennleger (ALIS). En god felles plan for «sykehus-året» til kommunens leger vil bidra til utveksling av kunnskap, holdninger og kultur. • Vi vil øke bruk av gjensidig veiledning og beslutningsstøtte mellom leger i og utenfor sykehus, både telefonisk, ved felles konsultasjoner og gjennom dialogmeldinger. Det er særlig nødvendig å bedre samarbeidet på feltet psykisk helse.

synergier og koordinert utvikling. OUS og Oslo kommune har gjennom sitt samarbeid i C3 (Senter for forskningsdrevet innovasjon) en unik mulighet for felles teknologisatsning.	
--	--

Nye samarbeidsformer - Det er behov for å teste ut dynamiske samarbeidsformer hvor pasientene kan delta likeverdig i dialogen: Dialogmeldinger, felleskonsultasjoner, brukerstyrte tjenester. I noen fagområder, ikke minst psykisk helse, bør det vurderes å erstatte tradisjonell henvisning med en faglig dialog mellom fastlege og psykologspesialist/psykiater – i håp om å oppnå faglig dialog og at de rette pasientene velges ut til tilbud i spesialisthelsetjenesten. Innføring av pakkeforløpene innen psykisk helse vil gi anledning til å teste ut en slik modell. Økning av ambulant virksomhet er sterkt ønsket fra kommunens side, blant annet innen palliasjon og psykisk helse. En styrking på dette feltet vil kreve at det legges til rette økonomisk for alle parter. Det samme gjelder utvikling av hjemmesykehus, som også ønskes fra begge parter.

Elektronisk samhandling - Det er et stort behov for utvikling av brukervennlige data-verktøy for helsearbeidere, i og utenfor sykehus. Dataverktøy må gjøre det enkelt for helsepersonell å dokumentere og dele dokumentasjon med andre. Verktøyene må understøtte samhandling og trygge pasientforløp. All dobbelføring av helseopplysninger og legemiddellister må opphøre. OUS er avhengig av utvikling og prioritering på nasjonalt nivå og vil følge nøye med på utviklingen av EIEJ (EnInnebyggerEnJournal). Denne kommer også til å ha en løsning for kommunehelsetjenesten, men vil ikke bli tilgjengelig før (tidligst) om 10-15 år. OUS vil derfor også fokusere på mer kortsiktige tiltak:

Utnytte fullt ut mulighetene som allerede foreligger

- Sørge for at meldinger til samarbeidsparter sendes når oppfølgingsansvar overleveres
- Samme dags epikrise for alle pasienter
- Integrere henvisningsstøtte i primærhelsetjenestens journalsystemer.
- Bedre kvaliteten i journaldokumentasjon og elektronisk kommunikasjon (Eksempler: PLO – meldesystemet, henvisninger og epikriser)
- Vedlikeholde e-reseptter og legemiddellister
- Skype-møter med samarbeidsparter
- Dokumentere i og bruke kjernejournalen

Ta i bruk tilgjengelige løsninger i elektronisk samhandling med pasienter

- E-konsultasjoner
- Sørge for at alle helsearbeidere er kjent med og kan veilede befolkningen i bruk av pasientportalene helsenorge.no

Påvirke nasjonale prioriteringer vedrørende utvikling av elektronisk samhandling og prioritere nye løsninger så snart de foreligger.

- *Dialogmeldinger. OUS kan ikke avvikle bruk av FAX før dialogmeldingene kommer!*
- Modeller som styrker brukerrollen

OUS vil, overfor rette instanser, gi innspill til finansieringsordninger som understøtter gode samarbeidsformer.

4.26 Forskning og innovasjon

4.26.1 Forskning

Forskningsstrategi 2016-2020:

Oslo universitetssykehus har en forskningsstrategi for perioden 2016-2020, som realiseres gjennom klinikkovergrepene og klinikkvise handlingsplaner. Strategien har følgende visjon:

Vi skal styrke vår posisjon som et internasjonalt fremragende universitetssykehus og bidra til å skape et fremtidsrettet helsetilbud med høy kvalitet. Strategien peker på viktige kontinuerlige mål og følgende strategiske hovedmål:

1. Skape flere fremragende forskningsmiljøer, basert på kvalitet og faglig bredde
2. Styrke den kliniske forskningen, i aktivt samarbeid med brukerne
3. Forbedre forskningsorganiseringen og styrke samarbeidet med universitets- og høyskolesektoren
4. Styrke vårt internasjonale samarbeid
5. Styrke forskning basert på bruk av forskningsbiobanker og medisinske kvalitetsregistre

Strategien følger opp langsiktige prioriteringer i den nasjonale forsknings- og innovasjonsstrategien innen helseområdet, HelseOmsorg21-strategien (2014), samt Regjeringens langtidsplan for forskning og høyere utdanning (revideres av Kunnskapsdepartementet 2018). Regional forskningsstrategi for Helse Sør-Øst RHF er under revisjon og vil ventelig speile de samme prioriteringer som i HelseOmsorg21-strategien. Føringerne fra disse strategiene legges til grunn for Utviklingsplan 2035.

Utviklingstrekk som påvirker forskningen og behov for tiltak for å møte utviklingen:

1. **Forventning om å utvikle flere verdensledende miljøer, som løfter kvaliteten i forskningen og konkurrerer godt nasjonalt og internasjonalt om de store bevilgningene; fra brillante individer til brillante miljøer.**

Tiltak på mellomlang sikt (2020-2025)	Tiltak på lang sikt (2025-2035)
<ul style="list-style-type: none">• Tilstrebe økt omfang ekstern finansiering til store satsinger, i samarbeid med UiO.• Styrke tverrfaglig samarbeid mellom forskningsgrupper fra OUS og UiO• Styrke internasjonal mobilitet og samarbeid, med økt mulighet for karrierevei innen forskning• Legge til rette for at en større andel av toppforskningsgruppene ved UiO-OUS er aktive i europeiske satsinger (EU/ERC)• Samordne metode-/kompetansemiljøer• Arbeide forskningspolitisk for en utvidelse av den nye HOD-finansierte ordningen «Forskningscentre for klinisk behandling» (nå tematisk begrenset)• Sørge for at grupper med overlappende problemstillinger/forskningsområder samarbeider	<ul style="list-style-type: none">• Utvikling og modernisering av bygg og annen forskningsinfrastruktur (jf omtale nedenfor).

2. Forventning om økt omfang, kvalitet og pasientdeltagelse i kliniske studier

Det er et faglig, politisk og samfunnsmessig krav om økt omfang og kvalitet i forskerinitierte studier, studier i samarbeid med/bidrag fra industri og industrifinansierte oppdragsstudier. Det er også ønske om større studier, med deltagelse fra flere regioner/helseforetak, med lik mulighet for deltagelse uavhengig av geografi.

Tiltak på mellomlang sikt (2020-2025)	Tiltak på lang sikt (2025-2035)
<ul style="list-style-type: none">• Styrke kapasitet for å gjennomføre kliniske studier, særlig innen sentrale støttefunksjoner som studiesykepleiere, radiologi, genetik og laboratoriestøtte• Styrke de kliniske forskningsposter• Arbeide for bedre finansiering av forskerinitierte kliniske studier• Legge til rette for økt deltagelse i industrifinansierte studier ved å rekruttere flere miljøer og flere/større studier• Sikre faglig bredde i legemiddelutprøving og andre intervensjonsstudier, med god fordeling mellom tidligfasestudier (fase I og II) og fase III- og IV-studier.• Sikre god oversikt over kliniske studier, for å kunne monitorere totalomfang, antall pasienter i kliniske studier og type studier• Planlegging av skjermet forskningstid for personell som kombinerer klinikk og forskning	<ul style="list-style-type: none">• Sikre at kliniske forskning er fullt integrert i klinisk behandling, for å bidra til best mulig behandling og læring• Implementere registerrandomiserte studier (R-RCT)• Bidra til at pasienter kan rekrutteres til kliniske studier i Norden

3. Forventning om økt samfunnsnytte/relevans av forskningen og styrket brukermedvirkning.

Tiltak på mellomlang sikt (2020-2025)	Tiltak på lang sikt (2025-2035)
<ul style="list-style-type: none">• Mer tverrfaglighet og sektorsamarbeid, herunder samarbeid med akademia, næringsliv og primærhelsetjenesten• Bidra til klinisk forskning innenfor pasientgrupper med stor sykdomsbyrde og få behandlingsmuligheter, og forskning innen selekterte behovsidentifiserte områder.• Øke vektleggingen av helsetjenesteforskning og helseøkonomiske vurderinger• Øke bevisstheten om nødvendighet og nytte av brukermedvirkning i forskning, blant annet for å identifisere problemstillinger og endepunkter i kliniske studier sammen med brukerne, samt bringe inn nye perspektiver i analyse og fortolkning av resultater.• Bedre tilrettelegging for rekruttering og involvering av relevante brukere i hele forskningsprosessen (planlegging, gjennomføring, utnyttelse av resultater)• Sikre finansiering av brukermedvirkning• Veilede forskere i å utarbeide plan for implementering av resultater og beskrivelse av nytteverdi	<ul style="list-style-type: none">• Sikre at kunnskap ervervet gjennom forskning er anvendbar og tas i bruk i klinisk praksis• Øke kapasiteten til å gjøre helseøkonomiske vurderinger der det er relevant• Arbeide for flere mulige karriereveier for forskningspersonell uten medisinsk/helsefaglig bakgrunn (realfagsbakgrunn, teknologi etc).

4. Mer forskning rettes mot utvikling innen persontilpasset medisin.

Persontilpasset medisin øker behovet for tett og tverrfaglig interaksjon og fysisk nærhet mellom 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.

Tiltak på mellomlang sikt (2020-2025)	Tiltak på lang sikt (2025-2035)
<ul style="list-style-type: none">Økt implementering av persontilpasset medisin i diagnostikk og behandlingØke satsing på tverrfaglighet, integrerte analyser og systembiologiStimulere til flere helseøkonomivurderinger i forbindelse med persontilpasset medisinØke felles deltakelse UiO-OUS i europeiske satsinger (EU/ERC) om persontilpasset medisinSambruk av avansert utstyr	<ul style="list-style-type: none">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. Oslo universitetssykehus må planlegge for selv å kunne ta ledelsen av flere internasjonale multisenterstudier.Utvikling av ny design og forskningsmetodikk for persontilpassede kliniske studier

5. Økt bruk av registre og biobanker i forskning, herunder bedre systemer for kobling av registerdata og gjenbruk av forskningsdata.

Det forventes at etablering og drift av forskningsbiobanker blir en integrert og sentralisert del av sykehusets virksomhet, med økt krav til logistikk, areal og IT-systemer.

Tiltak på mellomlang sikt (2020-2025)	Tiltak på lang sikt (2025-2035)
<ul style="list-style-type: none">Etablere effektive løsninger for deling av dataSikre tilgang på hensiktsmessige og kostnadseffektive registerverktøySikre tilstrekkelig registerstøtte og databasehåndteringEtablere prospektive forskningsbiobanker innen alle relevante områderEtablere automatiske uttrekk av strukturerte pasientdata til kvalitetsregistre og forskningsregistreFå på plass strukturert elektronisk pasientjournal basert på arketyperEtablere felles ressurser for prøvetakning og innsamling av biologisk materiale i forbindelse med kirurgi og annen invasiv virksomhetLegge til rette for mer gjenbruk og deling av eksisterende data i forskningssamarbeid, med ivaretagelse av personvern	<ul style="list-style-type: none">Etablere institusjonell biobankvirksomhet med sentral overvåking, automatiserte lagre og en prøveflyt som integrert del av klinisk praksis, nær operasjonsstuer og laboratorierRutinemessig innhenting av biologisk materiale i forbindelse med blodprøvetakning, kirurgi og annen invasiv virksomhetBidra til løsninger for langtidsoppbevaring og deling av dataArbeide for samordnet lovregulering og håndtering for kvalitets- og forskningsregistre

6. Økt behov for digitalisering, avanserte IKT-verktøy, metodekompetanse og avansert utstyr.

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.

Tiltak på mellomlang sikt (2020-2025)	Tiltak på lang sikt (2025-2035)
<ul style="list-style-type: none"> • Øke tungregningskapasitet • Øke lagringskapasitet og lagringsløsninger • Videreutvikle datalagringsløsninger i samarbeid med UiO • Etablere intern regional skyløsning i HSØ • Samarbeide med e-Helsedirektoratet om en helseanalyseplattform • Forskningsutstyr: Utarbeide et lokalt veikart for utstyrsbehov i aksens sykehus/universitet, herunder hva som bør inngå i nasjonal og/el. Europeisk forskningsinfrastruktur. Det vil særlig være behov for avansert billedteknologi, som MR og avansert mikroskopi, og apparatur til biologiske analysemetoder som genomikk, genekspressjonsanalyser, proteomikk, metabolomikk etc (såkalte multiomics-teknologier). 	<ul style="list-style-type: none"> • Mer biostatistisk og matematisk analysekompetanse og -kapasitet (big data) • Legge til rette for bruk av data fra pasientbærbare enheter (wearables) • Styrke sykehusets kompetanse innen digitalisering og teknologisk utvikling innen helse for å kunne utnytte multiple datakilder • I større grad organisere avansert utstyr som kjernefasiliteter, i samarbeid med UiO. • Tilstrebe sømløs integrering av avanserte teknologiske plattformer og data til videre bruk i behandling/diagnostikk, med ivaretagelse av personvern

7. Behov for klinikknære, fleksible og moderne forskningsarealer som følge av økt faglig integrasjonsbehov mellom forskning og klinikk.

Forskningsarealer og arealer for klinisk/diagnostisk virksomhet bør være så integrert som mulig. Samtidig er det behov for å sentralisere mye av den avanserte infrastrukturen.

Tiltak på mellomlang sikt (2020-2025)	Tiltak på lang sikt (2025-2035)
<p>I eksisterende bygg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dynamisk og tydeligere prioritering av forskningsarealer, herunder kontorarealer • Bedre lagringsfasiliteter for biobanker • Planlegge for tilstrekkelige forsøksdyrslokaler, burkapasitet og tilhørende laboratoriefasiliteter, herunder større grad av samordning med UiO. 	<p>I nye bygg (kfr. pågående arealutviklingsprosjekt):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behov for en kombinasjon av (i) forsknings- og undervisningsarealer som er integrert i klinisk virksomhet (ii) enkle laboratoriearealer for translasjonsforskning og tilhørende kontorarealer og møterom i nærheten av den kliniske virksomheten, eventuelt inkludert arealer for lokale biobanker der dette er nødvendig, som med fordel kan konsentreres i form av en egen etasje eller deler av en etasje i hver bygningsdel, (iii) rene forsknings- og undervisningsarealer. • Tilstrekkelige arealer for komparativ medisin ved flytting av dyrestaller fra Ullevål • Moderne lagringsfasiliteter for biobanker

4.26.2 Innovasjon

Utviklingstrekkene i samfunnet betyr at dagens løsninger ikke er tilstrekkelig i fremtiden. De store utfordringene vi møter gjennom den sterke økningen i behovet for sykehusets tjenester, og en stadig vanskeligere ressurstilgang, fordrer nytenkning. Innovasjon vil måtte gjøre seg gjeldende på mange plan. Som landets største sykehus vil politikere, ansatte og befolkningen kreve at Oslo universitetssykehus tar i bruk og utvikler nye kvalitetsmessige og effektive diagnostiske metoder og behandlinger, nye effektive medisiner tilpasset den enkelte pasient, nye kostnadseffektive pasientforløp og nye prosesser for håndtering av data og biologisk materiale.

Økt behov for samarbeid med næringslivet

Det blir stadig viktigere med økt samarbeid med næringslivet. Et samarbeid som bl.a. stimulerer til økt bruk av innovative anskaffelser og partnerskap ved innkjøp av alt fra høyteknologisk utstyr til praktiske forbruksvarer og til nye prosesser. Gode ideer og løsninger fra næringslivet vil bli utviklet og testet i klinisk praksis, og i egnede testfasiliteter. Samtidig vil forskning og ideer fra sykehusets ansatte spille en enda større rolle i utviklingen av helsenæringen enn hva som er tilfelle i dag.

Økt fokus på innovasjon

Innovasjon vil med dette i økende grad bli en del av Oslo universitetssykehus sin virksomhet. Konsekvensen er at det må bygges opp en mer innovasjonsvennlig kultur med rom for å prøve og å feile. Likeledes vil det fordre oppbygging av et effektivt system for generering, utvikling, implementering og spredning av nye innovasjoner til nytte for pasienter, ansatte og samfunnet for øvrig.

Samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og sykehuset vil styrkes i fremtiden. Dette vil også gjelde samarbeid om utvikling av nye felles løsninger for kommunikasjon, dataflyt og pasientforløp.

Innovasjon bør også være en del av utdanningen til nye helsearbeidere. En slik utvikling vil fremme sykehusets innovasjonskultur og innovasjonsaktivitet.

Ny innovasjonsstrategi for 2018-2022

Oslo universitetssykehus arbeider med slutføring av ny innovasjonsstrategi for 2018-2022. Dette arbeidet vil også ha føringer for periode etter 2022. Strategien har visjonen «**Det skal nytte å tenke nytt**» og de viktigste strategiske hovedmålene er:

1. OUS skal skape innovasjoner som gir bedre pasientbehandling, og som kan nyttiggjøres av andre helseforetak, primærhelsetjenesten, eller spres gjennom kommersialisering.
2. OUS skal ha en ledende rolle i utvikling av forskningsdrevet innovasjon.
3. OUS skal være den foretrukne partneren for næringsaktører som vil samarbeide om utviklingen av fremtidens helsetjenester.
4. OUS skal ta i bruk allerede tilgjengelig digitale løsninger, og være en spydspiss i utvikling av nye digitale løsninger for helsesektoren.
5. OUS skal ha ledere som ser på innovasjon som en naturlig del av sitt linjeansvar.

De strategiske hovedmålene følges opp av tiltak. Disse er som følger:

OUS skal skape innovasjoner som gir bedre pasientbehandling, og som kan nyttiggjøres av andre helseforetak, primærhelsetjenesten eller spres gjennom kommersialisering.

Tiltak på mellomlang (2018-2022)
<ul style="list-style-type: none">• Bygge opp innovasjonskapasitet på tvers av sykehuset ved å sørge for at de riktige ressursene finner hverandre, og at spisskompetanse utnyttes effektivt på tvers av sykehuset.• Utvikle og implementere nye samhandlingsmodeller i samarbeid med primærhelsetjenesten, helseforetakene og innbyggerne.• Øke realisering av særlig lønnsomme innovasjonsprosjekter gjennom målrettede bevilgninger i de årlige budsjettprosessene.• Arbeide for at man ved Oslo universitetssykehus får støtte for sin nytenkning ved at det gis rom for prøving og feiling, og det føles motiverende å utvikle nye løsninger.• Synliggjøre pasientnytte i alle innovasjonsprosjekter ved å involvere brukere (pasienter, pårørende, ansatte) i behovskartlegging og planlegging av nye løsninger.

OUS skal ha en ledende rolle i utvikling av forskningsdrevet innovasjon.

Tiltak på kort sikt (2018-2022)
<ul style="list-style-type: none">• Skape kultur for innovasjon blant forskningsmiljøene ved å øke forståelse og interesse for utvikling, implementering og spredning av innovasjon.• Forsterke samarbeidet med Universitetet i Oslo hvor det satses på entreprenørskap basert på forskning.• Korte ned tiden fra et forskningsresultat foreligger til det implementeres i et klinisk miljø.• Bidra til at forskningsbasert innovasjon er med på å bygge opp den norske helsenæringen.

OUS skal være den foretrukne partneren for næringsaktører som vil samarbeide om utviklingen av fremtidens helsetjenester.

Tiltak på kort sikt (2018-2022)
<ul style="list-style-type: none">• Legge til rette for industripartnerskap hvor OUS og næringsliv deler kompetanse, og utvikler teknologi og nye løsninger.• Utvikle «en vei inn» til felles testarenaer for helsenæring i samarbeid med helseforetakene i HSØ, kommunene og næringslivet.• Øke kunnskap om og bruk av innovative anskaffelser og innovative partnerskap i samarbeid med Sykehusinnkjøp.

OUS skal ta i bruk allerede tilgjengelig digitale løsninger, og være en spydspiss i utvikling av nye digitale løsninger for helsesektoren.

Tiltak på kort sikt (2018-2022)
<ul style="list-style-type: none">• Gjennom Utviklingsplan for digitalisering av OUS, forberede og tilrettelegge for at sykehuset er i stand til å ta i bruk ny teknologi, samt aktivt drive teknologisk innovasjon.• Ta i bruk ny teknologi som gjør det mulig å utføre større deler av pre- og postbehandlingen nært i hjemmet.• Tilrettelegge for forskning og prosjekter innen kunstig intelligens og maskinlæring, basert på stordata. Frem mot 2021 gjennomføre prosjekter for utvikling og etablering av løsninger for klinisk beslutningsstøtte.• Utvikle nye løsninger hvor pasientene deltar i egen behandling på annen måte enn i dag.• Ta i bruk IKT-løsninger som støtter opp under enhetlig pasientbehandling basert på pakkeforløp og nasjonale retningslinjer.• Videreutvikling av en hensiktsmessig lokal- og fellesregional IKT-infrastruktur (servere, nettverk, klienter og bygningsmessige tilpasninger) for å kunne produsere helsetjenester sikkert og kostnadseffektivt.

OUS skal ha ledere som ser på innovasjon som en naturlig del av sitt linjeansvar.

Tiltak på kort sikt (2018-2022)
<ul style="list-style-type: none">• Utvikle ledere som etterspør og legger til rette for nytenkning og innovasjon hos sine medarbeidere.• Ta vare på intraprenører (interne ansatte) og ildsjeler gjennom ulike insentiver, og bygge opp innovasjonsteam på tvers av sykehuset.• Synliggjøre innovasjon ved å identifisere og markedsføre 1-3 større innovasjonsprosjekter i hver klinikk i året.

4.27 Utdanning og kompetanse

I dette kapitelet beskrives den overordnede utviklingen innenfor utdanning og kompetanse. Spesifikke kompetansebehov innen utvalgte fagområder omtales i de respektive kapitlene.

Det må i årene fremover arbeides systematisk med strategisk bemannings- og kompetanseplanlegging. Systematisk betyr at det etableres permanente fora hvor det strategiske arbeidet ivaretas. Det kan være hensiktsmessig i dette arbeidet å dele inn i fagområder, eksempelvis; medisin, sykepleie, andre helsefag, og øvrige fagområder.

Det handler om at foretaket på kortere og lengre sikt:

- utarbeider strategier for å rekruttere, beholde og utvikle nødvendig kompetanse hos medarbeidere.
- er i dialog med utdanningsinstitusjonene for å få utdanninger i samsvar med tjenestenes behov.

Spesialisthelsetjenesten vil i fremtiden få et klart større veiledningsansvar. Dette gjelder innen de fleste områder innen somatikk og psykiatri. Ny teknologi vil i tillegg medføre økt behov for veiledningskompetanse og kompetanse i bruk av teknologien, særlig tolkning av data og muligens også veiledning i hvordan nytte programvare og teknologi fullt ut.

Utvikling på kort sikt

Oslo universitetssykehus (OUS) bidrar til å utdanne helsepersonell som møter samfunnets behov, samt sikrer riktig kompetanse til egen virksomhet. Dette gjøres gjennom å bidra aktivt i nasjonale og regionale fora, og gjennom å etablere tydeligere strukturer for samarbeid med utdanningsinstitusjonene og andre relevante samarbeidspartnere.

Mellom- og langsiktig utvikling

Oslo universitetssykehus ønsker å utvide spørsmålet og oppdrag fra Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) «*Hvordan kan sykehusene samarbeide i team til beste for pasienten?*» til «*Hvordan kan helsetjenesten på tvers av forvaltningsnivåene sammen med utdanningsinstitusjonene samarbeide i team til beste for pasienten?*»

Denne utvidelse bygger på en felles ambisjon som både sykehuset og utdanningsinstitusjonene har og det velfungerende samarbeidet.

Utdanning av leger i spesialisering

Med ny reform for utdanning av leger i spesialisering (LIS), får OUS et særskilt ansvar for LIS utdanning i regionen. Dette ivaretas ved opprettelse av «Regionalt utdanningscenter for leger i spesialisering». Senteret får betydelige oppgaver, som i en grunnutdanning ville vært lokalisert til et universitet eller høyskole. Senteret må således utvikles som et «fakultet» for å kunne ivareta oppgaver som eksempelvis ansvar for ca. 200 kurs/år regionalt/nasjonalt, tiltak for utvikling av legers pedagogiske kompetanse, utvikling av legers veileder- og kommunikasjonsferdigheter, utvikling av e-læring, samt bidra til hensiktsmessige LIS-løp i regionen. For å imøtekomme behovet for kursvirksomheten og møter med regionale fagfora, må det snarlig spilles inn behov for at egne kurs- og møtelokaler knyttes til nytt sykehus. Dette bør ligge samlet i en egen blokk, som vil gjøre det mulig å drive profesjonell kurs- og møtevirksomhet.

Med implementering av ny reform for spesialistutdanning for 43 spesialiteter, får sykehuset et betydelig økt krav og ansvar for at alle leger i spesialisering oppnår læringsmål som tidligere ikke var tydelig adressert i utdanningen. Ny LIS utdanning fordrer at OUS jobber systematisk med videre- og etterutdanning av spesialister slik at overleger med ansvar for LIS innehar god vurderingskompetanse og kan benytte denne kompetansen når det gis supervisjon og feedback.

Kompetansehevende tiltak for overleger og LIS på sykehus- og klinikknivå må i større grad utvikles. Det samme gjelder utdanningsledelse innad i OUS, som må stå sentralt i sykehusets drift. Likeledes

må det snarlig spilles inn behov for klinikknære møterom for gruppeundervisning, veiledning og internundervisning knyttet til det nye OUS.

Tiltak på kort til mellomlang sikt	Tiltak på mellomlang til lang sikt
<ul style="list-style-type: none"> • OUS videreutvikler «Regionalt senter for leger i spesialisering» og etablerer et profesjonelt kursadministrativt system som inkluderer areal for kurs og møtevirksomhet. • Legerollene; fokus på kompetansehevende tiltak utover den faglige rollen legen har (utvikling av felles kompetansemoduler gjeldende for alle spesialiteter). • Utdanningsledelse av LIS-utdanning i OUS og i regionen, samt kompetansehevende tiltak «Faculty development». • Større integrering av LIS utdanning mot andre aktører; avtalespesialister, kommunen, internasjonale arenaer (sykehus, organisasjoner som Leger uten grenser, etc). 	<ul style="list-style-type: none"> • OUS utvikler en profesjonell fakultetsstruktur som sikrer infrastruktur for utdanningsledelse av LIS, nødvendig kompetansehevende tiltak for overleger og LIS innen pedagogiske ferdigheter, samt kunnskap og ferdigheter innen alle de roller en lege skal beherske i sitt daglige virke (de 7 legeroller). • Utdanning og utdanningsledelse blir meritterende på lik linje med forskning, og det etableres en karrierestige innen utdanning

Utdanning av grunn og videreutdanning knyttet til universitet og høyskoler

Å utvikle program-/fagplaner for eksisterende utdanninger skjer tverrsektorielt i et likeverdig samarbeid med utdanningsinstitusjonene hvor både den profesjonsspesifikke og den profesjonsovergrepene kompetansen ivaretas.

Tiltak på kort til mellomlang sikt	Tiltak på mellomlang til lang sikt
<ul style="list-style-type: none"> • OUS utvikler en helhetlig strategisk plan for å imøtekomme spesialsykepleiermangelen. Flere av satsningene skjer i et samarbeid med høgskolene. Denne planen revideres årlig i samarbeid med fagmiljøer og linjeledelsen. • OUS samarbeider tett med utdanningsinstitusjonene for at de skal tilby fleksible utdanningsløp som er tilpasset arbeidslivet, eksempelvis innen de ulike fagområdene innen spesialsykepleie. • OUS satses på å videreutvikle veiledningskompetansen til ansatte som har et utdanningsansvar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utdanning i OUS skal fortsatt ha et internasjonalt perspektiv med prosjekter for kunnskapsdeling med lav – og mellominntektsland. Det vil bli et spesielt fokus på konkrete utdanningsprosjekter for spesialisering av leger, samt utdanninger på bachelor- og masternivå som OUS er involvert i, og ha et spesielt fokus på evaluering av disse utdanningsprogrammene.

Utdanninger knyttet til en utdanningsinstitusjon

Det vil bli behov for helt nye utdanninger, brede eller spissede, fremover som er i tråd med teknologisk utvikling og pasientenes/tjenestenes behov for kompetanse. Utviklingen av nye utdanninger skjer i et tett og likeverdig samarbeid mellom fagmiljøene og utdanningsinstitusjonene. Alle utdanninger som inkluderer praksisstudier har ansatte med kombinasjonsstillinger som er oppdatert i praksisfeltets problemstillinger og er delaktig i utdanningsinstitusjonenes teoretiske undervisning og simuleringsaktivitet.

Tiltak på mellom lang og lang sikt
<ul style="list-style-type: none"> • OUS samarbeider med utdanningsinstitusjonene om å ha digitale tjenester som fremmer delekultur. • OUS utvikler kvalitetsindikatorer for praksisstedene som læringsarenaer i samarbeid med utdanningsinstitusjonene, rapportere på disse og følge opp forbedringsmulighetene. • OUS legger til rette for å etablere robuste læringsarenaer hvor uerfarne og erfarne kollegaer arbeider sammen for å løse oppgavene. Slik overlappende ekspertise er en forutsetning for at kandidater under

Tiltak på mellom lang og lang sikt
<p>utdanning får tilstrekkelig supervision og veiledning og vil samtidig kvalitetssikre helsetjenestene som blir gitt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • OUS samarbeider med utdanningsinstitusjonene om å ha læremoduler tilsvarende helseforetakenes operative systemer (journalssystem, elektronisk kurve mm) som sørger for at studentene får oppdatert undervisning, og som også er inventar i simulerings-/ferdighetssettene på utdanningsinstitusjonene. • OUS har tydelig infrastruktur for utdanningsledelse i sykehuset, samt sørger for at utdanning er meritterende som karrierevei i sykehuset. Blant annet bør det være for hver spesialitet en utdanningsansvarlig overlege med et tydelig ansvar og mandat vedrørende utdanningen av leger i spesialisering. • OUS etablerer strukturer for samarbeid mellom utdanningsinstitusjoner, kommuner og spesialisthelsetjenesten som blant annet sikrer at studenter i større grad kan følge pasientforløpene.

Sykehuset som helhet uavhengig av profesjon

Tiltak på kort til mellomlang sikt	Tiltak på mellomlang til lang sikt
<ul style="list-style-type: none"> • OUS har oversikt over sitt kompetansebehov og definerer det på kort-, mellomlang – og lang sikt. • Framskrivninger på mellomlangsikt vil innebære å sette opp scenarier/modeller hvor ulike faktorer hensyntas. • Bemanningssammensetningen er tydelig definert på den enkelte enhet/seksjon. • OUS samarbeider med andre helseforetak og kommuner slik at tjenestene får større innflytelse på dimensjonering av utdanningene enn de har i dag. Dette krever struktur for samarbeid på alle nivåer, som inkluderer et interdepartementalt samarbeid. 	<ul style="list-style-type: none"> • OUS har arealer tilpasset det utdanningsansvaret som sykehuset har. Det legges til rette for lokale møte- og grupperom for veiledning og gruppeveiledning innen alle profesjoner. • OUS er nytenkende i forhold til å definere hvilke yrkesgrupper som skal løse hvilke oppgaver og gå i dialog med utdanningsinstitusjonene dersom ny oppgavefordeling skaper endrede utdanningsbehov. • OUS utvikler kompetanseprogrammer hvor ansatte systematisk gjennomgår nødvendig simulerings-/ferdighetstrening for å styrke pasientsikkerheten; både gjennom Sim Oslo og «in situ» trening lokalt. Dette inkluderer å trene på ikke-tekniske ferdigheter og det å jobbe som del av et team. • Framskrivninger på lang sikt vil innebære å sette opp scenarier/modeller hvor ulike faktorer hensyntas.

4.28 Internasjonalt samarbeid

Norske myndigheter har varslet økt innsats relatert til global helse. Dette gjøres for å nå FNs helserelevante tusenårsmål.

Oslo universitetssykehus (OUS), Seksjon for internasjonalt samarbeid, er koordinator og administrativt ansvarlig for faglige samarbeidsprosjekter mellom OUS og institusjoner i Palestina, Etiopia, Malawi og India.

For prosjektene i Etiopia og Malawi er det overordnede målet å styrke samarbeidsinstitusjonenes evne til å utdanne egne fagpersoner ved hjelp av kompetanseoverføring mellom OUS og de aktuelle institusjoner. Pensum for det enkelte studium utarbeides i nært samarbeid mellom partene. OUS bidrar primært med tilgang på faglig kompetente forelesere og veiledere. Det utveksles også personell mellom OUS og samarbeidsinstitusjonene. I India er det utveksling av erfarent og faglig kvalifisert personell, mens det i Palestina-prosjektet kun gjennomføres utveksling av fagpersoner fra OUS. Prosjektene finansieres av OUS (alle prosjekter), Fredskorpset (Malawi og India), Aktiv mot kreft (Etiopia) og Norwac-Utenriksdepartementet (Palestina). Evalueringsrapporter viser at samarbeidsinstitusjonene når de oppsatte mål om utdanning, kompetanseutvikling og kvalitetsheving.

Prinsipper i samarbeidsprosjektene - Prinsippene i samarbeidsprosjektene er at utdanning av helsepersonell skal skje i samarbeidslandet. Videre skal institusjonssamarbeidet være forankret i den øverste ledelse ved gjeldende institusjon. Det er også en forutsetning for å etablere et samarbeid at samarbeidsavtalen støttes av nasjonale og lokale myndigheter. Prosjektene skal ha en langsiktig karakter med forutsigbar finansiering. De aktuelle samarbeidsland er lav- og mellominntektsland. Hovedfokuset er konkrete utdanningsprosjekter for utdanning/spesialisering av leger, sykepleiere og annet helsepersonell. I praksis betyr dette at norske spesialsykepleiere, legespesialister og annet helsepersonell i kortere eller lengre perioder bidrar med teoretisk og praktisk undervisning og veiledning i samarbeidslandet. Ofte er det også aktuelt at helsepersonell fra samarbeidslandet hospiterer ved OUS.

Kompetansesenter for internasjonalt institusjonssamarbeid

Seksjonen ved OUS er et kompetansesenter for internasjonalt institusjonssamarbeid.

Seksjonens oppgaver:

- Være ansvarlig for administrasjon og kvalitetssikring av internasjonale samarbeidsprosjekter
- Sikre at prosjektene/avtalene er forankret i ledelsen og klinikken ved OUS
- Sikre at prosjektene/avtalene er forankret hos myndigheter og sykehusledelse i samarbeidsland/institusjoner
- Sikre god dialog med og rapportering overfor finansierende institusjon/organ
- Sikre god økonomistyring og oppfølging av prosjektene
- Følge opp ansatte som er på oppdrag ved samarbeidende institusjon
- Følge opp hospitanter fra samarbeidende sykehus

Samarbeid med andre HF - Det er ønskelig at internasjonale samarbeidsprosjekter som OUS deltar i breddes mer i regionen. En slik regionalisering av samarbeidsprosjektene kan gi en betydelig bredere rekrutteringsbase og sikre tilgang på relevant fagpersonell. Det vil også sikre at andre sykehus får flere medarbeidere med økt kulturkunnskap, noe som vil styrke kompetansen i møtet med sykehusenes flerkulturelle pasienter. Økt samarbeid med andre sykehus vil sikre hospitanter fra land i sør få muligheten til å hospitere ved flere og ulike sykehus. Forhåpentligvis vil en regionalisering bidra til å heve kvaliteten på det internasjonale samarbeidet.

Seksjon for internasjonalt samarbeid ved OUS kan også utvikles til et større kompetansesenter som får i oppdrag å ivareta oppgaver også for andre HF i Helse Sør-Øst gjennom samarbeid om planlegging og gjennomføring av internasjonalt institusjonssamarbeid.

4.29 Legemiddelhåndtering

Fremtidens legemiddelbehandling vil gå mer i retning av persontilpasset medisin. En del av legemiddelproduksjonen i forbindelse med persontilpasset medisin er svært krevende, og vil kreve betydelig endringer av både tilvirkningsenheter og legemiddellogistikk. Det vil mest sannsynlig bli større grad av internasjonalisering, lang transportvei for enkelte medikamenter og i tillegg kort holdbarhetstid. Dette vil sette store krav til effektiviteten i legemiddeldistribusjonsskjeden, slik at man sikrer effektiv behandling og hindrer unødvendig kassasjon. Slik behandling vil også bli økonomisk krevende og utfordrende for helseforetakene, og en del av slik behandling vil mest sannsynlig bli sentralisert til de store regionssykehusene for å sikre god kvalitet og kostnadseffektive prosesser. Det skjer store endringer på legemiddelområdet ikke bare innenfor nye terapier og pasientrettet legemiddelbehandling, men også i forhold til teknologiske løsninger.

En god og funksjonell legemiddelkjede skal i framtiden omfatte *lukket legemiddelsøyfe (LLS)*.

Ulike deler av sykehuset vil ha ulike behov, og behovene vil trolig bli best dekket ved å tilrettelegge for en optimal kombinasjonsløsning for LLS i OUS. Dette vil få store følger for planleggingen av legemiddelhåndteringen og –distribusjonen/-forsyningen i OUS. En målsetting bør være å redusere

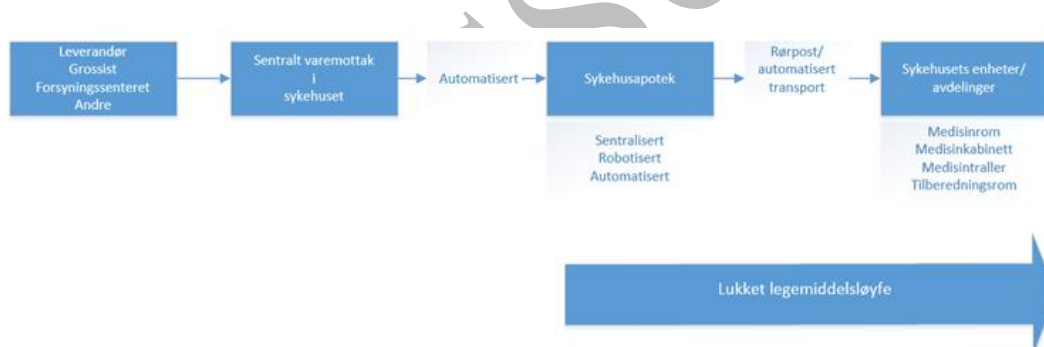
tilvirkning ute på de enkelte enheter/avdelinger, og at dette sentraliseres til sykehusapotekene eller til spesialtilpassede enheter ute i sykehuset for best mulig kvalitetssikring av de produktene som tilvirkes. Dette vil øke pasientsikkerheten og bidra til færre avvik på dette feltet.

Det vil mest sannsynlig bli økt bruk av «ready to use»-medikamenter (ferdigfylte sprøyter etc.) og halvfabrikata for enkelte legemidler ute på enhetene/avdelingene, f. eks. antibiotika. Økt teknologiutvikling vil medføre økt grad av robotisering, både i sykehusapoteket og i sykehuset. Det blir viktig å planlegge hvilke løsninger man vil satse på, og hva slike løsninger krever av areal.

Spesifisering av løsningene mht legemiddelhåndtering og –distribusjon må bli ivaretatt i de framtidige planleggingsprosessene. Det må sikres et tilstrekkelig antall medisinerom dimensjonert, utformet og lokalisert etter de prosessene som skal utføres der mht legemiddelhåndtering. Varemottak, ekspedering og utlevering av legemidler vil skje i henhold til en lukket legemiddelsløyfe. Pakke- og klargjøringsprosessen må være automatisert og robotisert.

Et tverrfaglig samarbeid mellom ulike faggrupper knyttet til legemiddelhåndtering vil gi økt pasientsikkerhet, og vil være et viktig bidrag i den framtidige legemiddelbehandlingen.

Det blir viktig å ta høyde for framtidig legemiddelberedskap. Momenter som må vurderes er hvor beredskapslagrene skal ligge, hvilke legemidler som skal lagres og volumet av disse. Dette må ses i sammenheng med nasjonal legemiddelberedskap, og beredskapslagring av væsker. Mange områder må utredes nærmere, blant annet hvordan legemidler skal forsynes til sykehuset. Etablering av elektroniske løsninger vil kunne bidra til å gi rask og adekvat beslutningsstøtte for riktig legemiddelbruk og -håndtering, oversikt over forholdene i forsyningskjeden av legemidler og effektiv håndtering av legemiddelmangel- og beredskapssituasjoner. Legemidlene som leveres i LLS må være elektronisk identifiserbare på endosenivå.



Figur 16: Skisse for sannsynlig vareflyt i framtidig forsyningskjede

5 Analyse og veivalg

5.1 Eksterne føringer

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet 14.03.13, i sak 020-2013, oppstart idéfase for utviklingen av Oslo universitetssykehus HF med følgende vedtak:

1. *Det er etter styrets oppfatning i den fremlagte utviklingsplanen lagt et godt grunnlag for videreføring av arbeidet med utviklingen av Oslo universitetssykehus HF, berunder en videre utvikling av bygningsmassen. Styret gir sin tilslutning til at arbeidet videreføres i tråd med det som er skissert.*
2. *Styret vil påpeke at det fremlagte mandatet for idéfase beskriver en utvikling som er svært omfattende, med et innhold som omfatter byutvikling, utvikling relatert til Universitetet i Oslo og omfattende samferdselsrelaterte problemstillinger. Både planens omfang og tidshorison er av en slik art at den må kunne sies å ligge på grensen av det som normalt vil være omfattet av en ordinær idéfase. Styret legger til grunn at realisering og videre utvikling av Oslo universitetssykehus HF uansett vil kreve en trinnvis prosess med flere enkeltprosjekter som må planlegges innenfor en helhetlig ramme og retning. Det forutsettes at idéfasemandater for enkeltprosjekter som foreslås på basis av dette arbeidet forelegges Helse Sør-Øst RHF for videre arbeid med slike prosjekter igangsettes, og at prosjektene tilpasses de økonomiske rammebetingelser.*
3. *Styret ber Oslo universitetssykehus HF i sitt videre arbeid nøye vurdere hvordan utviklingsplan og idéfasearbeidet skal avstemmes i forhold til arbeidet med enkeltprosjekter, slik at det sikres et godt fundament for den videre utvikling av helseforetaket.*
4. *Styret forutsetter at det iverksettes nødvendige tiltak ved Oslo universitetssykehus HF for å oppfylle bygningsmessige lovkrav og for å opprettholde en forsvarlig drift inntil den endelige utbyggingen er fullført.*

Hovedprosjektet og to delprosjekter ble behandlet samlet i styret i Oslo universitetssykehus HF i sakene 082-2015 og 008-2016, etter gjennomført ekstern kvalitetssikring. I det siste møtet ble det fattet følgende vedtak:

1. *Styret tar informasjonen fra ekstern kvalitetssikring av «Idéfase Oslo universitetssykehus» til orientering.*
2. *Styret ber om at «Idéfase Oslo universitetssykehus, konkretisering etter høring», oversendes til Helse Sør-Øst RHF for videre behandling. Styret anbefaler på grunnlag av idéfaseutredningen, og det som er framkommet i kvalitetssikringen at følgende legges til grunn for det videre arbeidet:*
 - a. *Styret gir sin tilslutning til at et framtidig mål bilde for Oslo universitetssykehus med ett samlet og komplett regionssykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner, ett lokalsykehus på Aker og krefitbehandling på Radiumhospitalet, er å foretrekke. Styret konstaterer imidlertid at det foreligger risikoer som bør avklares nærmere og finner ikke grunnlag på dette tidspunkt å legge bort noen av alternativene eller noen av etappene. Styret ber administrerende direktør komme tilbake med forslag til avgrensninger av alternativer og/ eller etapper og oppstart av idé-/ konseptfaser når de største usikkerhetsfaktorene er mer avklart, berunder at det er foretatt de nødvendige avklaringer med Helse Sør-Øst RHF.*
 - b. *Styret ber Helse Sør-Øst RHF vurdere om 0-alternativet kan gis en forenklet utredning i konseptfasen, da det allerede etter idéfaseutredningen er åpenbart at dette ikke er et egnet alternativ.*
 - c. *Styret ber Helse Sør-Øst vurdere hvordan skalering av lokalsykehus/-funksjonen skal tilpasses framtidig kapasitetsbehov i hovedstadsområdet.*
3. *Styret ber om at idéfaserapporten for Regional sikkerhetsavdeling med tilgrensende funksjoner og idéfaserapporten for Radiumhospitalet oversendes til Helse Sør-Øst RHF og anbefales fort videre som egne konseptfaser. Styret ber Helse Sør-Øst vurdere finansieringsform for disse prosjektene.*

Etter behandlingen av styresak 08-2016 gjennomførte Oslo universitetssykehus HF ytterligere risiko- og sårbarhetsanalyser ut fra anbefalinger i den eksterne kvalitetssikringen. Disse ble styrebehandlet i foretaket i sak 28-2016, med følgende vedtak:

1. *Styret tar rapportene om risiko- og sårbarhetsanalyse og øvrig oppfølging av risiko i arbeidet med idéfase til orientering.*
2. *Styret ber om at rapportene om risiko og sårbarhet oversendes Helse Sør-Øst RHF som del av grunnlagsdokumentasjonen for idéfasearbeidet.*

5.2 Alternative veivalg for helseforetaket

Arbeidet i 2015 er dokumentert i idéfaserapport versjon 1.0 kalt Idéfase fremtidens Oslo universitetssykehus, konkretisering etter høring, datert 28.1.2016. Denne rapporten oppsummerer også idéfase for Radiumhospitalet og idéfase for regional sikkerhetsavdeling med tilgrensende funksjoner.

Utredningen er basert på videreføring av dagens oppgaver som Oslo universitetssykehus HF er tillagt og dagens ansvarsfordeling mellom Oslo universitetssykehus HF og de private ideelle sykehusene innenfor Oslo sykehusområde.

Det er lagt vekt på at pasientperspektivet står i sentrum gjennom likeverdige tjenester og sammenhengende pasientforløp, samt gode forutsetninger for fagutvikling, utdanning og forskning. Det er videre lagt vekt på å kunne styrke samspillet mellom somatikk og psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, samt mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

I idéfasen fremtidens Oslo universitetssykehus HF er det utredet følgende alternativer for videreutvikling av helseforetaket og bygningsmassen:

- Alternativ 1: 0-alternativet
- Alternativ 2: delt løsning
- Alternativ 3: delvis samling på Gaustad, med lokalsykehus

Idéfasene for Radiumhospitalet og regional sikkerhetsavdeling med tilgrensede funksjoner inngår likt i både alternativ 2 og alternativ 3.

Alternativ 1, 0-alternativet, innebærer å forbli på dagens lokalisasjoner med oppgradering av dagens bygg og kun nybygg for å dekke behovet for økt kapasitet. Investeringskostnaden er fra Oslo universitetssykehus angitt til å være i størrelsesorden 26 milliarder kroner.

I **alternativ 2**, delt løsning mellom Ullevål og Gaustad, vil virksomheten ved Ullevål være en kombinasjon av lokalsykehus for alle bydeler Oslo universitetssykehus HF har spesialisthelsetjenesteansvaret for, et områdesykehus for store deler av den kirurgiske og indremedisinske virksomheten, samt regionsykehus med akuttvirksomhet inkludert multitraume. Hoveddelen av sykehusfunksjonene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samles i dette alternativet på Ullevål. På Gaustad vil regionfunksjoner og nasjonale funksjoner som ikke har avhengighet til traumevirksomheten samles i tillegg til funksjoner for barn inkl. spesialsykehuset for epilepsi. To aktuelle første etapper skisseres for dette alternativet – enten nybygg på Gaustad eller nybygg på Ullevål. Investeringsanslaget for alternativ 2 er fra Oslo universitetssykehus angitt til å være i størrelsesorden 34 milliarder kroner.

I **alternativ 3**, delvis samling på Gaustad, utvikles et regionsykehus med ansvar for lokalsykehusfunksjoner for tre bydeler. Sykehuset får dermed lokalsykehusfunksjoner, områdesykehusfunksjoner, regionale og nasjonale funksjoner. Akutfunksjonen med multitraume legges til dette sykehuset. I tillegg etableres det et lokalsykehus på Aker for tre av seks bydeler som Oslo universitetssykehus HF har spesialisthelsetjenesteansvar for. To aktuelle første etapper

anbefales; enten nybygg for både akuttfunksjoner og lokalsykehus på Gaustad eller lokalsykehus på Aker. Investeringsanslaget for alternativ 3 er fra Oslo universitetssykehus angitt i til å være i størrelsesorden 38 milliarder kroner.

I idéfaserapporten er det gjennomført en samlet evaluering av de alternativene som er utredet. 0-alternativet kommer dårligst ut i den kvalitative vurderingen. Alternativet har også høy gjennomføringsrisiko. Når det i tillegg vil kreve betydelig investeringer for å realisere dette alternativet, uten at det realiseres betydelige driftsgevinster, kan ikke 0-alternativet anbefales. Alternativ 3, delvis samling på Gaustad med lokalsykehus, kommer bedre ut av den kvalitative evalueringen enn alternativ 2, delt løsning. Alternativ 2 ansees å ha større gjennomføringsrisiko, grunnet lang byggeperiode tett på eksisterende drift på Ullevål.

Selv om de gjennomførte risiko- og sårbarhetsanalysene ikke utelukker bygging på noen av tomtene, har de økt risikobildet ved alternativ 2, delt løsning mellom Ullevål og Gaustad, og redusert risikobildet ved alternativ 3, delvis samling på Gaustad og lokalsykehus på Aker. Styret for Oslo universitetssykehus HF har også i sitt vedtak i sak 08-2016 pekt på alternativ 3 som det foretrukne alternativ og gitt sin tilslutning til et fremtidig mål bilde for Oslo universitetssykehus HF med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og kreftbehandling på Radiumhospitalet.

5.3 Valg og beskrivelse av hovedløsning

Oslo universitetssykehus HF er landets største helseforetak, med en dominerende rolle innen forskning, utdanning og pasientbehandling. Helseforetaket har lokalsykehusfunksjoner, områdesykehusfunksjoner, regionfunksjoner og flere landsdekkende oppgaver, og fungerer som siste skanse (bakvakt) i norsk spesialisthelsetjeneste. I det videre drøftes videreutvikling og avgrensning av de foreslåtte løsningene som fremgår av idéfaserapporten. Dette gjelder både innhold, dimensjonering og rekkefølge.

Gaustad - Det legges vekt på å definere tiltak som legger til rette for gode løsninger for virksomheten, hvor man unngår unødig duplisering av funksjoner og vaktlag. For å oppnå dette er det viktig å samle spesialiserte regionfunksjoner ved en lokalisasjon, noe som har vært et mål siden samlingen av Oslo universitetssykehus HF i 2009. Ut fra en samlet vurdering vil dette best kunne løses ved å videreutvikle sykehuset på Gaustad på en slik måte at også akutt- og traumevirksomheten inkluderes sammen med lokalsykehusfunksjoner. Det samme gjelder barnemedisin. Dette vil gjøre Gaustad funksjonelt sammenlignbart med de øvrige regionsykehusene i landet. Det vil videre sikre en medisinsk bredde som grunnlag for å opprettholde en høyspesialisert spissfunksjon og det vil sikre et volum som gir god ressursutnyttelse.

Det er foreslått et første utbyggingstrinn for å ivareta flytting av multitraume med tilhørende regionfunksjoner innen akuttkirurgi og indremedisin samt lokalsykehusfunksjoner innen kirurgi og indremedisin for tre bydeler. Det foreslåtte arealbehovet skal kvalitetssikres i det videre arbeidet. Det blir viktig å utvikle Gaustad trinnvis, både for å sikre fleksibilitet til å ta inn over seg ny teknologi og nye metoder, samt for å tilrettelegge for den medisinske utviklingen. I tillegg vil en trinnvis utvikling kunne tilpasses det økonomiske handlingsrommet i regionen.

Samlet arealbehov, sett opp mot hvilken bygningsmessig kapasitet som kan etableres nord for Ringveien, må også vurderes i det videre arbeidet, men det legges som en foreløpig premiss at utviklingen av regionsykehuset på Gaustad skjer nord for Ringveien. Det vurderes som hensiktsmessig at Radiumhospitalet får ansvaret for all regional og lokal medikamentell kreftbehandling og strålebehandling (for bydelene som skal tilhøre Gaustad). Dette bidrar til å

redusere arealbehovet på Gaustad. På samme måte må det vurderes hvilket antall fødsler som legges til Aker versus Gaustad slik at arealbehovet på Gaustad reduseres ytterligere.

Aker - Aktiviteten på Aker domineres i dag av Oslo universitetssykehus HFs egen aktivitet, og Samhandlingsarena Aker som er et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og Oslo kommune. Oslo har et klart behov for et eget lokalsykehus utenfor regionsykehuset, og det er hensiktsmessig å etablere dette på Aker. Dette ivaretar blant annet tilbakemeldingene fra flere høringsinstanser om å etablere et sykehus lenger øst i byen.

Idéfaserapporten peker på at Aker i en løsning med delvis samling på Gaustad må utvikles med følgende funksjoner: tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern, elektiv kirurgi, akuttkirurgi, fødsler og gynekologi, medikamentell kreftbehandling og indremedisin samt forsknings- og undervisningsarealer. Aker vil således utvikles til et stort akuttsykehus (jfr. definisjoner av sykehus i Nasjonal helse- og sykehusplan). Sykehuset på Aker må utvikles i nært samarbeid med Oslo kommune, som planlegger etablering av storbylegevakt på Aker. Dette kommer i tillegg til Samhandlingsarena Aker hvor det i dag er både kommunale tjenestetilbud og spesialisthelsetjenestetilbud. Det bør også vurderes å utvikle et diagnostisk senter som del av dette tilbudet, ref. vedtaket i styresak 090-2014 i Helse Sør-Øst RHF.

Som redegjort for under kapasitetsvurderinger i hovedstadsområdet, vil etablering av et lokalsykehus på Aker være et viktig grep for å håndtere kapasitetsutfordringene i Oslo og Akershus sykehusområder og en trinnvis utvikling av lokalsykehuset vil tillate gradvis økning og overføring av behandlingsskapitet mellom sykehusene i sykehusområdene Oslo og Akershus i takt med endringer i befolkningsgrunnlag.

Det skal vurderes særskilt om psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal etableres som del av et første trinn i utviklingen av Aker. Samlet arealbehov knyttet til et første trinn i utviklingen av Aker, sett opp mot hvilken kapasitet som kan etableres på Akertomten, må vurderes i den videre prosessen.

Ullevål - Alternativet nybygg på Ullevål har vært vurdert i flere omganger. I Oslo universitetssykehus HFs Arealutviklingsplan 2025 fra 2011 pekte man på nytt klinikkbygg bak sentralblokken som beste alternativ. Her ligger imidlertid store deler av sykehusets tekniske infrastruktur. Manglende oversikt over teknisk infrastruktur og vanskelige grunnforhold tilsa at det måtte påregnes en betydelig klargjøringskostnad for tomten før det kunne bygges. Kostnadene ble estimert til om lag 1,5 milliarder kroner. Idéfasearbeidet og ekstern kvalitetssikring har forsterket bildet av høy risiko og betydelige ulemper for pasienter og ansatte ved en eventuell utbygging på Ullevål. Det vil være meget krevende å sikre god klinisk drift på Ullevål ved et eventuelt byggeprosjekt på tomten. Forholdene for pasienter ved Ullevål er blant de dårligste innen Oslo universitetssykehus HF i dag.

Det betyr at nye løsninger for disse pasientene vil være viktig i prioriteringen av en trinnvis utvikling av både Gaustad og Aker, som vil sikre at virksomhet kan flytte ut av Ullevål.

Ved en trinnvis tilnærming til byggingen ved Gaustad og Aker vil det likevel være sykehusdrift ved Ullevål i mange år fremover. Kreft- og isolatsenteret er et eksempel på bygg hvor virksomhet kan fortsette på Ullevål over relativt lang tid, både for å utnytte investeringene og fordi virksomheten i dette bygget har mindre avhengighet til øvrig sykehusdrift.

5.4 Premisser i framtidige veivalg

5.5 Oslo sykehusområde

Det er lagt til grunn overføring av enkelte funksjoner fra Oslo universitetssykehus til de to ideelle sykehusene Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus de neste årene. Inntil 70% av medikamentell kreftbehandling og palliasjon skal gradvis overføres for pasienter tilhørende de to lokalsykehus. Lovisenberg Diakonale Sykehus skal etablere behandling av pasienter med infeksjoner i

ben, bløtvev og hud fra sykehusets bydeler, med overføring fra OUS. Videre skal Lovisenberg Diakonale Sykehus etablere dialyse for pasienter fra egne og fra Diakonhjemmets bydeler, med overføring fra OUS. I dialog med de to ideelle sykehus fremkommer at de har muligheter til og til dels planer for videre utbygging av sykehusene med etablering av nye funksjoner. De vil derved øke sin egedekning for befolkningen i sine bydeler.

Det er lagt til grunn at Sagene bydel i sin helhet skal tilbakeføres til OUS når det gjelder sykehustjenester. Tidspunktet er ikke bestemt. Det ligger også som en føring fra Foretaksmøtet at Alna bydel skal overføres fra Ahus til OUS i 2020, men tidspunktet vil være gjenstand for nærmere vurdering. Videre skal Grorud og Stovner bydeler overføres fra Ahus til OUS i 2030. Disse overføringer ligger til grunn for det videre planarbeid ved OUS og vil bidra til at de raskt økende sykehusbehov i Ahus opptaksområde vil kunne dekkes ved utbygging av OUS.

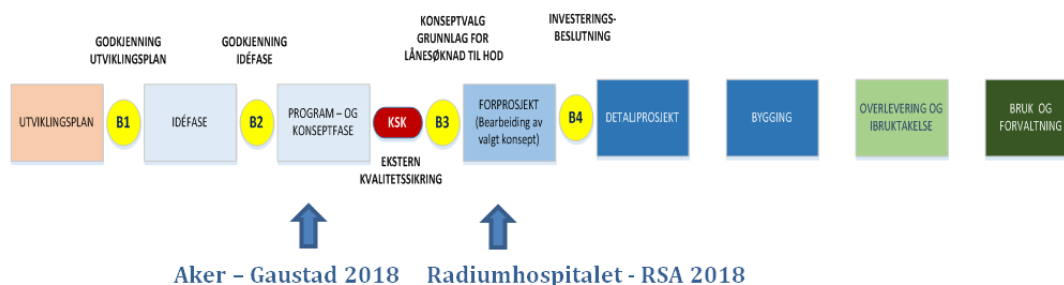
5.6 Virksomhetsavklaringer

Det er tidligere gjort en virksomhetsavklaring av hvilke virksomheter som skal være lokalisert ved Radiumhospitalet når nytt klinikkbygg tas i bruk. Det vil dreie seg om etablering av et samlet brystkreftsenter, prostatakreftsenter, senter for gynekologisk kreft og sarkom, samt onkologisk behandling av hode-halskreft, hudkreft og lymfom. Enkelte andre virksomheter er også aktuelle å lokalisere ved Radiumhospitalet, noe som vil bli klarlagt i det videre arbeid. Det ligger også som en føring at Radiumhospitalet skal ivareta lokalsykehusfunksjoner på kreftområdet for de tre bydeler som vil ha Rikshospitalet som lokalsykehus når Gaustadutbyggingen er ferdig. Det er også besluttet at det skal bygges et Senter for protonterapi ved Radiumhospitalet. Senteret vil bli bygget samtidig med klinikkbygget.

Konseptfase for Aker og Gaustad startet 6. februar 2018 og forventes å være ferdig for beslutning i Helse Sør-Øst 13. desember 2018. Målbildet er at regionsykehusfunksjonene inklusive akuttfunksjoner, samt lokalsykehusfunksjoner for tre bydeler, skal være samlet på Gaustad, mens Aker skal bygges som et lokal-/områdesykehus for 6 bydeler, og ha den samlede sykehusvirksomhet innen psykisk helse og rus. Både Aker og Gaustad vil ha akuttmottak innen medisin og kirurgi. Sentralt i dette arbeidet er vurdering av hvilke virksomheter som skal lokaliseres ved de to sykehuslokalisasjoner. Funksjonenes avhengigheter og nærhet til hverandre vil her være sentralt. Dette aspektet er beskrevet for ulike fagområder i kapittel 5.4. Ut fra dette er det sannsynlig at enkelte fagområder må være tilstede ved begge lokalisasjoner, mens enkelte andre kun trenger å være lokalisert ved en av lokalisasjonene. Disse virksomhetsavklaringer vil i hovedsak være gjennomført innen juni 2018, og vil ligge til grunn i de videre prosesser i konseptfase og evt. forprosjektfase.

Det vil parallelt med de nevnte virksomhetsavklaringer pågå reguleringsprosesser.

De ulike faser i realiseringen av framtidens OUS er illustrert nedenfor:



Figur 17: Faser i realisering av framtidens OUS; Kilde: Sykehusbygg HF

5.7 Regionsykehusfunksjoner og nasjonale tjenester

Oslo universitetssykehus er innen de aller fleste virksomhetsområder regionsykehuset i Helse Sør-Øst, med definerte kliniske funksjoner for pasienter fra alle sykehusområder. Hvilke sykehusoppgaver som klassifiseres som regionsykehusoppgaver, og ikke som lokal- eller områdesykehusoppgaver, vil kunne endres over tid basert på medisinsk utvikling, pasientvolum og oppbygging av kompetanse og infrastruktur. Således må en regne med at det framover vil bli endringer i fordeling av arbeidsoppgaver mellom OUS og de andre HF-ene i regionen. Tendensen er at ny teknologi- og kompetansekrevede 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. 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 protosenteret, som standardbehandling eller i klinisk studie.

5.8 Lokal- og områdesykehusfunksjoner

I et framtidig perspektiv vil Oslo sykehusområde bli utvidet med de tre bydelene Alna, Grorud og Stovner og OUS vil ved det ha langt mer omfattende lokal- og områdesykehusfunksjoner enn i dag. Det forventes at Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmets sykehus bygger ut sine arealer for å kunne ha en høyere egendekning av lokalsykehusfunksjoner både innen medisin og kirurgi sammenlignet med dagens nivå. Omfanget av denne økning er uavklart i dag. En evt. etablering av nye elektive funksjoner ved de to sykehus vil ha stor betydning for OUS. Diakonhjemmet, i motsetning til Lovisenberg, har i dag et akuttkirurgisk mottak, både for bløtdelskirurgi og ortopedi. Hvis Lovisenberg også etablerer et akuttkirurgisk mottak, vil det være fire akuttkirurgiske mottak i Oslo. Dette vil i så fall ha stor betydning for pasientstrømmene i Oslo og for OUS.

5.9 Traumebehandling

OUS ivaretar traumebehandling for Oslo sykehusområde, samt for hele helseregionen når det gjelder større traumer/multitraume. OUS mottar også i noen grad multitraumatiserte pasienter fra andre deler av landet. For å kunne ivareta og ytterligere forbedre multitraumefunksjonen ved OUS er det nødvendig med et stort pasientvolum og med et stort antall lokalsykehuspasienter som til daglig trenger triagering og akuttkirurgisk behandling. Det er besluttet at multitraumefunksjonene i det framtidige perspektiv skal lokaliseres til Gaustad der regionsykehusfunksjonene skal samles. En forutsetning for dette er at et tilstrekkelig volum av lokalsykehusfunksjoner/akuttfunksjoner er lokalisert samme sted. En annen forutsetning er at ulike typer spesialister er umiddelbart tilgjengelige, samt støtte fra et tungt intensivmedisinsk miljø.

5.10 Utvikling av framtidens behandling – forskning

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 tett samarbeid med Universitetet i Oslo og med andre helseforetak/sykehus, primært i Helse Sør-Øst, for å kunne inkludere større pasientgrupper i klinisk rettet forskning. En sterkere klinisk forskningsinfrastruktur må bygges i fremtiden, innad i OUS, i regionen og nasjonalt. Det er i tillegg et politisk ønske om sterkere nordisk samarbeid om kliniske studier.

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.

5.11 Persontilpasset medisin og bruk av ny teknologi

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. Sykehuset må 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 fortsatt 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.

Intervensjonssenteret ved OUS vil ha en sentral rolle i fremtiden. Intervensjonssenteret 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. Hybridrom for rask diagnostikk og øyeblikkelig hjelp intervensjon ved blødninger er en viktig del av moderne akuttmottak, noe som i dag er etablert ved OUS. I den videre sykehusplanlegging må framtidig lokalisering og omfang av hybridvirksomheten i sykehuset vurderes, for god utnyttelse både i akutt og i elektiv virksomhet.

Utvikling av gode **IKT-løsninger** vil være sentralt, med etablering av strukturert pasientjournal med gode muligheter for kvalitetssikring, rapportering og forskning, samt bedre samhandling med andre aktører innen spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Her vil det framover være ulike alternative veivalg. Konsoliderte IKT-systemer innen bildediagnostikk og laboratoriefag, samt etablering av digital patologi er nødvendig å få på plass relativt raskt, for å sikre god kvalitet både innad i OUS og i regionen. OUS er i ferd med å etablere klinisk datavarehus som gir nye muligheter for å få oversikt over hele den kliniske virksomhet, og som grunnlag for gode rapporter og data for kvalitetsregistre og forskning. Videre implementering av elektronisk kurve samt etablering av system for beslutningsstøtte vil være sentralt i årene framover. Etablering av «kunstig intelligens» vil få stor betydning innen mange av sykehusets virksomheter.

Bruk av nye **digitale løsninger** vil endre samhandlingen både på kort og lang sikt. Det dreier seg om samhandlingen med andre sykehus og med primærhelsetjenesten, og det dreier seg ikke minst om kommunikasjonen mellom sykehuset og pasientene i deres hjem. Digital pasientrapportering med sykehuspersonell og e-konsultasjoner vil i noen grad kunne erstatte fysiske oppmøter i sykehuset, både under behandling, under oppfølging av pasienter etter behandling og av pasienter med kronisk sykdom. Ulike prosjekter bør her gjennomføres de nærmeste årene. Digitale løsninger vil kunne ha stor betydning for aktiviteten i sykehuset og vil bli lagt til grunn ved planlegging av arealer i nye bygg. OUS har og vil i framtiden ha et stort fokus på prioriteringer i forbindelse med innføring av nye metoder i sykehuset. Sykehuset baserer sin virksomhet på gjeldende retningslinjer, nasjonale beslutninger i nye metoder og på interne beslutninger i forbindelse med minimetodevurderinger.

5.12 Kompetanse og utdanning

Oslo universitetssykehus vil også i framtiden ha en sentral rolle i grunnutdanningen av helsepersonell. Sykehuset vil ha en ledende rolle i utdanning av nye legespesialister i Helse Sør-Øst gjennom Regionalt utdanningscenter for leger i spesialisering. Denne utdanningen må tilpasses det til enhver tid beregnede behov og den medisinske utvikling. Denne utviklingen tilsier også satsing på videre- og etterutdanning, både for leger, sykepleiere og andre helsearbeidere. Det må også kontinuerlig vurderes om det er behov for å utvikle ny kompetanse, enten gjennom endringer og påbygging i eksisterende utdanning eller gjennom etablering av ny type utdanning.

5.13 Internasjonal rolle

Oslo universitetssykehus har gjennom sin størrelse og sin forskningsposisjon er sentral internasjonal rolle. Flere av sykehusets virksomhetsområder har internasjonal akkreditering. En ny og omfattende akkreditering er OECl-akkreditering av sykehuset som europeisk Comprehensive Cancer Centre. Internasjonal akkreditering er i framtiden aktuelt på flere områder. OUS har også etablert internasjonale Scientific Advisory Boards som ivaretar en kontinuerlig ekstern evaluering av vitenskapelig virksomhet.

Et styrket internasjonalt samarbeid innen forskningen vil være sentralt i framtidens OUS. Det dreier seg om aktiv deltakelse i internasjonale forskningsnettverk og internasjonale kliniske studier, primært i Norden og i EU-sammenheng. Utvikling av persontilpasset medisin krever et tettere internasjonalt samarbeid både innen metodeplattformer, kompetansebygging og klinisk utprøving av ny behandling rettet mot undergrupper av pasienter med spesifikke markører.

EU satser tungt på *European Reference Networks (ERN)* som arena for samarbeid innen pasientbehandling, utdanning og forskning innen sjeldne sykdommer og sykdommer som krever avansert behandling. Et **Clinical Patient Management System** er laget slik at konkrete pasienter kan

diskuteres med Europas fremste eksperter. 24 nettverk er etablert, og OUS er foreløpig med i 3 av disse. OUS vil være en aktiv part i videre utvikling av ERN slik at norske pasienter og norsk helsetjeneste får tilgang til denne ekspertisen

OUS har i dag et internasjonalt institusjonssamarbeid med sykehus i flere lav- og mellominntektsland. Det dreier seg om kompetanseoppbygging med bistand fra spesialister fra OUS, innen nevrokirurgi, barnekirurgi, intensivmedisin, kreft og barn- og mødrehelse. OUS vil framover være en sentral aktør i økt innsats for global helse.

HØRINGSUTKAST

Oversikt over tabeller og figurer

Figur 1: Organisasjonskart for prosjektet Utviklingsplan 2035	9
Figur 2: Fremdriftsplan for prosjektet "Utviklingsplan 2035"	10
Figur 3: Interessentanalyse "Utviklingsplan 2035"	11
Figur 4: Organisasjonskart OUS; Kilde: Intranett OUS (27/07-2017)	12
Figur 5: Resultatutvikling Oslo universitetssykehus HF; Kilde: ØLP	32
Figur 6: Oversikt teknisk tilstand Rikshospitalet og Gaustad sykehus (til venstre) og tilpasningsdyktighet (til høyre)	38
Figur 7: Oversikt teknisk tilstand Ullevål sykehus (til venstre) og tilpasningsdyktighet (til høyre)	38
Figur 8: Oversikt teknisk tilstand Radiumhospitalet (til venstre) og tilpasningsdyktighet (til høyre)	38
Figur 9: Oversikt teknisk tilstand Aker sykehus (til venstre) og tilpasningsdyktighet (til venstre)	38
Figur 10: Eiendomsforholdene ved Aker sykehus (til venstre) og Gaustad sykehus og Rikshospitalet (til høyre)	39
Figur 11: Befolkningsutvikling Norge 2017-2035;	40
Figur 12: Befolkningsutvikling Oslo 2017-2035;	41
Figur 13: Trinnsvis framskrivning av liggedøgn somatikk; Kilde: Framskrevet aktivitet 2015 - 2035 somatikk; Kilde: Nasjonal modell for aktivitetsframskrivning tilsendt og utført av Sykehusbygg HF	45
Figur 14: Felles rammeverk for forbedring av kvalitet og pasientsikkerhet	52
Figur 15: <i>Antall døde og % -vis antall døde i gruppen av pasienter med alvorlig skade (Injury Severity Score (ISS) > 15) for perioden 2001–2016. Basert på seleksjon av 8.124 pasienter.</i>	97
Figur 16: Skisse for sannsynlig vareflyt i framtidig forsyningskjede	126
Figur 17: Faser i realisering av framtidens OUS; Kilde: Sykehusbygg HF	131
Tabell 1: Aktivitet somatikk OUS 2012-2016; Kilde: Årsberetning 2016	13
Tabell 2: Antall DRG-poeng Oslo sykehusområde; Kilde: Årsberetningen 2016	13
Tabell 3: Antall DRG-poeng ved OUS fordelt på sykehusområder i Helse Sør-Øst 2016/2015; Kilde: Årsberetning 2016	14
Tabell 4: Antall DRG-poeng ved OUS i 2016 fordelt på helseregioner utenfor HSØ; Kilde: Årsberetningen 2016	14
Tabell 5: Antall operasjoner og respiratordøgn 2016; Kilde: Årsberetning 2016	14
Tabell 6: Prosentvis fordeling av årsaker til strøket operasjon 2016; Kilde: Årsberetning 2016	15
Tabell 7: Antall diagnostiske undersøkelser i 2016; Kilde: Årsberetning 2016	15
Tabell 8: Aktivitet psykisk helsevern 2016; Kilde: Årsberetning 2016	16
Tabell 9: Aktivitet tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2016; Kilde: Årsberetning 2016	16
Tabell 10: Aktivitet prehospitale tjenester 2013-2016; Kilde: Årsberetning 2016	17
Tabell 11: Resultater på indikatorene for Oslo universitetssykehus HF. Skala 0-100 der 100 er best; Kilde: Kunnskapscenteret 2016	18
Tabell 12: Antall meldte pasienthendelser; Kilde: Forbedrings- og avvikssystemet «Achilles»	18
Tabell 13: Prevalens andel helseassosierte infeksjoner i % 2012-2016; Kilde: Årsberetning 2016	19
Tabell 14: Antall ventende og langtidsventende 2013-2016; Kilde: Årsberetning 2016	20
Tabell 15: Gjennomsnittlig ventetid (dager) 2013-2016; Kilde: Årsberetning 2016	20
Tabell 16: Andel fristbrudd 2013-2016; Kilde: Årsberetning 2016	20
Tabell 17: Andel epikriser sendt innen 7 dager 2016 og 2015; Kilde: Årsberetning 2016	21
Tabell 18: Andel korridorpatienter 2012-2016; Kilde: Helsenorge.no	21
Tabell 19: Andel pakkeforløp som har en forløpstid innenfor standard forløpstid; Kilde: helsenorge.no	21
Tabell 20: Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp; Kilde: helsenorge.no	21
Tabell 21: Antall HMS-avvik 2013-2016; Kilde: Årsberetning 2016	27
Tabell 22: HMS-saker med høy alvorlighetsgrad 2013-2016; Kilde: Årsberetning 2016	27
Tabell 23: Utdanningsvirksomhet OUS 2016	28
Tabell 24: Antall ansatte 2013-2016; Kilde: Årsberetning 2016	29
Tabell 25: Planlagt og ikke planlagt arbeidstid 2013-2016; Kilde: Årsberetning 2016	29
Tabell 26: Sykefravær 2013-2016; Kilde: Årsberetning 2016	30
Tabell 27: Forskningsvirksomhet 2016; Kilder: Forskningsmålingen 2016. Tall for ressursbruk: NIFU, Rapport 2017:18, Ressursbruk til forskning i helseforetakene 2016	30
Tabell 28: Styrker og muligheter innenfor forskning	31
Tabell 29: Innmeldte og registrerte prosjekter fra OUS	32
Tabell 30: Prosentvis arealfordeling per vektet og avrundet tilstandsgrad fordelt på lokasjoner (normal vektning)	37
Tabell 31: Oversikt over tomtestørrelser OUS	39
Tabell 32: Framskrevet aktivitet 2015 - 2035 somatikk; Kilde: Nasjonal modell for aktivitetsframskrivning tilsendt og utført av Sykehusbygg HF	44
Tabell 33: Framskrevet aktivitet 2015 - 2035 psykisk helsevern voksne; Kilde: Framskrevet aktivitet 2015 - 2035 somatikk; Kilde: Nasjonal modell for aktivitetsframskrivning tilsendt og utført av Sykehusbygg HF	45
Tabell 34: Framskrevet aktivitet 2015 - 2035 psykisk helsevern voksne; Kilde: Framskrevet aktivitet 2015 - 2035 somatikk; Kilde: Nasjonal modell for aktivitetsframskrivning tilsendt og utført av Sykehusbygg HF	46
Tabell 35: Framskrevet aktivitet 2015 - 2035 TSB; Kilde: Sykehusbygg HF	46

HØRINGSUTKAST

Høringsinstansene jf. vedlegg

Direktørens kontor

Vår ref.: Deres ref.: Saksbeh.: Dato:
Oppgis ved all henvendelse Matthias Baaske 16.2.2018

Høring – Utviklingsplan Oslo universitetssykehus

Som oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan, skal alle helseforetak utarbeide en utviklingsplan. I en utviklingsplan skal helseforetaket beskrive hvordan virksomheten vil utvikle seg for å møte framtidig behov for helsetjenester. Den skal peke på ønsket utviklingsretning for helseforetaket og hvilke tiltak som er nødvendige for å møte framtidens utfordringer. Formålet er å skape pasientens helsetjeneste gjennom riktig kompetanse, nye arbeidsformer og tilpassede bygg og utstyr.

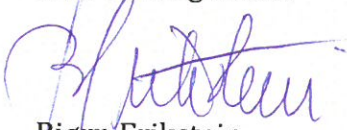
Styret for Oslo universitetssykehus har i sitt møte 16. februar 2018 blitt orientert om utviklingsplanen og det er planlagt høringsprosess (sak 9/2018).

Planen sendes på høring til helseforetak i HSØ, kommune, bydelsadministrasjon, brukerorganisasjoner, tillitsvalgte og andre interessenter med høringsfrist 8. april 2018.

Høringsuttalelser sendes til mabaas@ous-hf.no innen 8. april 2018.
Alle kan gi innspill til høring, også de som ikke står på adresselisten.

Dersom høringsinstansene ønsker å få en presentasjon av utviklingsplanen, kan prosjektgruppen for utviklingsplanen ved Oslo universitetssykehus kontaktes på epost til mabaas@ous-hf.no

Med vennlig hilsen



Bjørn Erikstein
administrerende direktør



Høringsinstanser «Utviklingsplan Oslo universitetssykehus 2035»

- Bydel Alna
- Bydel Bjerke
- Bydel Grorud
- Bydel Nordre Aker
- Bydel Nordstrand
- Bydel Sagene
- Bydel Stovner
- Bydel Søndre Nordstrand
- Bydel Østensjø
- Pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus og Sosial- og eldreombudet i Oslo
- Oslo kommune
- Oslo kommune - Velferdsetaten
- Oslo kommune - Sykehjemetaten
- Oslo kommune – Helseetaten
- Oslo universitetssykehus HF - Brukerutvalget
- Oslo universitetssykehus HF – Ungdomsrådet
- Akershus universitetssykehus HF
- Sørlandet Sykehus HF
- Vestre Viken HF
- Sykehus Telemark HF
- Sunnaas Sykehus HF
- Sykehus i Vestfold HF
- Sykehuset Østfold HF
- Sykehuset Innlandet HF
- Diakonhjemmet Sykehus
- Lovisenberg Diakonale Sykehus
- Nasjonalforening for folkehelse
- Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS)
- Landsforeningen for hjerte og lungesyke (LHL)
- Kreftforening
- Universitetet i Oslo
- OsloMet – storbyuniversitetet
- Helse Sør-Øst RHF

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 22. mars 2018

Saksbehandler: Direktør Oslo sykehusservice

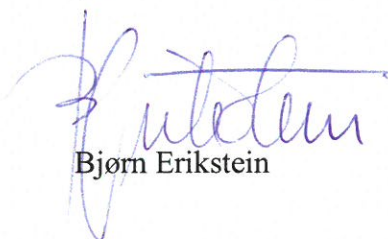
Vedlegg: Utkast til leieavtale

SAK 21/2018 LEIE AV LOKALER I LOVISENBERGGATA 6

Forslag til vedtak:

- 1. Styret slutter seg til at Oslo universitetssykehus inngår vedlagte leieavtale for lokaler i Lovisenberggata 6 fra 1. juni 2018 til 31. januar 2025, og ber administrerende direktør om å fremme saken til Helse Sør-Øst RHF.*
- 2. Administrerende direktør gis fullmakt til å inngå leieavtalen for lokaler i Lovisenberggata 6, forutsatt godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF.*

Oslo, den 15. mars 2018



Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus overtok Rettsmedisinske fag fra Folkehelseinstituttet med virkning fra 1. januar 2017. I styresak 67/2016 om virksomhetsoverdragelsen står det at den rettstoksikologiske virksomheten er plassert i Lovisenberggata 6 og at Oslo universitetssykehus skal overta leieforholdet med Statsbygg som eier bygget.

Avtale om leie mellom Oslo universitetssykehus og Statsbygg var ikke ferdig på overdragelsesdato. Inntil videre betaler Oslo universitetssykehus leie for de arealer vi benytter til Folkehelseinstituttet, som står som formell leietaker overfor Statsbygg.

Utkast til leieavtale er nå omforent med Statsbygg og vedlagt denne styresaken. Leieforholdet er tilnærmet identisk med det som gjelder for disse arealene i avtalen mellom Folkehelseinstituttet og Statsbygg, både når det gjelder areal, leietid og leiepris. Arealene utgjør 5984 kvadratmeter brutto. Avtalen løper frem til 31. januar 2025. Det er samme leieperiode som nåværende avtale. Det er ingen alternative tomme arealer i foretaket og det er ingen planer om å flytte den rettstoksikologiske virksomheten i denne tidsperioden.

I forbindelse med virksomhetsoverdragelsen fikk Oslo universitetssykehus overført 19,9 millioner kroner til å dekke leie- og felleskostnader inkludert energikostnader. Beløpet tilsvarer det Folkehelseinstituttet betaler. I den nye avtalen er årlig leie (2018) inkludert felleskostnader og energikostnader om lag 18 millioner kroner.

I henhold til Finansstrategien for Helse Sør-Øst som er vedtatt i foretaksmøtet 8. februar 2013 må leieavtaler hvor nåverdien av fremtidige leieforpliktelser er over 50 millioner kroner godkjennes av Helse Sør-Øst RHF før signering. Samlet nåverdi av leieforpliktelse frem til utløpet av januar 2025 utgjør 89,4 millioner kroner uten driftskostnader og energikostnader.

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Ved overtakelsen av Rettsmedisinske fag var det lagt til grunn at den rettstoksikologiske virksomheten fortsatt skal være plassert i Lovisenberggata 6, og at Oslo universitetssykehus skulle overta leieforholdet med Statsbygg som eier bygget. Formelt er imidlertid leieforholdet mellom Oslo universitetssykehus og Statsbygg et nytt leieforhold som skal ha egen godkjenning av Helse Sør-Øst RHF.

På denne bakgrunn foreslås det at styret slutter seg til leieavtalen, og at administrerende direktør gis fullmakt til å inngå leieavtalen med Statsbygg, forutsatt at dette er godkjent i Helse Sør Øst RHF.

LEIEKONTRAKT

**mellom Statsbygg og Oslo universitetssykehus HF (OUS),
for leie av lokaler i Lovisenberggata 6**

**kontrakt nr
10796**

LEIEKONTRAKT

Grunnlaget for denne kontrakten er at Folkehelseinstituttet (FHI) og Oslo universitetssykehus HF (OUS) ønsket å endre leieforholdet for Lovisenberggata 6(L6) fra FHI til OUS som leietaker.

1. KONTRAKTENS PARTER

Utleier: Statsbygg v/region øst (heretter kalt "Utleier")

Org. nr.: 971 278 374

Adresse: Biskop Gunnerus gate 6, 0155 Oslo

Postadresse: Postboks 8106 Dep., 0032 Oslo

Telefon: 815 55 045

Leietaker: Oslo universitetssykehus HF (OUS) (heretter kalt "Leietaker")

Org. nr.: 993 467 049

Adresse:

Postadresse: Postboks 4950 Nydalen, 0424 Oslo

Telefon: 02770

2. EIENDOM

Eiendommens adresse: Lovisenberggata 6, 0456 Oslo

Gnr: 220 Bnr: 65 i Oslo kommune, kommunenummer: 0301

3. LEIEOBJEKT

Leieobjektet består av de arealer/bygninger som er vist i oppstillingen nedenfor, se også tegninger i vedlegg A. Areal og oppdeling skal være i henhold til Norsk Standard 3940 ("Areal- og volumberegning av bygninger").

Arealene til Leietakers eksklusive bruk samt andel av fellesarealer og tekniske rom, utgjør totalt 5.984 m² BTA. Av dette utgjør arealer til Leietakers eksklusive bruk 4.644 m² BTA.

Laboratoriebygg (L6), Lovisenberggata 6, Bygningsnr. 81131325

Etasje:	Areal m ² (BTA):	Kommentar
1. Underetasje	850	
Vestibyle	132	Resepsjon inngår i leiearealet, øvrig areal i 1. etg utgår i bytte mot rotunden i 3. etg.
1. etasje	340	
2. etasje	37	
3. etasje	37	Rotunden i 3. etg inngår i leiearealet i bytte mot areal i 1. etg.

Leiekontrakt lokaler statlig leietaker,
inngått mellom Statsbygg og Oslo universitetssykehus HF (OUS) for leie av lokaler i Lovisenberggata 6,
utarbeidet 01.03.2018.

4. etasje	1 830	
5. etasje	1 418	
Andel fellesareal:	1 340	
Totalt areal m2 (BTA):	5 984	

Byggets arealfordeling er som følger: FHI 48,08%, OUS 45,54% og DOF 6,37%

Det leide areal omfatter andel av Utleiers driftskontorer og teknisk areal.

Eventuelle feil i arealangivelsene eller oppmåling gir ikke rett til å kreve leien justert, og medfører heller ikke noen endring av leiekontraktens øvrige bestemmelser.

4. LEIETID

Leieforholdet løper i 6 år og 10 mnd. fra 01.06.2018 og utløper 31.01.2025 uten forutgående oppsigelse.

Dersom Folkehelseinstituttet flytter ut av sine lokaler i bygget før utløpet av denne kontrakt, plikter Oslo universitetssykehus HF å flytte ut samtidig.

Utleier skal varsle Leietaker om at leiekontrakten utløper senest tolv måneder før utløpet av leieperioden. Ved ønske om fortsatt leieforhold, må Leietaker skriftlig varsle Utleier om dette innen ni måneder før utløpet av leieperioden, og reforhandlinger skal avsluttes innen tre måneder før utløpet av leieperioden.

Fristen for å sende flytteoppfordring etter leieforholdets opphør er seks måneder.

5. OVERTAKELSE

Oslo universitetssykehus HF (OUS) er idag fremleietaker for leieobjektet hos Folkehelseinstituttet (FHI), og leieobjektet overtas i en stand det er ved leiekontraktens start 01.04.2018.

6. LEIE OG TILLEGGSKOSTNADER

6.1. Leie

Leien utgjør NOK 13 572 548,83 (eks. mva.) pr. år.

6.2. Indre vedlikehold

I tillegg til leien betaler Leietaker for indre vedlikehold, NOK 331 831,08 (eks. mva.) pr. år, jf. punkt 15.2.1.

6.3. Bruksavhengige driftskostnader

I tillegg til leien betaler Leietaker et a kontobeløp til dekning av bruksavhengige driftskostnader, jf. punkt 14.2. Beløpet er stipulert å utgjøre for første driftsår NOK 1 050 000,- (eks. mva.).

Leiekontrakt lokaler statlig leietaker,
inngått mellom Statsbygg og Oslo universitetssykehus HF (OUS) for leie av lokaler i Lovisenberggata 6,
utarbeidet 01.03.2018.

6.4. Energi til Leietakers egne lokaler

Folkehelseinstituttet har abonnementet for energi i bygget, og fakturerer OUS for energi på bakgrunn av egne målere og/eller etter arealfordelingen i bygget.

6.5. Betaling

Leien for leieobjektet og indre vedlikehold, jf. punkt 15.2.1, betales i henhold til faktura, eller andre anviste innbetalingssteder, forskuddsvis i like store terminer med forfall hver 1. februar, 1. april, 1. juli og 1. oktober. Beløpene reguleres etter punkt 7.

Bruksavhengige driftskostnader, som er fastsatt på grunnlag av utarbeidet budsjett, betales på samme måte. Regnskap over bruksavhengige driftskostnader, og eventuelt andre avtalte tillegg til leien føres av Utleier og resultatet avregnes mot a kontoinnbetalingen innen utløpet av andre kvartal påfølgende år. Restoppgjør skjer innen samme frist. A kontobeløpet for påfølgende år justeres i henhold til budsjett/avregning.

Ved betaling etter forfall svares forsinkelsesrente i henhold til lov av 17. desember 1976 nr. 100 (forsinkelsesrenteloven) eller lov som trer inn i stedet for denne.

Etter leibeløp mv. står det "(eks.mva.)". Merverdiavgift vil kun bli tillagt dersom leieforholdet omfattes av Utleiers frivillige registrering, og Leietaker driver avgiftspliktig virksomhet i leieobjektet, jf. punkt 8.

7. LEIEREGULERING

I leieperioden skal leien, herunder eventuell leie for parkeringsplasser, og vederlag for indre vedlikehold reguleres 1. januar hvert år med 100 % av endringen i Statistisk Sentralbyrås konsumprisindeks (totalindeksen), eller annen tilsvarende offentlig indeks dersom denne bortfaller, første gang 1. januar 2019.

Første gangs indeksregulering skjer med basis i novemberindeksen 2016 og frem til november måned 2018. Senere reguleringer baseres på sist oppregulerte leie og novemberindeks, og frem til november måned før iverksettelsen av reguleringen. Dog skal ikke leien kunne reguleres under den leie som ble avtalt på kontraktstidspunktet.

Leietaker er med dette gitt varsel om at årlig leieregulering vil finne sted.

8. MERVERDIAVGIFT

Leieforholdet skal ikke omfattes av Utleiers frivillige registrering, og leien mv. skal således ikke tillegges merverdiavgift av Utleier. Dersom det skjer endringer som fører til at det skal tillegges merverdiavgift skal det inngås en tilleggskontrakt hvor en markedsmessig merverdiavgiftsklausul skal gjelde for leieforholdet. Merverdiavgift kan bli tillagt ved lovendring eller ved at partene uttrykkelig avtaler dette.

9. SIKKERHETSSTILLELSE

Det stilles ikke garanti for avtalen, da det vises til lov om helseforetak §7.

10. LEIETAKERS VIRKSOMHET

Leieobjektet skal kun brukes til kontorer og laboratorier.

Eventuelle endringer i bruksområde eller virksomhet i leieobjektet er ikke tillatt uten Utleiers skriftlige forhåndssamtykke. Samtykke kan ikke nektes uten saklig grunn.

11. BRUK AV LEIEOBJEKTET

Leietaker plikter å behandle leieobjektet og eiendommen for øvrig med tilbørlig aktsomhet.

Leieobjektet må ikke benyttes på en måte som forringer eiendommens omdømme eller utseende, eller ved støv, støy, lukt, rystelse eller på annen måte sjenerer andre leietakere, naboer eller publikum forøvrig.

Leietaker plikter å sette seg inn i og følge de bestemmelser som til enhver tid gjelder for leieobjektet, eksempelvis vedtekter, instruksjoner og ordensregler, systemer for internkontroll, forvaltningsplaner, bestemmelser knyttet til vern av eiendommen (fredning, bevaring, mv.) samt forskrifter, krav og pålegg som gis av offentlig myndighet. Leietaker har selv ansvar for å fremskaffe nødvendig offentlig tillatelse til å drive avtalt virksomhet i leieobjektet.

Utleier og Leietaker skal tilstrebe energieffektive løsninger og bruk av leieobjektet, i tråd med overordnede offentlige føringer.

Leietaker plikter å benytte eiendommens avfallssystemer. Avfall av ekstraordinært omfang eller karakter (for eksempel olje, fett, farlige stoffer, mv.) må Leietaker besørge fjernet for egen regning. I motsatt fall kan Utleier fjerne avfallet for Leietakers regning.

Oppdager Leietaker skade på leieobjektet, skal Leietaker straks varsle Utleier. Unnlatelse av å gi slikt varsel kan medføre erstatningsansvar.

Utleier kan fritt benytte byggets utside og utendørsareal til for eksempel utvendige installasjoner som antenner og lignende. Utleier skal på forhånd informere Leietaker dersom en slik bruk innebærer utleie til andre. Eventuell økonomisk avkastning av slik utleie tilfaller Utleier.

12. FREMLEIE/OVERDRAGELSE

Fremleie av leieobjektet, helt eller delvis, krever Utleiers skriftlige forhåndssamtykke. Samtykke kan ikke nektes uten saklig grunn.

Leietaker må på oppfordring fra Utleier legge frem fremleiekontrakt. En eventuell fremleietaker får ikke større rettigheter enn det Leietaker har etter leiekontrakten. Ved fremutleie til avgiftspliktig virksomhet plikter Leietaker å sørge for frivillig registrering i Merverdiavgiftsregisteret.

Overdragelse av leiekontrakten, helt eller delvis, er ikke tillatt uten Utleiers skriftlige forhåndssamtykke. Samtykke kan ikke nektes uten saklig grunn.

13. UTLEIERS ADGANG TIL LEIEOBJEKTET

Utleier har adgang til leieobjektet for løpende drift, ettersyn, reparasjon, vedlikehold, inspeksjon, taksering, mv. Utleier disponerer egen nøkkel. I de tilfeller hvor Utleier ikke har adgang til leieobjektet, har Utleier rett til å skaffe seg adgang hvis det anses nødvendig for å forebygge eller begrense skade på leieobjektet og eiendommen forøvrig. Enkelte rom krever spesiell tillatelse fra Leietaker for adkomst for Utleier.

14. DRIFT

14.1. Leietaker besørger og bekoster – ”Leietakers direkte driftskostnader”

Leietaker skal selv besørge og bekoste driften av egne lokaler. Dette omfatter blant annet kostnader til vakthold, renhold og løpende drift (blant annet mindre reparasjoner) av innretninger og brukerstyr som er installert for eller av Leietaker, herunder innretninger utendørs, jf. vedlegg B, Drift, kolonne 2. Dersom eiendomsskatt innføres i leieperioden gir dette grunnlag for Utleier til å oppjustere leien tilsvarende, gjeldende fra første påfølgende leiebetaling.

Energi til egne lokaler betales etter egen måler der slik måler finnes, ellers etter arealmessig andel fordelt etter avregning fra felles måler, jf. punkt 6.4

Bistår Utleiers driftspersonale Leietaker med tilleggsoppgaver utover oppgaver nevnt i punkt 14.2 og 15.2.1, belastes lønnskostnadene som en direkte driftskostnad.

14.2. Utleier besørger og Leietaker bekoster – ”Bruksavhengige driftskostnader”

Leietaker er ansvarlig for sin andel av driftskostnader for fellesarealer og faste tekniske anlegg, jf. vedlegg B, Drift, 3. kolonne. Arbeidet besørges av Utleier.

Bruksavhengige driftskostnader omfatter blant annet energikostnader i fellesarealer, kostnader til vann, avløp, avfallshåndtering og forbruksavhengige offentlige avgifter. I tillegg omfattes kostnader til løpende drift, eksempelvis tilsyn av bygningens faste tekniske anlegg, forbruksmaterieell, ettersyn av maskiner, drift av utendørsanlegg, drift av utvendige faste bygningsdeler, hørverk relatert til virksomheten og ikke planlagte arbeider som må utføres for å rette opp uforutsette skader eller mangler.

Utleier besørger driftsoppgavene relatert til de deler av bygningen som omfattes av indre vedlikehold, jf. punkt 15.2.1. Kostnadene for dette belastes Leietaker.

På eiendommer hvor det er krav om følgetjeneste ved drifts- og vedlikeholdsoppgaver vil kostnaden bli belastet Leietaker.

Utleier forestår gjennomføringen av driftsoppgavene enten med eget driftspersonale eller gjennom serviceavtaler. Kostnadene belastes Leietaker og vil bestå av en andel av kostnader til driftspersonale, serviceavtaler, i tillegg til utstyrs- og materialkostnader.

I bygg med flere leietakere skal disse kostnadene fordeles i forhold til leiet areal.

I den grad utleie av eiendom i leietiden blir belagt med nye særlige skatter og/eller avgifter, skal Leietaker betale sin forholdsmessige del.

15. VEDLIKEHOLD OG UTSKIFTNING

15.1. Utleiers vedlikeholds- og utskiftningsplikt

Utleier besørger og bekoster utvendig bygningsmessig vedlikehold, vedlikehold av bygningens faste tekniske anlegg som normalt tilhører en eiendom (for eksempel heiser, luftbehandlingsanlegg og fyringsanlegg), utendørsarealer og eventuelle fellesarealer, jf. vedlegg B, Vedlikehold, kolonne 1. Utleier skal også skifte ut tekniske innretninger som heis, ventilasjonsanlegg, fyringsanlegg o.l. når disse ikke lenger lar seg vedlikeholde på regningssvarende måte. Tekniske innretninger o.l. skal holdes i tilsvarende stand som ved overtakelse, men alminnelig slitasje må godtas av Leietaker.

Vedlikehold og utskiftning av innretninger anbrakt av Leietaker skal besørges og bekostes av Leietaker, se punkt 14.2.2.

15.2. Leietakers vedlikeholds- og utskiftningsplikt

15.2.1. Utleier besørger og Leietaker bekoster arbeidet ("indre vedlikehold")

Utleier besørger på Leietakers bekostning, jf. punkt 7.3., å forestå indre vedlikehold av leieobjektet. Indre vedlikehold omfatter blant annet vedlikehold av innvendige overflater og sanitærinstallasjoner, samt utskiftninger, se vedlegg B, Vedlikehold, kolonne 3. Vedlikeholdsplikten omfatter ikke ombygning, ominnredning eller endring av leieobjektet.

Vedlikeholds nivået skal stå i forhold til den samlede godtgjørelse Leietaker betaler i løpet av leieperioden. Den standard leieobjektet var i ved overtagelsen opprettholdes gjennom prioritering av vedlikeholdstiltak ved årlige planer utarbeidet i samarbeid mellom Utleier og Leietaker i henhold til normale vedlikeholdsintervaller. Innbetalt beløp skal i tillegg dekke tilbakeføring til opprinnelig standard ved fraflytting forutsatt normal bruk av leieobjektet i leieperioden. Utleier skal kunne dokumentere hvordan midlene disponeres i leieperioden.

15.2.2. Leietaker besørger og bekoster arbeidet ("brukerutstyr")

Leietaker besørger og bekoster vedlikehold og utskiftning av brukerutstyr og innretninger som er installert for eller av Leietaker, herunder blant annet kabling for IKT, adgangskontroll, anlegg for avbruddsfri strømforsyning (UPS-anlegg) og kantine/kjøkkenutstyr, se vedlegg B, Vedlikehold, kolonne 2. Dette gjelder også når brukerutstyr og innretninger er husleiefinansiert, finansiert gjennom tilskudd eller finansiert direkte av Leietaker. I tillegg besørger og bekoster Leietaker vedlikehold av innretninger utendørs som er installert for eller av Leietaker.

Slikt arbeid utført av Leietaker skal foretas på en forskrifts- og håndverksmessig god måte, og i samsvar med arkitektoniske og bevaringsmessige hensyn. Tiltak som berører arkitektoniske eller bevaringsmessige hensyn krever Utleiers forhåndssamtykke. Tilsvarende gjelder inngrep i bygningen og bygningens faste tekniske anlegg.

Dersom Utleier skal ha vedlikeholdsansvaret for brukerutstyr må dette avtales særskilt.

16. UTLEIERS ENDRING AV LEIEOBJEKTET

Utleier har rett til å foreta arbeider som er nødvendige til eiendommens forsvarlige vedlikehold eller utvikling, og til i samme utstrekning å foreta ethvert endringsarbeide både i og utenfor leieobjektet. Utleier har ansvaret for å ivareta bevaringshensyn ved bygningsmessige endringer. Leietaker plikter å medvirke til at ledninger, kanaler, rør og lignende til andre deler av eiendommen kan føres gjennom leieobjektet uten hinder.

Leietaker forplikter seg til å finne seg i slike arbeider uten erstatning eller leiereduksjon, med mindre ulempe for Leietaker er vesentlige. Utleier skal påse at arbeidene blir til minst mulig ulempe for Leietaker og i størst mulig grad sørge for å varsle Leietaker i rimelig tid før arbeidene igangsettes.

Kostnader i forbindelse med offentlige krav om endret teknisk standard som måtte pålegges Utleier i leieperioden, kan Utleier kreve dekket hos Leietaker i den utstrekning tiltaket kommer Leietaker til gode. Dette gjelder selv om kravet kunne vært pålagt forut for leieforholdets begynnelse.

17. LEIETAKERS ENDRING AV LEIEOBJEKTET

Leietaker kan ikke uten Utleiers skriftlige forhåndssamtykke foreta ominnredninger, forandringer eller inngrep i bygningsmassen eller leieobjektet, som for eksempel etablering av dataspredernet, fremtrekk av elektriske ledninger for belysning/apparater og fjerning av vegger. Det samme gjelder dersom Leietaker ønsker å bruke mer strøm, vann, luft, avløp mv. enn hva leieobjektet ved kontraktstidspunktet var dimensjonert for. Samtykke kan ikke nektes uten saklig grunn.

Utleier kan nekte samtykke blant annet ut fra arkitektoniske eller bevaringsmessige hensyn. Samtykket kan gjøres betinget av at Leietaker fjerner installasjonene ved leietidens utløp, eventuelt at Leietaker skal bekoste arbeidet med å få tilbakeført leieobjektet til opprinnelig stand.

Hvor annet ikke avtales, tilfaller endringsarbeidene beskrevet i dette punkt Utleier etter endt leieperiode, med mindre Utleier forlanger at leieobjektet settes tilbake i sin opprinnelige stand. Leietaker bekoster alle kostnader ved slike endringer, og står ansvarlig for alle nødvendige tillatelser, jf. punkt 10.

Plassering og utforming av virksomhetsskilt, informasjonstavler og lignende må tilpasses den arkitektoniske ramme, og forhåndsgodkjennes av Utleier samt offentlig myndighet der det er søknadspliktig.

18. KUNDEMØTE

Det avholdes kundemøte med Leietaker/bruker på eiendommen etter behov, minst en gang pr. år. I møtene skal blant annet leiekontrakten, miljøtiltak, energieffektiviseringstiltak, organisasjon og virksomhetsinformasjon, HMS-forhold, samt drifts- og vedlikeholdsplaner og – budsjett, være faste tema.

19. BRUKERUTVALG

Ved flere leieforhold på eiendommen, oppnevner disse i fellesskap et brukerutvalg med en person som Utleiers kontaktperson i praktiske spørsmål som krever koordinering og felles opptreden fra leietakerne.

20. FORSIKRING

Hver av partene holder sine interesser forsikret.

Utleier er selvassurandør, og har forsikringsansvaret for bygningen. Utleier har således ikke ansvar for skader eller tap som måtte oppstå ved brann, tyveri, innbrudd, vannskade eller lignende hva gjelder Leietakers interesseområde.

Leietaker forsikrer egen bygningsmessig innretning, fast og løst inventar, løsøre, maskiner, data, varer, brukerstyr, driftstap/avbrudd og eget ansvar. Det samme gjelder dersom innretninger installert for eller av Leietaker er tilknyttet bygningen eller bygningens faste tekniske anlegg. I tillegg til egne interesser skal Leietaker dekke forsikring av dører, vinduer og låser i leieobjektet. Skade påført Leietakers medkontrahenter som følge av avbrudd, forsinkelser eller oppgjør i henhold til bestemmelsene i dette punkt, er Leietakers ansvar. Ved skade på leieobjektet skal Leietakers forsikring benyttes så langt den dekker, inkludert mulig egenandel.

21. FORCE MAJEURE

Ved forhold som partene ikke rår over, som for eksempel streik, lock-out, blokade, naturkatastrofer, brann, eksplosjon, maskinskade, opptøyer, krig eller inngrep av offentlig myndighet, kan partene erklære seg fri fra å oppfylle sine forpliktelser i henhold til leiekontrakten. Likedan bortfaller under slike forhold plikt til å betale taps- eller skadeserstatning.

22. UTLEIERS AVTALEBRUDD

Mangel som Leietaker kjente eller burde kjenne til ved avtaleinngåelsen, kan ikke senere gjøres gjeldende.

Leietaker taper sin rett til å gjøre en mangel gjeldende dersom det ikke er gitt melding til Utleier om at mangelen påberopes, innen rimelig tid etter Leietakeren burde oppdaget den.

Leietaker kan kreve avslag i leien i henhold til husleieloven § 2-11 som følge av forsinkelse eller mangel, forutsatt at forsinkelsen/mangelen er vesentlig. Dette gjelder både forsinkelse/mangel pr. overtakelse og mangel i leietiden.

Leietaker kan kreve erstatning for direkte tap som følge av forsinkelse eller mangel i henhold til husleieloven § 2-13, forutsatt at forsinkelsen eller mangelen er vesentlig. Indirekte tap dekkes ikke.

Dersom Leietaker ønsker å påberope vedvarende eller gjentatt mislighold fra Utleiers side som grunnlag for heving, krever dette skriftlig forhåndsvarsling om at avtalen kan bli hevet dersom misligholdet ikke opphører. For øvrig gjelder husleieloven § 2-12.

Ikke vesentlige avbrudd i forsyninger av vann, strøm, luft og lignende, plikter Leietaker å tåle uten erstatning eller avslag i leien.

23. LEIETAKERS AVTALEBRUDD

Leietaker blir erstatningsansvarlig for all skade eller mangel som skyldes Leietaker selv eller personer i Leietakers tjeneste, faste eller tilfeldige, samt fremleietakere, kunder, leverandører, oppdragstakere og/eller andre personer som Leietaker har gitt adgang til eiendommen. Erstatningsplikten omfatter også utgift som måtte følge av utrydding av skadedyr.

Leietaker vedtar at tvangsfravikelse kan kreves hvis leien eller avtalte tilleggsytelser ikke blir betalt, jf. tvangsfullbyrdsloven § 13-2 tredje ledd bokstav a. Leietaker vedtar at tvangsfravikelse kan kreves når leietiden er løpt ut, jf. tvangsfullbyrdsloven § 13-2 tredje ledd bokstav b.

Gjør Leietaker seg skyldig i vesentlig mislighold av leiekontrakten kan Utleier heve denne, og Leietaker plikter da straks å fraflytte leieobjektet.

En Leietaker som kreves fraveket eller flytter etter krav fra Utleier på grunn av mislighold, eller fraviker leieobjektet som følge av konkurs, plikter å betale leie og andel felleskostnader for den tid som måtte være igjen av leietiden. Betalingsplikten suspenderes for den periode Utleier får leid ut leieobjektet på ny, til samme eller høyere pris. Leietaker må også betale de omkostninger som utkastelse, søksmål, rydding og renhold av leieobjektet fører med seg, samt kostnader knyttet til ny utleie.

Leietaker kan ikke bringe til motregning krav på Utleier med mindre motkravet er erkjent eller rettskraftig avgjort ved dom eller forlik.

24. KONKURS

Ved Leietakers konkurs kan Utleier bringe leieforholdet til opphør umiddelbart, med mindre boet trer inn i Leietakers rettigheter og plikter etter kontrakten, jf. dekningsloven § 7-10.

25. LEIEFORHOLDETS OPPHØR

Ved leieforholdets opphør leveres leieobjektet tilbake i samme stand som ved overtakelse, med unntak av avtalte endringer og normal slitasje og elde, jf. leiekontrakten punkt 15.2.1. Leieobjektet skal være ryddet og rengjort ved utflytting. Er ikke dette gjort, plikter Leietaker å betale for Utleiers nødvendige utlegg.

Hva gjelder endringer foretatt av Leietaker i leieperioden vises til punkt 17. Både faste og løse installasjoner og inventar, som er plassert i leieobjektet uten samtykke, kan Utleier kreve fjernet for Leietakers regning. Tilsvarende gjelder andre tiltak for å få leieobjektet tilbake i samme stand som ved overtakelsen. Leietakers rettigheter til inventar og installasjoner som ikke er fjernet, tilfaller Utleier uten godtgjørelse.

I god tid før leieforholdets opphør skal det avholdes en befaring hvor begge parter deltar for å fastlegge eventuelt nødvendig arbeid som må utføres for at leieobjektet skal bli levert tilbake i kontraktsmessig stand.

Ved fraflytting skal det foretas en felles befaring. Det skal føres protokoll som undertegnes av begge parter. Påpekte feil og mangler som har oppstått i leieperioden og som ikke skyldes alminnelig slitasje, skal utbedres av Leietaker for Leietakers regning uten unødig opphold.

De siste seks måneder før fraflytting har Utleier rett til å sette opp skilt på fasaden med informasjon om at leieobjektet blir ledig. I samme periode plikter Leietaker, etter forhåndsvarsel, å gi leiesøkende adgang til leieobjektet to dager pr. uke i kontor/forretningstid.

Senest siste dag av leieforholdet skal Leietaker på egen bekostning fjerne sine eiendeler. Eiendeler som ikke fjernes, anses som etterlatt, og tilfaller Utleier etter 14 dager. Avfall og eiendeler som Utleier ikke ønsker å overta kan Utleier kaste eller fjerne for Leietakers regning.

26. FORHOLDET TIL HUSLEIELOVEN

Det legges til grunn at husleieloven av 26. mars 1999 nr. 17 gjelder for dette leieforholdet, unntatt følgende bestemmelser: §§ 2-15, 3-5, 3-6, 3-8, 4-3, 5-1 tredje ledd, 5-4 første ledd, 7-5, 7-6, 8-4, 8-5, 8-6 annet ledd og 10-5. For øvrig har leiekontrakten forrang i de tilfeller der den har andre bestemmelser enn dem som følger av husleielovens fravelige regler.

27. TVISTER

Twister i leieforholdet skal søkes løst i minnelighet. Oppnås ikke enighet skal tvisten avgjøres gjennom de ordinære domstoler.

Partene vedtar eiendommens verneting i alle tvister som gjelder leieforholdet.

28. SÆRSKILTE BESTEMMELSER

Trykkluft er brukerutstyr, men i dette tilfellet server trykkluftanlegget 10 % byggutstyr og 90 % brukerutstyr. Statsbygg tar derfor ansvar for besørgelse av trykkluftanlegget, mens FDVU-kostnadene fordeles med 10 % på Utleier og 90 % på Leietaker.

29. SIGNATURER

Leiekontrakten er undertegnet i to eksemplarer, hvorav partene beholder ett hver.

Navnene skal gjentas med blokkbokstaver under signaturen.

Sted/dato: _____

Sted/dato: _____

for Utleier

for Leietaker

Beate Bomann-Larsen
regiondirektør

Christian F. Hagen
eiendomssjef

VEDLEGG:

- Vedlegg A: Tegninger av leieobjektet.
- Vedlegg B: Ansvarsfordeling mellom Leietaker og Utleier for drift- og vedlikehold.
- Vedlegg C: Energiattest [alle bygninger skal ha energiattest, med unntak av blant annet bygg som er vedtatt vernet, bygg under 50 m², industrianlegg og verksteder der energibruken er avhengig av den aktuelle prosessen, museumsbygninger og andre bygninger av kulturhistorisk verdi] .

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

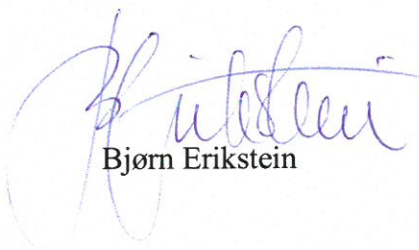
Dato møte: 22. mars 2018
Saksbehandler: Leder internrevisjon
Vedlegg:

SAK 22/2018 PLAN FOR INTERNREVISJONER 2018-2019

Forslag til vedtak:

Styret tar plan for internrevisjoner 2018-2019 for Oslo universitetssykehus HF til etterretning.

Oslo, den 15. mars 2018



Bjørn Erikstein

Sammendrag

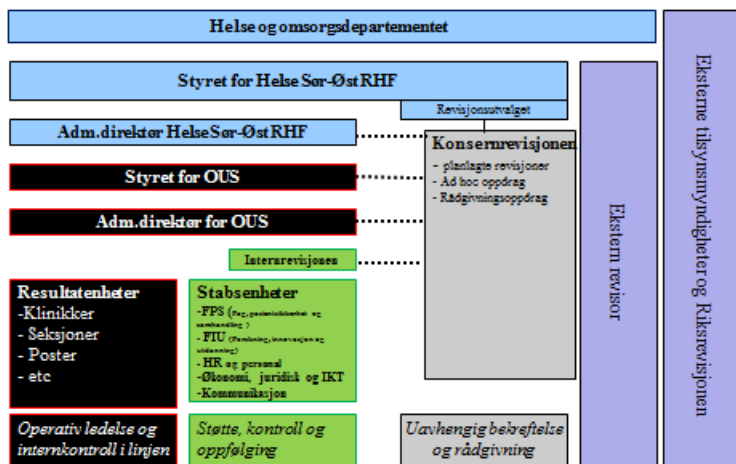
I denne saken legges plan for internrevisjoner 2018–2019 i Oslo universitetssykehus fram for styret.

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Arbeidet med å utarbeide revisjonsplan bygger på vurderinger av risiko i virksomheten. Hensikten er å rette interne revisjoner inn mot områder hvor det er høy risiko for manglende måloppnåelse, manglende etterlevelse av lov- og regelverk og/eller utilstrekkelig/upålitelig styringsinformasjon. Prioriteringen er gjort ut fra en vurdering av hvordan foretakets egne ressurser til intern revisjon best kan nyttes for å oppnå bred revisjonsdekning.

Om foretakets kontrollstruktur og revisjonsroller

I Oslo universitetssykehus kan kontrollstrukturen fremstilles som firedelt, hvor første linje er de operative organisasjonsenheter, andre linje er stabsenheter og internrevisjonen. Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst utgjør tredje kontroll-linje, mens ekstern revisor, eksterne tilsynsmyndigheter og Riksrevisjonen er parter i fjerde kontroll linje.

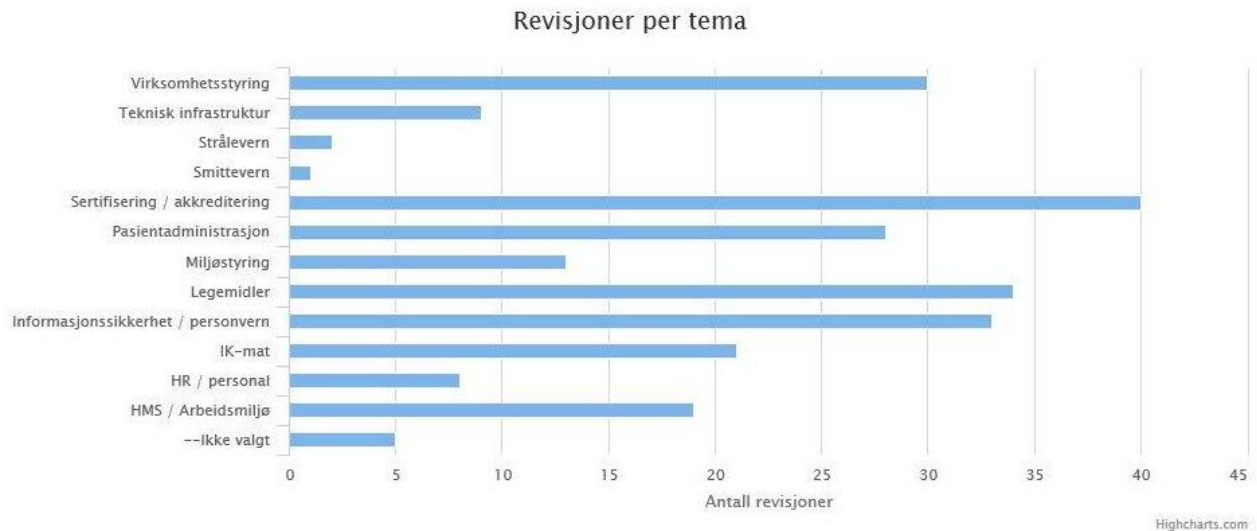


Internrevisjonen i Oslo universitetssykehus HF

Oslo universitetssykehus har som helseforetak et selvstendig ansvar for å ha en virksomhet i samsvar med regelverk, vedtak, mål og planer. Som et virkemiddel for å ivareta dette ansvaret har helseforetaket en internrevisjonsfunksjon som skal støtte interne styringsbehov blant annet gjennom revisjon av utvalgte områder, bidra til å påvise risiko for avvik, tap og misligheter og gi anbefalinger.

Klinikkvise interne revisjoner

Alle klinikker skal ha egne interne revisjonsplaner tilpasset klinikkens egenart. Noen klinikker har omfattende revisjonsplaner, mens andre er i startfasen med interne revisjoner. Internrevisjonen samarbeider med klinikkene i arbeidet, og bistår med kurs, kompetanse og rådgivning. Under er en oversikt over tema og antall revisjoner i Oslo universitetssykehus i perioden (høst) 2016-2017



Konsernrevisjonens rolle

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst ivaretar den uavhengige internrevisjonen i Helse Sør-Øst og gjennomfører interne revisjoner i foretakene i Helse Sør-Øst. Styret i det enkelte helseforetak behandler revisjonsrapportene fra konsernrevisjonen med sikte på at tiltak iverksettes og følges opp.

Samarbeid Oslo universitetssykehus HF og konsernrevisjonen Helse Sør-Øst

Oslo universitetssykehus og konsernrevisjonen har månedlige møter. Et av målene med samhandlingen er å etablere revisjonsplaner som er godt koordinert for en best mulig dekning av revisjoner ved foretaket.

Oslo universitetssykehus HF planlagte revisjoner for perioden 2018-19

Utarbeidelse av plan for interne revisjoner

Arbeidet med å utarbeide revisjonsplan bygger på vurderinger av risiko i virksomheten. Hensikten er å rette interne revisjoner inn mot områder hvor det er høy risiko for manglende måloppnåelse av helseforetakets oppdrag.

Kildene som brukes i arbeidet, er blant annet:

- foretakets tertialvise risikovurderinger
- feil, mangler eller svikt som meldes i foretakets avviks- og meldesystem
- avvik og forbedringsområder som fremkommer av rapporter fra eksterne tilsynsmyndigheter
- forbedringsområder som fremkommer ved brukerundersøkelser og pasientklager
- funn som fremgår av Riksrevisjonens undersøkelser, fra interne revisjoner i foretakets egen regi og funn fra konsernrevisjonens interne revisjoner

Strukturen for revisjoner bygger på de prinsipper og ansvarsforhold som er lagt for god virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst HF.

Planlagte interne revisjoner i foretakets egen regi for 2018-19

Med utgangspunkt i målområder for 2018 fra eier og satsingsområdene for Oslo universitetssykehus, er det utarbeidet forslag til områder som skal prioriteres for intern revisjon i foretakets egen regi. Prioriteringen er gjort ut fra en vurdering av hvordan

foretakets ressurser til intern revisjon best kan nyttes for å oppnå bred revisjonsmessig dekning sett opp mot konsernrevisjonens planlagte aktiviteter ved foretaket i samme periode.

Oversikt over tema og planlagt gjennomføring

Tema	Fokus	Planlagt gjennomført	Faginstans/ressurser
Henvvisning og venteliste	Pasientadministrativ oppfølging (Pasienter som venter på behandling seksjonsvis- passert planlagt tid) Nevrokirurgisk- og Nevrologisk avdeling	Vår 2018	Stab FPS, M H
Henvvisning og venteliste	Pasientadministrativ oppfølging (Ventende uten kontakt) Gynekologisk avdeling og en avdeling innen PHA. Avdeling i PHA avklares senere.	Høst 2018	Stab FPS, MH
Pasientsikkerhet	Fallforebygging. Gjennomføres på 6 sengeposter utvalg fra rapporteringsdata	Vår 2018	Stab FPS, PSK
Journalføringsplikten	Legers dokumentasjon - følges krav i lov og forskrift vedrørende plikten til å dokumentere?	Vår 2018	Stab FPS, PSK
Arbeidsmiljø	HMS - Planer for å begrense vold og trusler mot ansatte i somatikken	Vår 2018	Stab FPS, PSK
Arbeidsmiljø	Styring av virksomheten relatert til pasientsikkerhet og HMS. Hvordan brukes styringsdata og verktøy til å bedre pasientsikkerheten og oppnå et godt arbeidsmiljø?	Høst 2018	Stab FPS, PSK
Sykehusinfeksjoner - bruk av antibiotika	Revisjon av «antibiotika styringsprogram». Utføres av Nasjonal kompetansetjeneste for antibiotikabruk	Høst 2018	Internrevisjonen DST
Legemiddelrevisjon	Fellesrevisjon HSØ; «medisinfri behandling i PHA» - aksjonspunkter fra HSØ anbefalinger	Høst 2018	Internrevisjonen DST
Personvern og informasjons Sikkerhet	Årlig sykehusomfattende revisjon for å dekke sentrale tema innen personvern og informasjonssikkerhet Gjennomføre oppsøkende revisjon ved 3 avdelinger OUS Revisjon av tilganger i DIPS Revisjon av 2 store og langvarige interne kvalitetsregistre Revisjon av OUS sider på sosiale medier for eventuelle sensitive personopplysninger Revisjon av Sykehuspartners håndtering av tilgangs-kontroll og forvaltning av tilgang til områder med sensitive personopplysninger	Vår og høst 2018	Stab FPS, IPV

Bakgrunn for valg av de ulike temaene

Henvisnings- og ventelistebehandling.

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen er et av de tre styringsmålene for 2018. Det er et mål å redusere gjennomsnittlig ventetid sammenliknet med 2017. Oslo universitetssykehus har kontinuerlig fokus på oppfølging av ventende for å unngå fristbrudd og langtidsventende. Resultatene viser en positiv utvikling, med noe variasjon. Som ledd i vår risikostyringsprosess er det identifisert to sentrale områder og indikatorer blir gjenstand for revisjon innen område henvisninger og venteliste; «kontakter med passert planlagt tid» og «ventende uten kontakt».

Pasientsikkerhet

Pasientsikkerhetsprogrammet er et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet som har omfattet innføring av konkrete forbedringstiltak på utvalgte innsatsområder i alle deler av helsetjenesten. Et innsatsområde er «Forebygging av fall i helseinstitusjoner». Tiltakene for å redusere fall ble innført i Oslo universitetssykehus i 2015-16 og er nå videre innført i daglig drift og overvåkes ved rapporteringsdata. På bakgrunn av rapporteringsdata og analyse av denne, vil det gjennomføres revisjon på 6 sengeposter (i 6 klinikker). Hensikten med revisjonen er å redusere ytterligere fall i sykehuset.

Journalføringsplikten

Legers dokumentasjon - følges krav i lov og forskrift? Et viktig element i pasientbehandlingen er legens plikt til å dokumentere relevante og nødvendige opplysninger om pasienter og

helsehjelpen i journal. Plikten for helsepersonell til å føre journal følger av lovkrav og ifølge denne bestemmelsen skal den som yter helsehjelp nedtegne eller registrere opplysninger. I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha det overordnede ansvaret for den enkelte journal, og herunder ta stilling til hvilke opplysninger som skal stå i pasientjournalen.

Sykehusinfeksjoner og bruk av antibiotika

Siden 2016 har tema vært aktuelt for en revisjon med bakgrunnen i OUS handlingsplan for område med angitt mål, tiltak og indikatorer som skulle følges. Vår 2017 fikk OUS, og alle norske helseforetak, tilbud fra Nasjonal kompetansetjeneste for antibiotikabruk om revisjon av lokalt arbeid med antibiotikastyring. Målet med revisjonene er å identifisere forbedringspunkter for styring av antibiotikabruk, og å foreslå konkrete tiltak for å avhjelpe at sykehuset blir i stand til å oppfylle myndighetskravene til struktur, prosess og resultat. Hovedfokus er på å identifisere eventuelle forbedringsområder og gi råd om videre arbeid. Revisjonen vil bli utført i løpet av 2018.

Arbeidsmiljø: HMS - Planer for å begrense vold og trusler mot ansatte i somatikken

Gjennom forbedringssystemet Achilles meldes det om hendelser hvor ansatte blir utsatt for vold og trusler om vold fra pasientene i økende grad. I psykiatrien har dette vært et tema i lang tid, og personalet blir trent i å håndtere slike situasjoner. I somatikken er det usikkert hvor stort fokus som er på beskyttelse og vern fra personer som er til fare for seg selv og andre. Revisjonen vil vurdere om somatiske enheter har iverksatt nødvendige tiltak for å forebygge alvorlige hendelser. Spesielt fokus vil være hvilke beredskap som er etablert og hvilken opplæring de ansatte får innenfor området.

Arbeidsmiljø: Styring av virksomheten relatert til pasientsikkerhet og HMS

Virksomhetsstyring – styring av virksomheten - er summen av de strukturer, prosesser og verktøy som brukes for å styre aktivitet, ressurser og risiko-eksponering i en virksomhet. OUS har flere styringsdata innen pasientsikkerhet og HMS som skal kunne bistå til å redusere risiko for farer og ulykker og aktivt å rette søkelyset mot de positive og helsefremmende faktorene i arbeidsmiljøet. Hvordan brukes styringsdata til å bedre pasientsikkerheten og oppnå et godt arbeidsmiljø? Revisjonen planlegges utført i flere klinikker med revisjonsteam «på tvers av sykehuset». Revisjonens hovedmål vil være læring og forbedring relatert til virksomhetsstyring innen pasientsikkerhet og HMS

Legemiddelrevisjoner - Fellesrevisjon HSØ; «medisinfri behandling i PHA» - aksjonspunker fra HSØ anbefalinger

Helse Sør-Øst fikk i Oppdragsdokument 2015 et krav om plan for gjennomføring av medisinfri behandling innen psykisk helsevern. Pasienter i psykisk helsevern skal så langt det er forsvarlig kunne velge mellom ulike behandlingstiltak, herunder behandlingstiltak uten medikamenter (medikamentfritt). Hensikten med legemiddelrevisjonen er å evaluere om helseforetaket har gode rutiner for ordinerings og dokumentasjon av legemiddelbehandling, indikasjon og seponeringsrutiner. Videre vil revisjonen evaluere om helseforetaket følger anbefalte doseringer i henhold til WHO`s anbefalinger. Farmasøyter ved Sykehusapoteket i Oslo vil være fagrevisorer i revisjonene som planlegges utført høst 2018. Sykehusapotekene HF vil bistå i å gjennomføre samme revisjon ved flere helseforetak i Helse Sør-Øst. Revisjonen omtales gjerne som «fellesrevisjon» HSØ

Intern styring og kontroll innen personvern og informasjonssikkerhet

Gjennomføre årlig sykehusomfattende revisjon som omfatter ledere på nivå 2, 3 og 4 samt ansatt med journaltilgang for systematisk å kunne følge opp sentrale spørsmål innen

personvern og informasjonssikkerhet, inkludert forskning. Dette for å ivareta lovpålagt krav om systematisk oppfølging av hvordan krav innen disse fagområder følges opp, herunder om det er behov for endringer og tillegg i førende dokumenter og opplæring. Revisjonen vil danne grunnlaget for å vurdere om det er deler av foretaket det er aktuelt å gjennomføre stedlig revisjon ved.

Gjennomføre 2-3 stedlige revisjoner på avdelingsnivå for å følge opp etterlevelse av gjeldende føringer for personvern og informasjonssikkerhet, inkludert forskning.

Det vil i løpet av året videreføres arbeid med å gjøre revisjon av tilgang til journal som en videre oppfølging av Riksrevisjonens kontroll for tilgang til journal.

Det vil videre som en oppfølging av Datatilsynets brevtilsyn på interne kvalitetsregistre i 2016 gjennomføres oppsøkende revisjon på minimum 2 langvarige interne kvalitetsregistre. Dette vil både omfatte hva som registreres og at dette er i samsvar med aktuelt registers interne formål, samt en revidering av at teknisk løsning oppfyller nødvendige krav til informasjonssikkerhet.

Sosiale medier benyttes gjerne av privatpersoner for å også meddele sin helsesituasjon, og disse kan også være pasienter ved OUS. Det vil gjøres en gjennomgang av noen sosiale medier for å sikre at ikke informasjon fra OUS om helsesituasjon til pasienter formidles på sosiale medier.

Revisjon av Sykehuspartners håndtering av tilgangskontroll inkludert føringer for tildeling og fjerning av disse, samt forvaltning av tilgang til områder med sensitive personopplysninger

Gjennomføring og rapportering

Hvor revisjonene skal utføres vil bli besluttet og prioritert etter en risikobasert tilnærming. Oslo universitetssykehus gjennomfører interne revisjoner med egne ressurser.

Internrevisjonen har ansvar for organisering, utøvelse og rapportering av revisjonsplanen, og i tillegg benyttes ressurser fra stab og klinikkene ved gjennomføring.

Seksjon for interne revisjoner skal holde oversikt over status på oppfølging av anbefalinger og funn i interne revisjoner. Interne revisjoner rapporteres til styret i forbindelse med tertialrapporteringen.

Det er gjennom årene bygget opp et nettverk av medarbeidere som bistår i revisjonsoppdrag. Dette har vist seg nyttig og effektivt i det kontinuerlige lærings- og forbedringsarbeidet som pågår i sykehuset. Uavhengigheten blir sikret ved at medarbeiderne ikke reviderer egne avdelinger.

Som et ledd i å understøtte linjens arbeid med intern styring og kontroll, tilbys alle klinikker bistand i oppbygging av revisjonskompetanse tilpasset egen klinikk. Det blir tatt utgangspunkt i klinikkens egenart og vurderinger av risiko i den enkelte klinikken. Dette skal bidra til god virksomhetsstyring i den enkelte klinikk.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

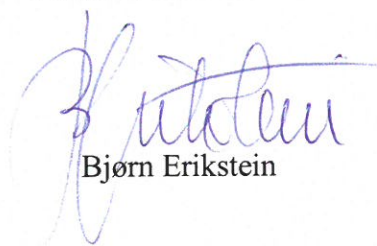
Dato møte: 22. mars 2018
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Årsplan

SAK 23/2018 PLAN FOR STYRET I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 15. mars 2018


Bjørn Erikstein

Årsplan for styret i Oslo universitetssykehus HF

Møte	Vedtaksaker	Orienteringssaker
25. april 2018 kl 10-16	Økonomisk langtidsplan 2019-2022 Plan for internrevisjon 2018-2019 Utviklingsplan for OUS HF 2035	Rapportering per mars Plan for styret Årsrapport HMS 2017
<i>31. mai 2018 kl 10-16</i>	<i>Reservetid</i>	
21. juni 2018 kl 10-16	Styremøter i 2019 Ledelsens gjennomgang	Rapportering per mai 2017 Ledelsens gjennomgang per 1. tertial Risikovurdering for 2. tertial 2018 Budsjett 2019 ADs orienteringer
27. september 2018 kl 10-16		Tertialrapportering 2. tertial Plan for styret Eierskap i selskaper Oppfølging styresaker Budsjett 2019 Møte med Brukerutvalget ADs orienteringer
25. oktober 2018 kl 10-16		Rapportering per september Ledelsens gjennomgang per 2. tertial Risikovurdering for 3. tertial 2018 Ny personvernforordning Plan for styret Budsjett 2019 ADs orienteringer
25. oktober 2018 kl 16-20	Styreseminar	Styreevaluering
<i>29. november 2018 kl 10-16</i>	<i>Reservetid</i>	
14. desember 2018 kl 10-16	Budsjett 2019 Oppnevne valgstyre	Rapportering per november Plan for styret ADs orienteringer

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 22. mars 2018

Saksbehandler: Leder Direktørens kontor

Vedlegg:

SAK 24/2018 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER

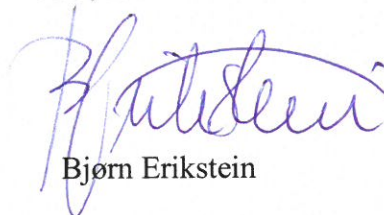
Følgende legges frem til orientering:

1. Juridiske forhold – rettsvister
2. Forberedelser til ny personvernlovgivning
3. Medieomtale
4. Referat og øvrige vedlegg

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, 15. mars 2018



Bjørn Erikstein

1. JURIDISKE FORHOLD - RETTSTVISTER

Arbeidsrettssakene – individuelle saker:

Avtalebrudd - erstatningskrav

Sykehuset er stevnet for tingretten av en tidligere lis-lege med påstand om avtalebrudd og usaklig saksbehandling i arbeidsforholdet. Det er krav om å gjennomføre spesialisering og erstatning for økonomisk tap. Dom ble avsagt 25 mai 2016 og resultatet ble frifinnelse for sykehuset. Saken ble anket av saksøker til lagmannsretten som avsa dom 6 desember 2017 der tingrettens dom ble opprettholdt. Saksøker har videre anket saken til Høyesterett. Det forventes om saken blir sluppet inn.

Varsling - gjengjeldelse

En tidligere stipendiat stevnet sykehuset med krav om oppreisning og erstatning med grunnlag i påstand om varsling av kritikkverdige forhold i virksomheten og gjengjeldelse for dette. Oslo tingrett avsa dom 6. mars med resultat frifinnelse for sykehuset samt tilkjennelse av saks kostnader. Saken er anket av saksøker til lagmannsretten og ankeforhandlingene starter 5. mars 2018.

Kontraktsforhold

Sykehuset er stevnet av en leverandør med påstand om at sykehuset har brutt regelverket for offentlige anskaffelser i forbindelse med anskaffelse av medisinsk teknisk utstyr (røntgenapparat til bruk ved operasjon ved hånd- og fotkirurgi). Det er varslet erstatningskrav. Saken skal gå for Oslo tingrett 23-24 april 2018.

2. FORBEREDELSE TIL NY PERSONVERNLOVGIVNING

I mai 2018 trer forordningen *General Data Protection Regulation* i kraft i EU. Norge skal i henhold til EØS-avtalen innføre dette regelverket. Det vil bli gitt en ny personopplysningslov, som ideelt sett skal være klar til å tre i kraft samtidig som EU-forordningen. Oslo universitetssykehus har satt i gang et arbeid for å sikre at helseforetaket er forberedt og i stand til å etterleve bestemmelsene i loven. En arbeidsgruppe vurderer hvordan dette mest hensiktsmessig skal gjøres, herunder gjennomføring av en kartlegging og vurdering av dagens behandling av personopplysninger i foretaket, vurdering av oppgaver, roller og organisering internt, bevisstgjøring i klinikkene og utforming av en tiltaksplan. Det tas sikte på å komme tilbake til styret med en sak om lovendringene, forberedelser for etterlevelse og tiltak med videre på et senere tidspunkt.

3. MEDIEOMTALE

Medieåret 2017 – kort oppsummert

Kommunikasjonsstaben har analysert mediebildet 2017 gjennom en kvalitativ analyse, basert på kvantitative tall og mediebildet i perioden. Formålet er å få et overblikk over hvordan OUS omtales i media i løpet av ett år.

Nøkkeltall

- Det har i 2017 vært i overkant av 14.400 medieoppslag, med et potensielt publikum på drøyt 2.2 milliarder lesere, lyttere og seere.

- Andelen positive saker er steget sammenlignet med tall fra 2016 til 27 prosent, mens de negative sakene er redusert til 6 prosent.
- Hovedomtalen kommer fra nettaviser (67 prosent), etterfulgt av papiraviser (26 prosent) og TV og radio (6 prosent).
- Dagens Medisin er det mediet som omtaler OUS mest, fulgt av Aftenposten og NRK.

Positiv omtale

Den positive andelen kommer fra oppslag der OUS er premissleverandør og hvor ansatte har en ekspertrolle og uttaler seg som fagpersoner. Dette gjelder flere ulike fagområder, med særlig vekt på forskning og helseråd, samt der det presenteres nye tall eller funn.

Nøytral omtale

Dette er saker hvor OUS har en passiv rolle og begrenset synlighet.

Negativ omtale

Pasientbehandlingssaker får som hovedregel negativ omtale. Dette er saker om pasienter og pårørende som er misfornøyde med tilbudet, eller saker om feilbehandling. Organisasjonssaker har medført en del negative oppslag i 2017.

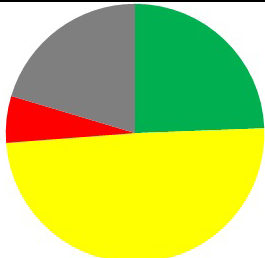
De meste omtalte sakene i 2017:

- 21 kvinner operert etter feil i gentest (Klassekampen og Dagens Medisin)
- Spinal muskelatrofi og Spinraza (en lang rekke medier)
- Arbeidsvilkår for LIS-legene
- Organdonasjon og transplantasjon
- Ekspertsaker innen forskning og helseråd
- Organisasjonssaker
- Negative pasientsaker

Utenom disse, er det flere saker som også var aktuelle i 2017. Dette dreier seg om medisiner til kreftbehandling, kliniske studier, transseksualisme, planer for videreutvikling av OUS, problemer med pasientreiser og ny metode for aldersvurdering av nye asylsøkere.

Medieomtale 1.- 28.februar 2018

I februar ble det registrert 1164 mediesaker om sykehuset, mot 1334 i januar.

Periode	Antall saker	Vekting/etterlatt inntrykk	Vekting prosent	Kommentar
Feb. 2018	1164		Positiv: 24 Nøytral: 49 Negativ: 6 Ikke vektet: 20*	Den positive andelen inneholder mange enkeltsaker der sykehusets ansatte er eksperter.

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

Sentrale saker i perioden:

OUS sparer 50 millioner årlig på innovasjon innen øybehandling

Gjennom et innovativt samarbeid har en gruppe forskere og klinikere kommet frem til

en metode som gjør at OUS sparer 50 millioner kroner årlig på en mye brukt øyebehandling. Samtidig har behandlingen blitt tryggere og raskere for pasientene. Saken sto først i Dagens Medisin, men spredte seg også til andre medier.

Spinraza gjøres tilgjengelig for norske pasienter

I midten av februar ble det klart at Beslutningsforum ønsket å tilby den mye omtalte medisinen Spinraza til barn med Spinal muskelatrofi (SMA). Dette brakte mange gladsaker hvor OUS hadde rollen som ekspertkilde. Samtidig kom debatten om hvorvidt legemiddelet skulle tilbys voksne med samme diagnose.

Prenatal helse hos innvandrerkvinner

En tredjedel av barna som dør i mors mage kunne vært reddet, viser ny rapport. – Risikoen for dødfødsel har gått ned for nesten alle grupper i samfunnet, men for enkelte har den holdt seg høyere. I noen innvandrergrupper er risikoen dobbelt så stor, sier OUS-overlege.

Bierverv for leger

I februar hadde Dagens Næringsliv flere artikler om leger og bierverv. En av sykehusets klinikkledere ble trukket frem som eksempel. Oppslagene skapte debatt både i Dagens Næringsliv og andre medier, samt på den politiske arena.

Forskningsrådet hedrer yngre forskere

Det fikk stor spredning da OUS-forsker Kyrre Eeg Emblem fikk tildelt pris for fremragende forskning fra Norges forskningsråd.

Organisering av slagbehandling

Debatt rundt behandling av hjerneslag i Oslo og Bergen, der det tar lengst tid å starte behandling med trombektomi. Nevrologene fortviler over at det ikke var mulig å ha egne slagsenter i byene. Klinikkleder uttaler seg og lover å følge opp.

Pasientreiser

Det har vært flere oppslag om problemer med drosjetransport også i februar. Det vakte mye oppmerksomhet da Pasientreiser gikk ut og sa at de undersøkte mulighetene for å frakte noen av de dårligste pasientene selv. Oslo Taxi og Bergen Taxi gikk ut og anklaget helseforetakene for sosial dumping. De mente pristilbudene i siste anbudsrunde ikke var økonomisk forsvarlig.

Sykehuset i sosiale medier:

Mest leste saker på sykehusets Facebook:

- Behov for blod til blodbanken (egen sak)
- Den internasjonale epilepsidagen (egenprodusert artikkel)
- Appen «Hjelp 113», GPS-sporing utviklet i samarbeid med AMK Oslo lansert.
- Utlysning av utdanningsstillinger (egen sak)
- Nyheter innen migrenebehandling på TV2

Formidling av fag og forskning i «Ekspertsykehuset»

Temaet for Ekspertsykehuset i februar var Kliniske studier. I løpet av måneden ble det publisert 11 blogger, som tilsammen ble lest 13500 ganger. I tillegg ble det laget 2 redaksjonelle saker og 3 kliniske studier ble delt fra OUS internett i sosiale medier. Den ene kliniske studien, om operasjon av grå stær, ble omtalt i Norsk ukeblad.

Kommunikasjon med medarbeidere

Intranett er sykehusets primære kanal for informasjon til ansatte, supplert av Facebook, Instagram og nyhetsbrev. Alle nyhetssaker har kommentarfelt, og vi har et debattfelt for ansatte i tillegg. Disse brukes hyppig. I tillegg har alle enheter egne sider på intranett og noen klinikker har egne nyhetsbrev til ansatte.

De sakene som har fått særlig oppmerksomhet i sykehusets interne kanaler i februar er:

- Utlysning av utdanningsstillinger
- Neste fase av utviklingen på Aker og Gaustad
- Hvordan blir Storbylegevakten på Aker?
- ForBedring – den nye medarbeiderundersøkelsen
- Statusoppdateringer om angrepet mot datasystemene i Helse Sør-Øst

3. REFERAT OG ØVRIGE VEDLEGG

- Protokoll fra Brukerutvalgets møte 12. februar 2018 (vedlegg)
- Foreløpig protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst RHF 8. mars 2018 (vedlegg)

PROTOKOLL

Møtetema: **Brukerutvalgsmøte 12. februar 2018 kl 13.00-17.00**

Til: Brukerutvalget ved OUS

Kopi: Kari Skredsvig, Styret

Dato dok: 15.02.2018

Dato møte: 12.02.2018

Referent: Stine Arntzen Selfors

Tilstede: Tove Nakken, Solveig Rostøl Bakken, Marius Korsell, Anne Giertsen, Susan Smerkerud, Pål Kjeldsen, Arne Olav G. Hope, Kim Fangen Fra OUS: Bjørn Erikstein (13-14), Stine A. Selfors

Forfall: Kjell Silkoset, Twinkle Dawes, Stine B. Dybvig, Mari Ourom, Brita Rønnebech Bølgen, Kari Skredsvig

Sak nr	
01/2018	<p>Godkjenning av innkalling og agenda</p> <p>Vedtak Innkalling og agenda er godkjent</p>
02/2018	<p>Direktørens time Temaer som ble diskutert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Status pasienttransport • Orientering fra Brukerutvalget på styret – BU kan sende inn korte orienteringer som tas med i AD's orienteringer • Variasjon i oppfølging av pasienter etter behandling • Synkronisering av oppnevning av brukerutvalg og brukerråd – ledermøtesak • Utviklingsplan 2035 - høring • Brukermedvirkning i Konseptfasene Aker og Gaustad • Dataangrepet <p>Vedtak Tas til orientering</p>
03/2018	<p>Styresaker Kort gjennomgang av styresakene. BU orienterte AD om at det ikke kommer noen brukerrepresentanter på styremøtet i mars.</p> <p>Vedtak Leder og nestleder representerer brukerutvalget på møtet 16. februar.</p>
04/2018	<p>Ventetidsoppdraget Prosjektleder for Ventetidsoppdraget, Cato Gjørven fra Helsedirektoratet orienterte om prosjektet. Brukerutvalget ga sine innspill.</p>

	<p>Vedtak Innspillene ble notert ned av representantene fra Helsedirektoratet og tas med i deres videre arbeid.</p>
05/2018	<p>Digitale innbyggertjenester Sissel Jor fra Stab IKT ga en orientering om arbeidet som pågår i Helse Sør-Øst med digitale innbyggertjenester, med særlig fokus på regional standard for innsyn.</p> <p>Vedtak Brukerutvalget følger dette arbeidet videre og bidrar på forespørsel i den funksjonelle risikoanalysen.</p>
06/2018	<p>Brukerutvalgets handlingsplan for 2018 Gjennomgang av utkast til handlingsplan.</p> <p>Vedtak Brukerutvalget sender sine innspill til handlingsplanen innen 26. februar. Handlingsplanen vedtas på neste møte – 19. mars</p>
07/2018	<p>Invitasjoner til representasjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Konseptfasene for Aker og Gaustad:</i> Brukerutvalget får utsendt oversikt over mulige grupper å sitte i og sender inn sine ønsker for deltagelse. Det er også ønskelig å rekruttert representanter i klinikkrådene. Det må gjøres en avklaring om honorarbudsjet. • <i>Regional konferanse om Brukermedvirkning</i> – Hele brukerutvalget er invitert. Påmeldingsfrist 22. februar • <i>Referansegruppe for arbeidet med Rutine for samarbeid knyttet til legemiddeladministrering gjennom Multidose i Hovedstadsområdet.</i>- Interesse meldes til koordinator.
08/2018	<p>Orienteringssaker</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brukerutvalgets innspill til nytt bygg for regional sikkerhetsavdeling, lokal sikkerhetsavdeling og Regional seksjon psykiatri, utviklingshemning/autisme
09/2018	<p>Erfaringsutveksling Gjennomgang av brukerutvalgets representasjon i råd, utvalg og prosjekt den siste perioden.</p> <p>Vedtak Tas til orientering</p>
10/2018	<p>Eventuelt Ingen saker meldt</p>

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Møtesenteret Grev Wedels plass 5, Oslo
Dato:	Styremøte 8. mars 2018
Tidspunkt:	KI 0915-1500

Følgende medlemmer møtte:

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

Fra brukerutvalget møtte:

Knut Magne Ellingsen
Nina Roland

Følgende fra administrasjonen deltok:

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

Saker som ble behandlet:

018-2018	GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE
----------	---------------------------------------

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

019-2018	GODKJENNING AV PROTOKOLL OG B-PROTOKOLL FRA STYREMØTE 1. FEBRUAR 2018
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Protokoll og B-protokoll fra styremøte 1. februar 2018 godkjennes.

020-2018	KVALITETS-, AKTIVITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER JANUAR 2018
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

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

021-2018	ÅRLIG MELDING 2017 FOR HELSE SØR-ØST RHF
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. På grunnlag av samlet rapportering for 2017 anser styret for Helse Sør-Øst RHF at:
 - Hovedoppgavene pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende har vært ivaretatt i tråd med de føringer eier har gitt i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller.

- Helse- og omsorgsdepartementets styringskrav for 2017 er fulgt opp. Styret er tilfreds med dette, men påpeker samtidig at måloppnåelsen innen enkelte områder ikke er god nok og at det må arbeides aktivt for en bedring.
2. På bakgrunn av innspill fra styret gis administrerende direktør fullmakt til å slutføre endelig dokument.
 3. Årlig melding 2017 for Helse Sør-Øst RHF oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

022-2018	ØKONOMISK LANGTIDSPLAN 2019-2022 – PLANFORUTSETNINGER
-----------------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Helseforetakene skal i sine økonomiske langtidsplaner for perioden 2019-2022 legge til grunn de planforutsetninger som følger av denne saken, herunder at:
 - Samlet vekst i pasientbehandlingen skal være i overkant av 2 % fra 2018 til 2019, veksten i ISF-finansiert pasientbehandling skal være om lag 7 % i planperioden og veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal hver for seg være høyere enn for somatikk.
 - Tilgjengelighet til tjenesten bedres, og målsetninger om utvikling i ventetider per tjenesteområde nås.
 - Det skal gjennomføres egne analyser av bemanningsbehov innen aktuelle fagområder som knyttes til egne utviklingsplaner. Analysene må følges opp av tiltak i perioden som bidrar til at utdanning og kompetanse samsvarer med helseforetakets behov.
 - Helseforetakene skal kartlegge status og behov for medisinsk teknisk utstyr. På det grunnlag skal det utarbeides anskaffelsesplaner med prioriteringer.
 - Helseforetakene må sette av midler til både løpende og ekstraordinært vedlikehold og i utgangspunktet bør det løpende vedlikeholdet i gjennomsnitt utgjøre cirka 250 kr/kvm per år for hele bygningsmassen.
2. Helseforetakenes økonomiske langtidsplaner skal baseres på realistiske forutsetninger om kostnads- og inntektsutvikling, og tiltak for å oppnå det planlagte resultatet skal i størst mulig grad beskrives og tallfestes. Dette arbeidet skal skje i nært samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner.

023-2018	REGIONAL BEREDSKAPSPLAN – RULLERING
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret tar den regionale beredskapsplanen til etterretning.

2. Planen legges til grunn for arbeidet med beredskapsplanverket i helseforetakene og private sykehus med driftsavtaler med Helse Sør-Øst RHF.

024-2018	STYREINSTRUKS OG INSTRUKS FOR ADMINISTRERENDE DIREKTØR I HELSE SØR-ØST RHF
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styreinstruksen og instruks for administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF godkjennes med de tillegg og endringer som ble gjort i møtet.

025-2018	REGIONAL EPJ STANDARDISERING
-----------------	-------------------------------------

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner at kostnadsrammen for regional EPJ standardisering utvides med 35 millioner kroner.

Styret legger til grunn at økningen håndteres innenfor den samlede økonomiske investeringsrammen for IKT-prosjekter for 2018.

026-2018	UTVIDELSE AV FUNKSJONALITET I REGIONAL ØKONOMI OG LOGISTIKK-LØSNING (ERP)
-----------------	--

Administrerende direktørs forslag til vedtak:

1. For å dekke utvidelse av funksjonalitet i regional økonomi og logistikk-løsning (ERP) godkjenner styret at kostnadsrammen for prosjektet økes med 72 millioner kroner i forhold til prisjustert kostnadsramme vedtatt i sak 036-2013.
2. Styret godkjenner som følge av punkt 1 at økonomisk ramme for investeringer i IKT-prosjekter økes med 41 millioner kroner i 2018.

Alternativt forslag til vedtak fra styremedlem Christian Grimsgaard:

Med bakgrunn i de erfaringene sykehusene har gjort med svakheter i det regionale ERP systemet, og usikkerhet knyttet til om release 4 vil utbedre de erkjente svakheterne foreslås det å stoppe videre utvikling og utrulling av regional ERP-løsning

Votering:

Administrerende direktørs forslag ble vedtatt mot 1 stemme (Christian Grimsgaard)

Styrets

V E D T A K

1. For å dekke utvidelse av funksjonalitet i regional økonomi og logistikk-løsning (ERP) godkjenner styret at kostnadsrammen for prosjektet økes med 72 millioner kroner i forhold til prisjustert kostnadsramme vedtatt i sak 036-2013.
2. Styret godkjenner som følge av punkt 1 at økonomisk ramme for investeringer i IKT-prosjekter økes med 41 millioner kroner i 2018.

027-2018	NYTT SYKEHUS I DRAMMEN – STATUS ERVERV AV TOMT PÅ BRAKERØYA –FULLMAKT TIL INNGÅELSE AV AVTALE MED EIE 1 AS
-----------------	---

Saken ble behandlet i lukket møte, jf helseforetakslovens § 26 a nr 4
Styrets vedtak fremgår av B-protokoll.

029-2018	ORIENTERINGSSAK: BESLUTNINGSFORUM FOR NYE METODER – ÅRSOPPSUMMERING 2017
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar årsoppsommeringen 2017 for Beslutningsforum for nye metoder til orientering.

030-2018	ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER 2018
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Årsplan styresaker tas til orientering.

031-2018

**ORIENTERINGSSAK: DRIFTSORIENTERINGER FRA
ADMINISTRERENDE DIREKTØR**

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Andre orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 30. og 31. januar 2018
3. Foreløpig protokoll fra møte i revisjonsutvalget 31. januar 2018

Temasaker:

- TEMA: Psykisk helsevern v/direktør medisin og helsefag Jan Frich

Møtet hevet kl 1445

Oslo, 8. mars 2018

Svein Ingvar Gjedrem
Styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
Nestleder

Kirsten Brubakk

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Vibeke Limi

Einar Lunde

Geir Nilsen

Sigrun E. Vågeng

Svein Øverland

Tore Robertsen
styresekretær

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 22. mars 2018
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg:

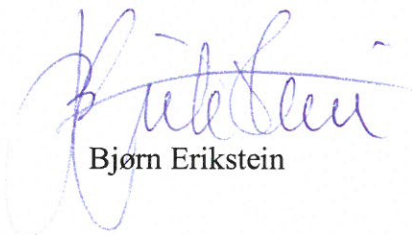
**SAK 25/2018 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA
STYREMØTE 22. MARS 2018**

Protokoll blir lagt frem for vedtak i slutten av styremøtet.

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 22. mars 2018.

Oslo, den 15. mars 2018



Bjørn Erikstein