

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

| | |
|------------|--------------------------------------|
| Møtenavn: | Styremøte 5/2017 |
| Dato møte: | 22.juni 2017 |
| Møtetid: | Klokken 10.00 – ca 12.00 |
| Møtested: | Radiumhospitalet, seminarrom 1 og 2. |

| | | |
|---------|--------------|---|
| 42/2017 | Beslutning: | Godkjenning av innkalling og sakliste |
| 43/2017 | Beslutning: | Rapportering per mai 2017 og ledelsens gjennomgang per 1. tertial |
| 44/2017 | Beslutning: | Økonomisk langtidsplan 2018-2021 (37) og budsjett 2018 |
| 45/2017 | Beslutning: | Valg av ny styreleder i Kreftregisteret |
| 46/2017 | Beslutning: | Valg av brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus HF |
| 47/2017 | Beslutning: | Tidspunkt for styremøter i 2018 |
| 48/2017 | Orientering: | Plan for styret |
| 49/2017 | Orientering | Administrerende direktørs orienteringer |

Gunnar Bovim
sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 22.juni 2017
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Sakliste
Protokoll fra styremøte 24. mai 2017

SAK 42/2017 GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Oslo, den 15. juni 2017

Gunnar Bovim
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Protokoll

| | |
|---------------|--|
| Møtenavn: | Styremøte |
| Til: | Styrets medlemmer |
| Dato dok.: | 24. mai 2017 |
| Dato møte: | 24. mai 2017 kl 10.00 – 13.35 på Radiumhospitalet, Montebello |
| Offentlighet: | |
| Referent: | Jørgen Jansen |

Tilstede: Gunnar Bovim, Anne Carine Tanum, Bjørg Månun Andersson, Else Lise Skjæret-Larsen, Svein Erik Urstrømmen, Berit Kjøll, Aasmund Magnus Bredeli, Ole Petter Ottersen

Forfall: Ingen

Til stede fra administrasjon: Bjørn Erikstein, Morten Reymert, Morten Meyer, Erlend B Smeland, AnneleneFoss Svingen m.fl.

Tilstede ellers: observatører fra brukerutvalget og publikum

Sak 34/2017 Godkjenning av innkalling og sakliste

Vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Sak 35/2017 Rapportering per april 2017

Vedtak:

Styret tar rapporteringen av resultater per april 2017 til orientering.

Sak 36/2017 Økonomisk langtidsplan 2018-2021

Vedtak:

1. Styret gir sin tilslutning til forslaget til økonomisk langtidsplan.
2. Styret konstaterer at kravet til resultatforbedring de nærmeste årene er svært krevende, men nødvendig for å sikre tilstrekkelig finansiering av investeringer i bygg og medisinskteknisk utstyr.
3. Styret ber om å bli orientert om prosjektene innenfor «forbedring av drift» i styremøtet 29. september 2017.
4. Styret vedtar foreløpig styringsmål for 2018 med 300 millioner kroner i overskudd. Styret understreker at styringsmålet er betinget av reelt uendret finansieringsregime fra 2017 til 2018. Styret ber administrerende direktør følge opp tildelingen av basisinntekter og endringene i aktivitetsbaserte inntekter overfor Helse Sør-Øst RHF.

Styremedlemmene Else Lise Skjæret-Larsen, Aasmund M. Bredeli og Svein Erik Urstrømmen, stemte mot vedtakspunktene 1, 2 og 4 og ønsket følgende ført i protokollen til sak 36/2017:

"Ansattrepresentantene Else Lise Skjæret, Aasmund Bredeli og Svein Erik Urstrømmen stemmer imot vedtakspunktene 1, 2, og 4 i det fremlagte forslaget til økonomisk langtidsplan.

Planen bærer preg av urealistiske innsparingsplaner, resultatmål og investeringsplaner planperioden.

Det legges til grunn en betydelig aktivitetsøkning og samtidig effektivisering av driften uten at det foreligger konkrete planer for hvordan dette skal gjøres. Planen er neppe gjennomførbar fordi driftsforutsetningene vil være uendrede i mange år fremover inntil nybygg er realisert. Dette innebærer at store deler av investeringsplanene som skal effektivisere driften ikke kan gjennomføres. Dermed blir det høy risiko for at kapasitet og kvalitet i pasientbehandlingen svekkes.

Økonomisk langtidsplan synliggjør at Oslo universitetssykehus er betydelig underfinansiert mtp de foreliggende fremtidsplanene. Vi ber derfor styreleder gå i dialog med eier for å avklare realistiske økonomiske forutsetninger for drift og investeringer i årene fremover."

Sak 37/2017 Konseptfase for Regional sikkerhetsavdeling

Vedtak:

1. Styret mener det er svært viktig å realisere ny Regional sikkerhetsavdeling på Ila så raskt som mulig.
2. Styret vurderer alternativ 1A - samtidig etablering av Regional sikkerhetsavdeling, Lokal sikkerhetspsykiatri,

Regional seksjon psykiatri og utviklingshemming/autisme og Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri som det beste alternativet både økonomisk og faglig.

3. Styret ser at det er knyttet gjennomføringsrisiko til prosjektet, og at det skal inn i en total prioritering i Helse Sør-Øst, men ber om at forprosjekt startes opp så raskt som mulig innen de rammer som er mulig å realisere.

Sak 38/2017 Konseptfase Nytt klinikkbygg Radiumhospitalet

Vedtak:

1. Styret anbefaler Helse Sør-Øst RHF å vedta videreføring av prosjekt nytt klinikkbygg Radiumhospitalet.
2. Styret anbefaler at alternativ 2 legges til grunn for etablering av nytt klinikkbygg Radiumhospitalet.
3. Styret ber Helse Sør-Øst RHF om å anmode Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet om snarlig å avklare finansiering av universitetsareal i Radiumhospitalet.

Sak 39/2017 Oppstart av konseptfaseutredning for Aker og Gaustad

Vedtak:

Styret anbefaler Helse Sør-Øst RHF å starte opp konseptfaseutredning for Aker og Gaustad.

Styremedlemmene Else Lise Skjæret-Larsen, Aasmund M. Bredeli og Svein Erik Urstrømmen ønsket følgende ført i protokollen til sak 39/2017:

"Ansatterepresentantene Else Lise Skjæret, Aasmund Bredeli og Svein Erik Urstrømmen stemmer for anbefalingen om oppstart av konseptfase for Aker og Gaustad med følgende stemmeforklaring:

På bakgrunn av den økonomiske situasjonen i OUS, og vurderinger knyttet til realismen ved å nå målsettingen i ØLP, vil en samtidig oppstart av utbygging på Aker og Gaustad kreve styrkede økonomiske rammebetingelser eller økte lånerammer fra HOD. Samtidig vil det i perioden frem til nye bygg er på plass, være nødvendig med tilstrekkelige investeringsmidler for å sikre den kontinuerlige kapasitetsutfordringen og et kvalitativt godt pasienttilbud på Ullevål. Det vises forøvrig til alternativt vedtaksforslag/protokolltilførsel i sak 8/2016 - Idéfase Oslo Universitetssykehus HF."

Sak 40/2017 Plan for styrets arbeid

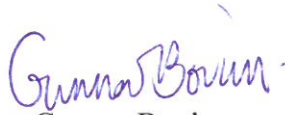
Vedtak:

Styret tar saken til orientering.


Sak 41/2017 Administrerende direktørs orienteringer

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.



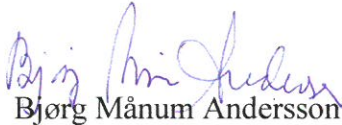
Gunnar Bovim
styreleder



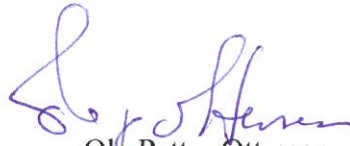
Anne Carine Tanum
nestleder



Berit Kjøl



Bjørg Månun Andersson



Ole Petter Ottersen



Aasmund Magnus Bredeli



Svein Erik Urstrømmen



Else Lise Skjæret-Larsen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 22. juni 2017

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

Vedlegg:

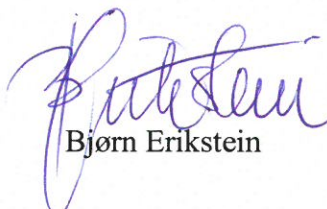
1. Tabellvedlegg - månedsrapport mai 2017
2. Risikovurdering 1. tertial 2017
3. Ledelsens gjennomgang: Utvalgte områder og kommentarer 1. tertial 2017
4. Evaluering av kvalitetssystemelementer

SAK 43/2017 RAPPORT PER MAI INKLUDERT LEDELSENS GJENNOMGANG FOR FØRSTE TERTIAL 2017

Forslag til vedtak:

Styret tar rapporteringen av resultater per mai inkludert ledelsens gjennomgang for 1. tertial 2017 til orientering.

Oslo den 15. juni 2017



Bjørn Erikstein

1. Innledning – styringsmål 2017

Det fremgår av oppdragsdokument 2017 fra Helse Sør-Øst RHF til Oslo universitetssykehus HF at virksomheten skal innrettes med sikte på å nå følgende overordnede styringsmål:

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

Konkrete styringsmål for 2017 er tatt inn i tabellvedlegget. I rapportering til styret for 2017 vil det normalt redegjøres for status for de styringsmålene hvor det rapporteres månedlige resultater. Rapporteringen utvides tertialvis og årlig med resultater for øvrige styringsmål. Utvidet rapportering for 1. tertial 2017 inngår i denne saken.

2. Sammendrag

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

- I mai var gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter 56 dager. Dette er en reduksjon på 9 dager sammenlignet med samme periode i 2016.
- For pasienter som venter på utredning/behandling var gjennomsnittlig ventetid per utgangen av mai 56 dager. Dette er en reduksjon på 10 dager fra samme periode i 2016.
- Antall fristbrudd av ventende pasienter per utgangen av mai var 59. Dette er 13 høyere enn rapportert på samme tidspunkt i 2016.
- Antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer var per utgangen av mai 40 mot 196 ved utgangen av samme periode i 2016.
- Andel kreftpasienter som er inkludert i pakkeforløp er hittil i år 71 prosent, og dermed rett over det nasjonale målet. Hittil i 2017 er det kun pakkeforløp med kirurgisk behandling hvor andelen innen standard forløpstid er over 70 prosent.
- Registrert aktivitet innenfor somatikken var i første tertial i år 0,4 prosent lavere enn budsjettert og økt med 2,5 prosent fra samme periode i 2016.
- Innenfor psykisk helsevern for voksne var den rapporterte aktiviteten hittil i 2017 høyere enn planlagt
- Innenfor psykisk helsevern for barn og unge, er døgnaktiviteten så langt i 2017 høyere enn budsjettert, mens den polikliniske aktiviteten er noe lavere enn budsjettert.
- Den polikliniske aktiviteten innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er høyere enn planlagt, mens antall utskrevne pasienter og antall liggedøgn er lavere enn budsjettert.
- Rapportert økonomisk resultat etter mai 2017 viser et overskudd på 38,7 millioner kroner, mot et budsjettmål på 104,2 millioner kroner. Dette gir et negativt budsjettavvik på 65,4 millioner kroner. Justert for økte pensjonskostnader, som forventes kompensert, er det negative budsjettavviket 50 millioner kroner.

- Gjennomsnittlig antall brutto månedsverk til og med juni 2017 var 18 693. Dette er en økning på 320 fra samme periode i 2016. Av økningen på 320 månedsverk gjelder 38 årsverk ordinær drift og 282 eksternt finansiert virksomhet, hvorav 220 årsverk er ansatte i rettsmedisinske fag som ble virksomhetsoverdratt ved siste årsskifte og om lag 60 øvrig eksternt finansiert virksomhet.
- Sykefraværet i 2017 (til og med april da sykefravær rapporteres med 2 måneders forsinkelse) var 7,4 prosent. Isolert for april 2017 var sykefraværet 6,1 prosent med fall både i langtidsfravær og korttidsfravær.

Gjennomgang av status og resultater hittil fra Ledelsens gjennomgang per 1. tertial 2017 viser kortfattet følgende:

- Det har blitt registrert 8 253 uønskede hendelser/avvik og forbedringsforslag. Dette er en økning på 13 prosent fra samme periode i fjor. Antall dokumenterte forbedringstiltak er 3 543, en økning på 33 prosent i forhold til samme periode i 2016.
- Antallet registrerte uønskede pasienthendelser øker fortsatt og er økt med 17 prosent fra 2016. Dette er en ønsket utvikling som i stor grad tilskrives god meldekultur. Fordelingen per kategori har små prosentvise endringer sammenlignet med tidligere år.
- Det er publisert 157 anonymiserte lærings saker på sykehusets internetsider i første tertial 2017 etter uønskede hendelser som berørte pasienter
- Det er sendt 36 varsler til Statens helsetilsyn fra helseforetaket etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a. Varslene medførte tilsynsmessig oppfølging i 18 av sakene.
- Det er meldt 597 hendelser til Helsedirektoratet jf Spesialist-helsetjenestelovens § 3-3 om betydelig personskaade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen.
- Sykehuset har i 1. tertial 2017 mottatt 25 avsluttede tilsynssaker fra Fylkesmannen i Oslo og Akershus eller Statens helsetilsyn, hvorav 12 med brudd lov eller forskrift. 8 gjelder brudd på forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven. I tillegg foreligger det brudd på dokumentasjonsplikten og informasjonsplikten. Tre saker hadde utgangspunkt i varsler sendt fra Oslo universitetssykehus HF til Statens helsetilsyn.
- Det er i løpet av siste året sendt 99 205 SMS til pasienter med invitasjon til å gi sykehuset tilbakemelding om behandling og tjenestene i sengeposter og poliklinikker. Svarprosenten er ca. 27 prosent. Resultatene viser stor tillit til behandlere og fornøydhet med behandlingen, men noe lav involvering i avgjørelser om egen behandling.
- Det er gjennomført pasientsikkerhetsvisitter ved Nevrologisk avdeling (Ullevål), Gastrokirurgisk avdeling (Ullevål), Medisinsk genetikk, Seksjon for arvelig sykdom, Infeksjonsmedisinsk seksjon i Medisinsk klinikk og ved Trykktanken. Det er utledet flere nye forbedringstiltak på bakgrunn av visittene.
- Rapporterte HMS-avvik viser stort sett samme meldeprofil som tidligere med flest registrerte saker innenfor hovedkategoriene «Fysisk arbeidsmiljø», etterfulgt av «Vold/trusler/utagerende adferd» og «Psykososialt arbeidsmiljø».
- Det har vært gjennomført et prosjekt for å planlegge implementering av del 1 (tidligere turnustjeneste) i ny spesialistutdanning. Implementering av del 1

starter september 2017. Det planlegges oppstart av et omfattende prosjekt i august 2017 som skal ivareta planlegging og implementering av del 2 og 3 i ny spesialistutdanning.

- Det er etablert et samarbeid med Lovisenberg diakonale høyskole med mål om at de skal overta deler av traineeprogrammet for sykepleiere ansatt på intensivavdelinger og innpasse dette i den formelle intensivsykepleieutdanningen.
- Forskningsaktiviteten er god og i tråd med forventet utvikling.
- Antall innmeldte oppfinnelser til Inven2 er meget tilfredsstillende. Antallet innmeldte ideer til den interne Idèpoliklinikken er noe lavere enn foregående år, men kapasiteten er nå styrket.

3. Administrerende direktørs vurderinger

Den månedlige rapporteringssaken er slått sammen med den tertialvise rapporteringen i denne saken. Dette fordi disse henger nøye sammen, selv om rapporteringen nå gjelder første måned i nytt tertial. Tertialrapporteringen er beskrevet i tre vedlegg som tar for seg risiko, utvalgte områder og kvalitetssystemene i sykehuset. Alle klinikkene har vært fulgt opp i egne tertialmøter kalt ledelsens gjennomgang.

Administrerende direktør er fornøyd med resultatene innenfor tilgjengelige helsetjenester (aktivitet, ventelister mv), men er bekymret for det økonomiske avviket etter fem måneder. Resultater etter mai og prognoser for 2017 gjennomgås derfor i møter med alle klinikkene fredag 16. juni. Samlet har klinikkene økt sitt negative avvik også i mai, men bildet er sammensatt og det er noen klinikker som så langt vurderes å ha betydelig større utfordringer til å gjennomføre driften innenfor årets budsjett enn tidligere vurdert. Administrerende direktør mener at det på denne bakgrunn er helt nødvendig å opprettholde et høyt tempo i arbeidet med å forbedre og effektivisere driften for å sikre økonomisk bærekraft fremover.

Det er en økende bekymring knyttet til finansieringen av vedlikeholdsinvesteringene i Oslo universitetssykehus HF, jf omtale i avsnitt 6.6. Administrerende direktør har vært opptatt av å få til en rask avklaring med Helse Sør-Øst RHF, men konsekvensene kan være at planlagte investeringstiltak må forskyves.

Ledelsens gjennomgang viser en relativ stabil vurdering av risiko i sykehuset, men med tiltak for å redusere denne. Utvalgte områder er også beskrevet i eget vedlegg samt en gjennomgang og vurdering av kvalitetssystemene i sykehuset. Alt i alt er driften i sykehuset i rimelig god gjenge.

4. Tilgjengelige helsetjenester

For å sikre målene innenfor tilgjengelige helsetjenester er det over lengre tid arbeidet målrettet med oppfølging av ventende, ventetider og frister for start helsehjelp. Dette arbeidet har gitt gode resultater. Arbeidet med oppfølging av indikatorer for å sikre god tilgjengelighet av helsetjenester fortsetter i 2017. Fristbrudd og ventetider følges fortsatt tett opp, men fokus er nå utvidet til å sikre at planlagte tidspunkt for videre oppfølging i sykehuset følges opp, og at resultatene

for pakkeforløp innenfor kreftbehandlingen bedres. Forbedring av resultater for de pakkeforløpene hvor Oslo universitetssykehus HF har svakest resultater for andel pasienter behandlet innenfor standard forløpstid vil bli prioritert.

4.1. Status ventetider

I oppdragsdokumentet for 2017 har Helse Sør-Øst RHF stilt krav om at gjennomsnittlig ventetid innenfor somatikken skal være under 60 dager. Innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det satt som mål at gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 45 dager.

I mai var gjennomsnittlig ventetid for alle avviklede pasienter 56 dager. Dette er en reduksjon på 9 dager sammenlignet med samme periode i 2016. Innenfor Klinikk psykisk helse og avhengighet var gjennomsnittlig ventetid til avvikling i mai 50 dager.

For pasienter som venter på utredning/behandling var gjennomsnittlig ventetid per utgangen av mai 56 dager. Dette er en reduksjon på 10 dager fra samme tidspunkt i 2016. Som det fremgår av neste avsnitt har det vært en stor reduksjon i antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer. Dette reduserer ventetiden for ventende pasienter, men virker motsatt for pasienter som har fått påstartet helsehjelpen.

4.2. Status langtidsventende (ventet 12 måneder eller mer)

Per utgangen av mai var antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer 40. Sammenlignet med samme periode i 2016 er det en reduksjon på om lag 156 langtidsventende. Det er flest langtidsventende innenfor fagområdene ortopedi og plastikkirurgi.

4.3. Status fristbrudd

Per utgangen av mai var det 59 fristbrudd for ventende pasienter. Sammenlignet med samme tidspunkt i 2016 er dette en økning på 13 fristbrudd. Årsaken til at fristbrudd ventende ikke er i null skyldes i hovedsak at time er avtalt og tildelt pasient kort tid etter frist, forsinkelser i oppretting av ikke registrerte rettighetsopplysninger fra andre helseforetak, manglende registrering av utsattkode eller av ventetid slutt og forsinkelse i kvittering av prøvesvar fra Unilab og Aleris til seksjon for Bryst og endokrinkirurgi. Når det gjelder fristbrudd ventende barnesykdommer er det et kjent kapasitetsproblem på gastroskopiundersøkelse og timer til konsultasjon. Det er satt inn ekstra ressurser for å løse problemet. I Avdeling for urologi er det avdekket svikt i forebygging av fristbrudd samt manglende kvalitetssikring i etterlevelse av regionale prosedyrer. Dette følges nå opp med egen møteserie.

I mai var det en andel på 1,3 prosent (91 pasienter) som ble avviklet etter frist start helsehjelp. Dette omfatter både pasienter som har ønsket eller samtykket i å vente kort tid utover frist, i stedet for å vurdere behandling et annet sted, pasienter som er viderehenvist fra andre helseforetak hvor det har vært vanskelig for Oslo universitetssykehus HF å imøtekomme den fristen som er satt, noe etterregistrering av ventetid slutt. Fristbrudd avviklede påvirkes av avvik knyttet til oppfølging av fristbrudd ventende, det arbeidet som pågår med reduksjon av antall åpne henvisningsperioder uten planlagt kontakt og reduksjon av antall tentativ dato

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

4.4. Status korridorpasienter

Et av målene i 2017 for å sikre bedre kvalitet og pasientsikkerhet er at det ikke skal være korridorpasienter. I mai 2017 var andelen registrerte korridorpasienter ved Oslo universitetssykehus HF 0,7 prosent. Dette er en reduksjon fra samme periode i 2016 hvor andelen korridorpasienter i samme periode var 1,4 prosent. Hittil i år er andelen korridorpasienter 0,9 prosent, mens andelen korridorpasienter i samme periode i 2016 var 1,4 prosent.

For å redusere omfanget av rapporterte korridorpasienter har det over lengre tid vært arbeidet med å sikre riktig registrering av pasienter på korridor. Registreringskvaliteten er nå bedret og fokus fremover vil være å sikre bedre rutiner for fordeling av pasienter mellom sengeposter/lokasjoner ved overbelegg.

4.5. Status 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.

Per mai 2017 er resultatene for pakkeforløp ved Oslo universitetssykehus:

| Kreftpasienter registrert i pakkeforløp | Antall nye kreftpas. | Andel i pakkeforløp |
|---|----------------------|------------------------|
| OA1 Nye kreftpasienter i pakkeforløp | 1 896 | 71 % |
| Innfrielse av forløpstid | Antall forløp | Andel innen forløpstid |
| OF4K Kirurgisk behandling | 858 | 71 % |
| OF4M Medikamentell behandling | 330 | 66 % |
| OF4S Strålebehandling | 190 | 44 % |
| OF4O Overvåking uten behandling | 76 | 41 % |
| OF4 Samlet alle behandlingsformer | 1 454 | 65 % |

Hittil i 2017 er andelen kreftpasienter registrert i pakkeforløp 71 prosent, det vil si innenfor det nasjonale målet på 70 prosent. Målet er at 70 prosent av pakkeforløpene skal være gjennomført innen standard forløpstid. Hittil i 2017 er det kun pakkeforløp med kirurgisk behandling hvor andelen innen standard forløpstid er over 70 prosent. Oslo universitetssykehus HF arbeider for å bedre måloppnåelsen for både nye kreftpasienter i pakkeforløp og andelen pakkeforløp som gjennomføres innen standard forløpstid.

Oslo universitetssykehus HF ble i april 2017 godkjent som Comprehensive Cancer Centre av styret i Organisation of European Cancer Centres (OECI).

For nærmere informasjon vises til vedlegg 3 pkt. 2.11 om Pasientforløpsarbeidet – pasientforløp innen kreft og pkt 2.12 System for ledelsesoppfølging og forbedringsarbeid i kreftforløp.

5. Pasientbehandling

5.1. Aktivitet somatikk

For hele 2017 er det budsjettet med 238 057 ISF-poeng (DRG-poeng er i ISF-regelverket for 2017 endret til ISF-poeng). ISF-poengene omfatter tradisjonell behandling som utføres på sykehus, men også andre typer tjenester hvor pasienten i større grad administrerer egen behandling som for eksempel hjemmedialyse og pasientadministrert legemiddelbehandling (H-reseptor). Det er forventet en positiv effekt fra regelverk for 2017 med om lag 700 ISF-poeng for Oslo universitetssykehus HF sammenliknet med 2016-regelverket.

Innenfor somatikken er registrert aktivitet så langt om lag 418 ISF-poeng (0,4 prosent) lavere enn budsjettet. I den rapporterte aktiviteten er det inkludert estimat for forventet etterregistrering i klinikkene. Sammenligning med 2016 viser at antall ISF-poeng for aktivitet utført i Oslo universitetssykehus HF er økt med om lag 2,5 prosent. Deler av veksten er knyttet til at det i januar-mai 2017 var 1 arbeidsdag mer enn i perioden januar – mai 2016. I tillegg er det så langt i 2017 registrert 12 flere opphold i DRG 483 Tracheostomier.

Det er høyest aktivitet (målt med avvik mot budsjett) innenfor de kirurgiske fagene. Innenfor ØNH er det gjennomført et rekordhøyt antall CI-utskiftninger og innenfor Nevroklinikken er det en økning i antall pasienter som er tracheostomert. De siste månedene har det vært høy aktivitet innenfor Avdeling for transplantasjonsmedisin. Det ble i mai skrevet ut vesentlig flere pasienter med levertransplantasjoner enn det som har vært gjennomsnittet de siste årene. Avdeling for transplantasjonsmedisin informerer også om en økning i antall "living donor" på nyre, som er resultat av godt systematisk arbeid med landets nyreseksjoner gjennom en lang periode.

Klinikkene med størst registrert negativt aktivitetsavvik hittil i år er Medisinsk klinikk, Barne- og ungdomsklinikken og Kvinneklinikken. For Medisinsk klinikk skyldes dette blant annet reduksjon i antall ø-hjelpspasienter sammenligner med fjoråret, noe forsinkelser i tiltaksgjennomføring og noe redusert aktivitet ved en avdeling som følge av utstysproblemer. Innenfor Barne- og ungdomsklinikken er det endringer i pasientsammensetningen, med en økning i ressurskrevende opphold, som av ulike årsaker ikke reflekteres i antall DRG-poeng, og en økning i lettere opphold som for eksempel bronkitt og åndedrettsrelaterte problemstillinger. I Kvinneklinikken er en stor del av aktivitetsavviket knyttet til en reduksjon i antall fødsler og i færre/mindre kompliserte keisersnitt sammenlignet med samme periode i 2016.

5.2. Aktivitet psykisk helsevern for voksne

Innenfor voksenpsykiatrien er det hittil i år skrevet ut 103 flere pasienter (13,6 prosent) enn plantall mens antall liggedøgn er 1 126 (3,8 prosent) høyere enn budsjettet. Sammenlignet med 2016 er antall utskrevne pasienter økt med 41 (5,0 prosent), mens antall liggedøgn for døgnbehandling er økt med 57 (0,2 prosent) fra 2016.

Antall polikliniske konsultasjoner er hittil i år 1 999 (4,4 prosent) høyere enn plantall og 3 103 konsultasjoner (7,0 prosent) høyere enn i samme periode i 2016. I forhold til 2016 er det tre nye godkjente poliklinikker, tidligere drevet som ikke godkjent og hvor aktiviteten dermed ikke har inngått i rapporteringen. Økningen i antall konsultasjoner skyldes en reell økt aktivitet, men også en effekt av bedret organisering etter samlokalisering ved DPS'ene og øket antall behandlerstillinger ved de to DPS'ene, samt at en økt andel av behandlerstillingene nå arbeider på poliklinikkene mens de tidligere arbeidet mer ambulant (gjelder Nydalen DPS). Når det gjøres justeringer i rapportert aktivitet 2017 for endret registreringspraksis av dagtilbud og poliklinikker som i 2016 ikke ga refusjon, samt at rapportert aktivitet 2016 justeres for at den psykosomatiske poliklinikken for voksne, fra 1.1.2017 er gjort om til en somatisk poliklinikk, viser beregningene en faktisk vekst i antall konsultasjoner fra 2016 til 2017 (januar – mai) på 6,9 prosent.

5.3. Aktivitet psykisk helsevern for barn og unge

Antall utskrivninger innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er hittil i år 9 høyere enn budsjettert og redusert med 3 fra 2016. Antall liggedøgn er 311 (12,8 prosent) høyere enn plantall hittil i år og 226 (9,0 prosent) høyere enn i 2016. Så langt i år har det vært stor pågang av pasienter, og avdelingen har hatt meget høyt belegg. Pasientgruppen er sammensatt med krevende familiestrukturer, også med krevende familiearbeid opp mot barnevernet og stort funksjonsfall, og inkluderer flere pasienter med behov for tett oppfølging grunnet blant annet suicidalitet. Til tross for den høye kapasitetsutnyttelsen i pasientbehandlingen, tilstreber avdelingen å ha ett utredningsopphold for å redusere ventetiden. I tillegg har avdelingen i hele mai bistått en bydel med å bemanne en bolig for en pasient som ble utskrevet etter et svært langvarig opphold. Flere av pasientene som er utskrevet har behov for ettervern, noe som gjør at personalressurser benyttes til dette. Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri har fokus på raskere utskrivelser, men dette fordrer at pasientene har et forsvarlig tilbud når de kommer ut. Bydelene har ikke alltid ressurser til å følge opp utskrevne pasienter, og dette har medført at flere pasienter har langvarige opphold i institusjon etter at de er meldt utskrivningsklare til bydel. Det er kontinuerlig dialog med poliklinikkene om prioritering av pasienter for å få til god pasientflyt.

Antall oppholdsdager dagbehandling er hittil i år 60 (4,2 prosent) høyere enn plantall og økt med 14 (1,0 prosent) fra 2016. Avdelingen arbeider med gruppebehandling for å møte behandlingsbehovet. Dette gjelder både foreldregrupper for barn og for ungdom, samt ulike pasientgrupper.

Den registrerte polikliniske aktiviteten hittil i år er 382 konsultasjoner (1,8 prosent) lavere enn plantall. Sammenlignet med 2016 er antall polikliniske konsultasjoner økt med 340 (1,6 prosent). Når det gjøres justeringer i rapportert aktivitet 2017 for endret registreringspraksis av dagtilbud, viser beregningene en noe større økning i antall konsultasjoner fra 2016 til 2017 (januar – mai); 2,7 prosent i stedet for 1,6 prosent.

Det har vært en stor økning i antall henvisninger fra 2016 til 2017 og det har over lengre tid vært arbeidet med tiltak på flere områder for å øke antall polikliniske konsultasjoner innenfor barne- og ungdomspsykiatrien. De siste månedene har det likevel vært færre polikliniske konsultasjoner enn det periodiserte måltallet. Dette

skyldes blant annet ledighet i sentrale fagstillinger, sykefravær (mye influensasykdom) og barselpermisjoner. Det arbeides for å besette ledige stillinger, mens noen er ansatt og vil tiltre i løpet av de nærmeste månedene. Ung FRONT etableres fra 1.september i år og vil rykke ut som hjemmesykehus til pasienter fra 13 år og eldre. Dette vil i løpet av kort tid etter oppstart avlaste helseforetakets poliklinikker ved BUP Syd og BUP Nord, - samt Nic Waal (Lovisenberg sykehus) og BUP Vest (Diakonhjemmet sykehus) og gi tid til poliklinisk arbeid som er mindre tidkrevende. Det er et kontinuerlig arbeid med oppfølging av sykefravær og av enkeltmedarbeidere for å sikre god registreringspraksis av aktivitet. Dette forventes å gi en økning i antall polikliniske konsultasjoner fremover. Det er likevel usikkert om måltallet på årsbasis vil bli nådd.

5.4. Aktivitet tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Innenfor TSB er det hittil i år skrevet ut 7 færre pasienter (0,7 pst) fra døgnbehandling enn plantall. Dette er en økning på 17 utskrivninger (1,8 pst) fra 2016. Avdelingen arbeider med tiltak for å forhindre drop-out og avbrudd i behandlingen. Det har i tillegg vært planlagt å redusere utskrivninger fra avgiftsningsenhetene fordi det er registrert at flere pasienter skrives ut for tidlig i forhold til avrusningsforløpene. Antall liggedøgn hittil i år viser et negativt avvik i forhold til plantall på 303 liggedøgn (2,9 prosent). Sammenlignet med 2016 er antall liggedøgn redusert med 664 (6,1 prosent). Dette skyldes at flere pasienter ikke har møtt til innleggelse og at noen pasienter har blitt overført til andre behandlingstilbud etter utredning. Avdelingen arbeider videre med tiltak for øket aktivitet med fokus på ventelister, hindre brudd i behandlingen (drop out), samt se på ulike løsninger med hensyn til akuttflyt for å sikre mer stabilitet i belegget.

Antall polikliniske konsultasjoner innenfor TSB er hittil i år 294 konsultasjoner (2,8 prosent) høyere enn budsjettert, hvilket er en økning på 494 konsultasjoner (4,7 prosent) fra 2016.

6. Økonomi

6.1. Budsjettert overskudd

Oslo universitetssykehus HF har budsjettert med et overskudd for 2017 på 250 millioner kroner, dvs 20,8 millioner kroner per måned.

6.2. Pensjonskostnad 2017

For 2017 har Oslo universitetssykehus HF budsjettert med en pensjonskostnad på 2 195 millioner kroner. Oppdaterte NRS-beregninger fra januar 2017 viser at pensjonskostnadene ved Oslo universitetssykehus HF øker med om lag 38 millioner kroner i forhold til det som er lagt til grunn i budsjettet, til totalt 2 233 millioner kroner. Økte pensjonskostnader er inkludert i rapportert regnskapsresultat per mai med 15,8 millioner kroner. Det forutsettes at denne merkostnaden blir håndtert på samme måte som for tidligere år, ved at effekten blir nøytralisert ved tilsvarende endring i basisrammen i tilknytning til revidert nasjonalbudsjett (RNB). I RNB fremgår at for de fleste helseforetakene reduseres pensjonskostnaden i 2017. Nasjonalt er bevilgningen til pensjon i RNB derfor foreslått redusert med 500 millioner kroner, hvorav 269 millioner kroner gjelder Helse Sør-Øst. Det legges imidlertid fortsatt til grunn at fordelingen av endret bevilgning innenfor

foretaksgruppen gjøres på en slik måte at de økte kostnadene ved Oslo universitetssykehus HF i 2017 blir dekket.

6.3. Rapportert resultat

Det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF viser etter mai 2017 et regnskapsmessig overskudd på 38,8 millioner kroner mot et budsjettert overskudd på 104,2 millioner kroner. Dette gir et negativt avvik i forhold til budsjett på 65,4 millioner kroner. Justert for økte pensjonskostnader, dvs forutsatt at disse blir kompensert i form av økt basisramme, viser regnskapet et overskudd på 54,5 millioner kroner og dermed et negativt avvik i forhold til budsjett på 49,6 millioner kroner hittil i 2017. Resultatet for mai isolert er med det om lag 7 millioner kroner bedre enn budsjettert. Klinikken har imidlertid samlet et høyt negativt avvik også siste måned, men dette kompenseres med blant annet inntektsføring av lønnsavsetninger fra tidligere år, jf informasjon til styret i siste møte.

Klinikkens samlede resultater viser isolert sett en noe svakere resultatutvikling i mai enn det som følger av de årsprognosene klinikkene utarbeidet etter april. Det er planlagt oppfølgingsmøter med alle klinikkene fredag 16. juni hvor resultat etter mai og oppdaterte prognosevurderinger skal gjennomgås. Alle klinikkene med negative årsprognoser er her bedt om å redegjøre for arbeidet med nye tiltak/prosesser/oppfølging det arbeides med for å forbedre prognosen i egen klinikk.

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

| Tall i MNOK | Avvik per mai | | Kommentarer til avvik justert for avvik innenfor øremerkede prosjekter, pensjon og teknisk endring pasientreiser (fra netto til brutto) |
|--|------------------|---------------|--|
| | Rapportert avvik | Justert avvik | |
| Basisramme | 0 | - | Basisramme er inntektsført som budsjettert. |
| Aktivitetsbaserte inntekter | -25 | -29 | Avviket skyldes i hovedsak lavere aktivitet enn budsjettert i de somatiske klinikkene. Noe lavere andel gjestepasienter. Polikliniske inntekter innenfor laboratorieområdet er høyere enn budsjettert, mens det er et negativt avvik for ISF-inntekter innenfor psykisk helsevern. |
| Andre inntekter | 94 | 1 | Samlet avvik nær null. Mindre avvik mellom klinikkene. |
| Sum driftsinntekter | 69 | -28 | |
| Lønn -og innleiekostnader | -66 | -12 | Kostnader til lønn (ekskl økte pensjonskostnader) og innleie er om lag 12 mnok høyere enn budsjettert. Det er store variasjoner mellom klinikkene. Justering av avsetninger fra 2016 og høyere lønnsrefusjoner enn budsjettert gjør at avviket fremstår som noe mindre enn det ellers ville gjort. |
| Kjøp av helsejenester | -3 | 7 | Kostnader til kjøp av helsetjenester er noe lavere enn budsjettert. |
| Varekostnader mv | -20 | -29 | Store negative avvik i flere av klinikkene (LAR-medikamenter, cochleaimplantater, ECP-behandling av transplanterte pasienter, behandlingshjelpemidler og lagerperiodisering). Avviket gjelder både medikamenter og andre medisinske forbruksvarer mv. |
| Andre driftskostnader | -61 | -4 | Lavere IKT-kostnader enn budsjettert. Høyere kostnader i de fleste klinikkene, herunder energi. |
| Sum driftskostnader | -121 | -38 | |
| Driftsresultat | -52 | -66 | |
| Netto finans | 16 | 16 | Datterselskapene bidrar med 15 mnok i positivt avvik hittil i år. |
| Resultat OUS | -36 | -50 | |
| Endrede pensjonskostnader | 16 | | |
| Resultat justert for endret pensj.kostnad | -20 | | |

På enkelte områder er det lagt forutsetninger til grunn for bokførte kostnader/inntekter siden det er usikkerhet knyttet til løpende inntektene. Utover det som er nevnt ovenfor gjelder dette:

- Inntektsreduksjon som følge av reduserte priser mellom regionene knyttet til merverdiavgiftsreformen er foreløpig beregnet til om lag 30 millioner kroner på årsbasis. Helse Sør-Øst har bekreftet at inntektsreduksjon som følge av reduserte priser mellom regionene knyttet til merverdiavgiftsreformen kompenseres av Helse Sør-Øst RHF, men så langt ikke bekreftet noe beløp.
- Det er lagt til grunn at økte pensjonskostnader for aktivitet fra andre regioner blir betalt som for tidligere år med 22,5 millioner kroner for 2017. Det skal gjennomføres et oppgjør med de andre helseregionene knyttet til kompensasjon for pensjonskostnader for aktivitet mellom helseregionene. Helse Sør-Øst RHF har bekreftet at kompensasjonen vedrørende aktivitet ved Oslo universitetssykehus gis når kompensasjonen for oppgjør mellom regionene er fastsatt, men ikke bekreftet noe beløp.
- Basert på Revidert nasjonalbudsjett (jf orientering i forrige styremøte) forventer helseforetaket å få dekket det aller meste av kostnader til Rettsmedisinske fag.

Mer detaljerte kommentarer på øbak-linje nivå følger vedlagt.

6.4. Gjennomføring av tiltak

Som et virkemiddel for å styre mot budsjettert resultat har klinikkene identifisert 353 ulike tiltak. Tiltakene er klassifisert ut fra risiko for effekt og gjennomføring. I tabellvedlegget fremgår status og prognose per klinikk samt for sykehuset samlet.

Rapportert gjennomføringsprosent hittil i år per mai er 61 prosent. Mange av klinikkene som har svak gjennomføringsgrad så langt i 2017 har en prognose som tilsier betydelig høyere gjennomføringsgrad på årsbasis (ref. tabellvedlegg). Samlet gjennomføringsgrad av tiltak er ikke tilfredsstillende, og klinikkene vil derfor utfordres på å øke effekten av allerede besluttede tiltak utover i 2017. Dette kommer i tillegg til arbeidet med å planlegge nye tiltak fremover.

6.5. Risiko ved gjennomføring av budsjett

Hver måned leverer klinikkene en prognose for forventet avvik fra budsjett ved årets slutt. Alle klinikker med negative prognoser for helårsresultat skal til hvert møte redegjøre for nye tiltak klinikken arbeider med for å forbedre klinikkens resultat for å sikre en drift innenfor budsjetttrammen. Resultatet for mai viser at det fortsatt er stort behov for kontinuerlig oppfølging for å sikre gjennomføring av allerede vedtatte tiltak, unngå kostnadsvekst på nye områder og iverksette nye tiltak. Status etter mai og klinikkens oppdaterte prognosevurderinger basert på resultat etter mai, blir gjennomgått med alle klinikkene i møter fredag 16. juni.

Styringsmålet for Oslo universitetssykehus HF er et overskudd på 250 millioner kroner eller mer. En oppsummering av klinikkens prognostiserte avvik etter april viste en økonomisk risiko på i overkant av 200 millioner kroner i avvik fra

budsjettert resultat. Det er imidlertid en rekke forhold utenom klinikkene som bidrar til å redusere resultatrisikoen for Oslo universitetssykehus HF. Punktene under viser områdene som forventes å gi de største positive resultateffektene:

- Kostnadsreduserende tiltak innenfor IKT-området
- Lavere kostnader i sentral stab, primært som følge av ledigholdelse av stillinger
- Lavere utbetalinger ved årets lønnsoppgjør enn budsjettert
- Periodiseringseffekt på flere avsetningsposter
- Forventede inntekter knyttet til tidligere års nedskrevne fordringer for sykehotell og kurdøgn

Klinikkenes forventede resultater og de omtalte forholdene i stabens budsjett og sykehusets fellesposter tilsa derfor etter aprilregnskapet en risiko for avvik fra budsjettert overskudd 250 millioner kroner på mellom null og femti millioner kroner.

For å håndtere risikoen for et mulig avvik fra budsjett gjennomføres oppfølging av punktene under:

- Fortsette månedlige oppfølgingsmøter med alle klinikker og med hovedfokus på gjennomføring av eksisterende tiltak og resultatkontroll avklaring av eventuelle behov for ytterligere kostnadsreduserende tiltak
- Klinikker med negative resultater følges også opp i forhold til nye tiltak og med krav om ytterligere konkretisering
- Innenfor programmet «forbedring av drift» vurderes driftsøkonomiske potensialer med mulige implikasjoner for drift også i 2017
- Etter 2. tertial vurderes eventuelle behov for kortsiktige innstramminger i 2017
- Tett oppfølging ift bemanningsutvikling, særskilt profil fra før og etter nedtaket ved sommerferieavviklingen. Klinikkene er i oppfølgingsmøter fredag 16. juni bedt om å beskrive klinikkens plan for å ta ned sommerbemanningen

6.6. Investeringer og finansiering av investeringer

I styresak 75/2016 ble investeringsbudsjettet for 2017 lagt frem, og styret vedtok et investeringsbudsjett på 1 526 millioner kroner. I styresak 6/2017 ble gjennomføring av investeringsbudsjettet for 2017 omtalt. Investeringene i 2017 forutsettes delfinansiert med positive årsresultater for 2016 og 2017.

I tabellvedlegget vises budsjetterte og regnskapsførte investeringer hittil i år finansiert av investeringsramme fra 2016 og 2017, periodisert investeringsbudsjett vedtatt av styret, regnskapsførte investeringer ved utgangen av mai og avvik mellom budsjetterte og faktiske investeringer. Siste kolonne viser investeringsprognose for 2017.

Ved utgangen av mai var regnskapsførte investeringer 157 millioner kroner lavere enn budsjett hittil i år, hvorav anskaffelser av medisinskteknisk utstyr utgjorde 94 millioner kroner.

Oslo universitetssykehus HF har gjennom lang tid hatt en dialog med Helse Sør-Øst RHF om finansiering av vedlikeholdsinvesteringer i sykehuset. Utfordringen har vært å avklare at de prosjektene som er gjennomført i 2016 og som vil bli gjennomført i 2017 lar seg finansiere av den særlig tildelte lånerammen for dette formålet. Avklaringen har strukket lenger ut i tid enn ønskelig noe som i seg selv øker risikoen for at noen av investeringene står uten budsjettert finansieringskilde. Det legges til grunn at det vil bli en avklaring med det første. Dersom det viser seg at en betydelig del av de gjennomførte tiltakene ikke lar seg finansiere av nevnte låneramme må det foretas omdisponeringer i årets investeringsbudsjett eller at planlagte investeringer må utsettes.

6.7. Likviditet

Periodisert kontantstrømbudsjett for 2017 ble lagt frem for styret i sak 6/2017. Budsjettet innebar en bedring av likviditeten på 843 millioner kroner gjennom 2017.

Ved utgangen av mai var benyttet driftskreditt 2 144 millioner kroner, mot justert budsjettert 2 067 millioner kroner. Svakere driftsresultat enn budsjettert og høye utbetalinger av arbeidsgiveravgift ga et større trekk på driftskreditt enn budsjettert ved utgangen av mai.

7. Bemanning og sykefravær

7.1. Bemanningsutvikling

Gjennomsnittlig brutto månedsverk per juni er 18 693. Dette er en økning på 320 månedsverk (1,7 prosent) fra samme periode i 2016 og 233 flere månedsverk enn budsjettert. Det er hittil i år i gjennomsnitt 196 flere månedsverk enn budsjettert. Noe av avviket skyldes at klinikkene har vært noe forsiktig ved budsjettering av forventet fravær som må erstattes og også at eksternt finansierte årsverk er noe lavt budsjettert.

Av økningen i gjennomsnittlig brutto månedsverk hittil i år er 38 månedsverk knyttet til internt finansierte månedsverk, mens eksternt finansierte øker med 282 månedsverk. I økningen for månedsverk med eksternt finansiering inngår om lag 220 månedsverk ved Rettsmedisinske fag.

Det er tidligere redegjort for innsatsområder for å få kontroll med bemanningsutviklingen. Innsatsen fortsetter innen rekruttering og ansettelse, herunder bemanningskontroll ved nyansettelser, ferieavvikling og innleie. Stab HR og personal har siden høst 2016 ledet arbeidet med ressursstyring under programmet «forbedring av drift ved Oslo universitetssykehus». Tre klinikkospennende prosjekter er igangsatt og underveis i sitt arbeid med

- mer effektivt bruk av bemanning og samhandling på tvers av enheter,
- å redusere bruk av antall innleide fra eksterne vikarbyråer, og
- riktig bruk av GAT for kostnadskontroll knyttet til innleide vikarer.

7.2. Sykefravær

Sykefraværet for perioden januar - april 2017 var 7,4 prosent, fordelt på 2,7 prosent korttidsfravær og 4,7 prosent langtidsfravær. Sykefraværet viser en jevn nedgang siden desember 2016. I april måned er det totale sykefraværet gått ned til 6,1 prosent, og ligger noe under fjoråret. Sammenliknet med april 2016, har langtidsfraværet denne måneden gått ned fra 4,6 til 4,2 prosent, mens korttidsfraværet har gått ned om lag 0,2 prosentpoeng. Sykefraværet ved Oslo universitetssykehus ligger stabilt på et relativt lavt nivå sammenlignet med andre helseforetak.

8. Ledelsens gjennomgang etter 1. tertial og risikovurderinger

8.1. Risikovurderinger

Krav om risikovurdering er gitt i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Sykehuset legger til grunn i sin vurdering strategidokument 2013 – 2017, overordnet handlingsplan 2017 og årets budsjettrammer. Risikoelementene er kategorisert innenfor de fire risikoområdene (for nærmere detaljer vises til vedlegg 2):

1) Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv

Risikokartet for pasientbehandling er i hovedsak lite endret fra forrige tertial. Det er fortsatt høyest risiko knyttet til byggstandard, kapasitet og standard på medisinsk-teknisk utstyr og sykehusinfeksjoner som i tillegg til å være en pasientrisiko for den enkelte pasient utløser behov for isolasjonskapasitet. Det er tilkommet nye punkter om driftsproblemer med Akuttmedisinsk informasjonssystem (AMIS), og pasientflyt fra akuttmottak til sengeposter ved høyt inntak av pasienter.

2) Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt

Sykehuset største fysiske arbeidsmiljøutfordring er bygningsmassens tekniske standard og plassforhold . De planlagte utbedringsaktivitetene pågår, men har en tidshorison fram til utgangen av 2019. I tillegg oppleves det stor arbeidsbelastning innenfor enkelt virksomhetsområder. Det jobbes med ulike tiltak bl.a. kompetanseheving hos ledere og ressursplanleggere for å bedre denne situasjonen. I årets vurdering er risiko for vold/ulykker og trusler ovenfor ansatte nedjustert sammenlignet med tidligere års vurderinger. Det har vært jobbet aktivt for å bygge opp kompetanse hos ansatte i utsatte enheter etter modell/beste praksis fra Klinikk for psykisk helse og avhengighet.

3) Fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon

Forsinkelser i moderniseringen av IKT-verktøyene for forskere gir fortsatt en situasjon med høy risiko. Bedring i situasjonen avhenger av ny regional løsning. Regionalt utdanningsssenter for leger i spesialisering er nå etablert og tas ut av risikokartet. Implementeringen av ny spesialistutdanning for leger er ført opp som ny risiko.

4) God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør

Ineffektive bygningsmasse og stort etterslep i vedlikehold, samt gammelt medisinsk teknisk utstyr er uttrykt største risiko også i dette perspektivet. I tillegg er det en

usikkerhet knyttet til økonomisk bærekraft. Det er viktig å opprettholde høyt tempo i arbeidet med å forbedre og effektivisere driften for å sikre økonomisk bærekraft framover.

8.2. Ledelsens gjennomgang 1. tertial 2017

Vedlegg 3 om Ledelsens gjennomgang beskriver status og utvikling på utvalgte områder for 1. tertial.

Noen hovedpunkter fra gjennomgangen:

- Pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestene har fortsatt høyt fokus i ledelsens gjennomgang og annen oppfølging av klinikkene. Ny forskrift fra 1. januar 2017 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren understreker behovet for økt ledelsesmessig oppmerksomhet på feltet, noe som er tatt på alvor av sykehusledelsen. Det er i 2017 i flere avdelinger og enheter startet innføring av daglig styring med økt pasientsikkerhetsfokus (Det grønne korset) og pasientsikkerhetsprogrammet følges opp med deltakelse i nasjonale nettverkssamlinger. Sykehuset har også gjennom flere år etablert et aktivt nettverk som jobber med ulike forbedringstiltak i sykehuset (LEAN-nettverket).
- Sykehuset har en positiv utvikling i meldekultur sett i forhold til uønskede hendelser. Det er samtidig ingen urovekkende utvikling i de ulike kategoriene av pasienthendelser sammenlignet med tidligere år. Brukerundersøkelsen som gjennomføres kontinuerlig viser også at pasientene i >80% av besvarelsene er positivt fornøyd med behandlingen og tjenestene som sykehuset gir.
- Sykehuset følger også opp både interne og eksterne revisjons- og tilsynsmyndigheters pålegg for å trygge og sikre både pasienter og ansatte. Med økte krav om forbedring av driften er det viktig å sikre en fortsatt god kvalitet i helsetjeneste til pasientene og en tilfredsstillende arbeidssituasjon for de ansatte.

8.3. Kvalitetssystemet - vurderinger og forbedringer i 1. tertial 2017

Kvalitetssystemets ulike elementer skal gjennomgås og eventuelt forbedres med jevne mellomrom. I vedlegg 4 er en orientering om de aktiviteter og justeringer som er gjennomført 1. tertial 2017.

Styresak 43/2017 Tabellvedlegg – månedsrapport mai 2017

Oslo universitetssykehus HF
OUS HF

Rapporteringsperiode: Mai 2017
(Bemanningsstall til og med juni 2017)

Tabellvedlegg

Rapporten viser enkelte indikatorer for driften ved Oslo universitetssykehus HF

1. [Innhold i tabellvedlegg](#)
2. [Styringsmål 2017](#)
3. [Pasientbehandling](#)
 - 3.1 Aktivitet
 - 3.2 Ventelisteutvikling
 - 3.3 Fristbrudd
4. [Økonomi og finans](#)
 - 4.1 Økonomisk resultat OUS
 - 4.2 Økonomisk resultat klinikker
 - 4.3 Datterselskap, investeringer og likviditet

[5 Bemanning](#)

- 5.1 Bemanningsutvikling – graf OUS
- 5.2 Bemanningsindikatorer, internt finansierte
- 5.3 Brutto månedsverk (eks. e.f.) på stillingskategorier
- 5.4 Andel deltid per klinikk
- 5.5 Utvikling sykefravær
- 5.6 Sykefravær per klinikk

Definisjoner årsverksindikatorer

[Følgende klinikkbetegnelser er brukt i tabeller/grafar:](#)

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

[Andre forkortelser og begrep:](#)

HIÅ: Hittil i år

Status per mnd: Akkumulerte tall

PHV: Psykisk helsevern

VOP: Voksenpsykiatri

BUP: Barne- og ungdomspsykiatri

TSB: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

2. Styringsmål 2017 (fra oppdrag og bestilling)

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

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

Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

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

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

- Mål 2017:
 1. Andelen sykehusinfeksjoner skal være mindre enn i 2016 og under 3 %.
 2. Minst 20% av pasientene med hjerneinfarkt får trombolysebehandling innen 40 minutter etter innleggelse.
 3. Ingen koridorpasienter.
 4. Minst 30% av dialysepasientene får hjemmedialyse.
 5. 30% reduksjon i forbruk av bredspektret antibiotika i sykehus i 2020 sammenlignet med 2012.
- 1.5 % av pasientene skal bære inkludert i klinisk forskning.
- Sikre at utdanning og kompetanse er i samsvar med helseforetakenes fremtidige behov.
- Standardisering av elektronisk pasientjournal og videre innføring av regionale løsninger innen kurve og medikasjon, radiologi og laboratoriemedisin.
- Etablere en moderne IKT-infrastruktur som legger til rette for innføring av regionale kliniske løsninger.

Følges opp gjennom månedlig, tertialvis og årlig rapportering

2. Styringsmål 2017 - rapportering

| Styringsmål 2017 | Mål 2017 | Rapporteres: | | |
|--|---|--------------|---------|-------|
| | | Måned | Tertial | Årlig |
| Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen | 1 Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres i alle helseforetak sammenlignet med 2016, og skal være under 45 dager for psykisk helsevern/TSB og under 60 dager for somatikk | X | | |
| | 2 Ingen fristbrudd. | X | | |
| | 3 Andelen nye kreftpasienter i pakkeforløp skal være minst 70 %. | X | | |
| | 4 Minst 70 % av pakkeforløpene for kreftpasienter er gjennomført innen standard forløpstid. | X | | |
| | 5 Variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom sykehusene er redusert. | | | X |
| | * Sikre god drift og budsjetterte resultat for å kunne gjennomføre investeringer i bygg og utstyr. | X | | |
| | * Riktig bruk av avtalespesialister og private leverandører; bedre utnyttelse og tettere samhandling med helseforetakene. | | | X |
| Prioritere psykisk helsevern og TSB | 1 Det er høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatisk helsetjeneste. | | | X |
| | 2 Antall tvangsinnleggelse er redusert - i samarbeid med kommunene, sammenlignet med 2016. | | X | |
| | 3 Antall pasienter i døgntilrettelagt behandling som har minst ett tvangsmiddelvedtak, er redusert. | | X | |
| | 4 Sikre færrest mulig avbrudd i døgntilrettelagt behandling for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. | | X | |
| Bedre kvalitet og pasientsikkerhet | 1 Andelen sykehusinfeksjoner skal være mindre enn i 2016 og under 3 %. | | X | |
| | 2 Minst 20 % av pasienten med hjerneinfarkt får trombolysebehandling innen 40 minutter etter innleggelse. | | X | |
| | 3 Ingen korridorpasienter. | X | | |
| | 4 Minst 30 % av dialysepasientene får hjemmedialyse. | | | X |
| | 5 30 % reduksjon i forbruk av bredspektret antibiotika i sykehus i 2020 sammenlignet med 2012. | | | X |
| | * 5 % av pasientene skal være involvert i klinisk forskning. | | | X |
| | * Sikre at utdanning og kompetanse er i samsvar med helseforetakenes fremtidige behov. | | | X |
| | * Standardisering av elektronisk pasientjournal og videre innføring av regionale løsninger innen kurve og medikasjon, radiologi og laboratoriemedisin. | | | X |
| | * Etablere en moderne IKT- infrastruktur som legger til rette for innføring av regionale kliniske løsninger. | | | X |

3.1 Aktivitet somatikk (DRG-poeng)

| Oppdatert per 6/6-2017 | | | | | | |
|--|----------------|--------------|-------------|---------------|--------------------|--------------|
| Periode: MAI 2017 | Periodens tall | | Hittil i år | | Sammenligning 2016 | |
| Klinikk | Avvik | Avvik i % | Avvik | Avvik i % | Endring | i % |
| Medisinsk klinikk | -98 | -4,1 % | -788 | -6,6 % | -417 | -3,6 % |
| Hode, hals og rekonstruktiv kirurgi | 172 | 9,1 % | 75 | 0,8 % | 739 | 8,0 % |
| Nevroklinikken | 201 | 8,8 % | 175 | 1,5 % | 722 | 6,7 % |
| Ortopedisk klinikk | 43 | 2,3 % | -75 | -0,8 % | 605 | 7,5 % |
| Barne- og ungdomsklinikken | -102 | -7,9 % | -287 | -4,5 % | -111 | -1,8 % |
| Kvinneklinikken | -94 | -4,8 % | -588 | -6,3 % | -542 | -5,8 % |
| Kirurgi, inflammasjonsmedisin og transpl | 166 | 5,8 % | 85 | 0,6 % | 288 | 2,0 % |
| Kreftklinikken | 95 | 3,6 % | 217 | 1,7 % | 628 | 5,0 % |
| Hjerte-, lunge- og karklinikken | 7 | 0,2 % | 493 | 3,4 % | 747 | 5,3 % |
| Akuttklinikken | -47 | -21,9 % | -307 | -26,0 % | -217 | -19,9 % |
| Laboratoriemedisin | 1 | 6,3 % | -4 | -5,0 % | 9 | 13,4 % |
| SUM TOTALT | 484 | 2,4 % | -419 | -0,4 % | 2 452 | 2,5 % |

- Estimat for forventet etterregistrering er inkludert med 315 DRG-poeng.
- Ved sammenligning med 2016 er 2016-data fremstilt med vektorer og logikk for 2017.

3.1 Aktivitet – psykisk helsevern

| Rapporteringsperiode: MAI 2017 | Denne periode | | | | Hittil i år | | | | 2017 mot 2016 | |
|---|---------------|----------|------|--------|-------------|----------|-------|--------|---------------|--------|
| Oslo universitetssyke hus HF | Resultat | Budsjett | Awik | % | Hittil i år | Budsjett | Awik | % | Endring | % |
| Psykisk helsevern - voksen | | | | | | | | | | |
| Antall utskrevne pasienter døgntil behandling | 174 | 156 | 18 | 11,5 % | 860 | 757 | 103 | 13,6 % | 41 | 5,0 % |
| Antall liggedøgn døgntil behandling | 5 950 | 6 097 | -147 | -2,4 % | 30 989 | 29 863 | 1 126 | 3,8 % | 57 | 0,2 % |
| Antall polikliniske konsultasjoner | 9 769 | 9 207 | 562 | 6,1 % | 47 672 | 45 673 | 1 999 | 4,4 % | 3 103 | 7,0 % |
| Psykisk helsevern - barn og unge | | | | | | | | | | |
| Antall utskrevne pasienter døgntil behandling | 14 | 13 | 1 | 7,7 % | 72 | 63 | 9 | 14,3 % | -3 | -4,0 % |
| Antall liggedøgn døgntil behandling | 581 | 478 | 103 | 21,5 % | 2 747 | 2 436 | 311 | 12,8 % | 226 | 9,0 % |
| Antall oppholdsdager dagbehandling | 325 | 279 | 46 | 16,5 % | 1 475 | 1 415 | 60 | 4,2 % | 14 | 1,0 % |
| Antall polikliniske konsultasjoner | 4 485 | 4 683 | -198 | -4,2 % | 21 400 | 21 782 | -382 | -1,8 % | 340 | 1,6 % |
| TSB | | | | | | | | | | |
| Antall utskrevne pasienter døgntil behandling | 213 | 190 | 23 | 12,1 % | 942 | 949 | -7 | -0,7 % | 17 | 1,8 % |
| Antall liggedøgn døgntil behandling | 2 161 | 2 129 | 32 | 1,5 % | 10 146 | 10 449 | -303 | -2,9 % | -664 | -6,1 % |
| Antall polikliniske konsultasjoner | 2 113 | 2 198 | -85 | -3,9 % | 10 955 | 10 661 | 294 | 2,8 % | 494 | 4,7 % |

3.1 Aktivitet radiologi per modalitet

Vektede aktivitetstall

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

| | Vekter (NCRP-vekt) | Mnd 2016 | Mnd 2017 | HiÅ 2016 | HiÅ 2017 | %-vis endring 2016-2017 Mnd | %-vis endring 2016-2017 HiÅ |
|---------------|--------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Modalitet | | H | H | H | H | H | H |
| Angio | 25,8 | 6 011 | 6 811 | 30 238 | 34 108 | 13,3 % | 12,8 % |
| CT | 9,9 | 56 668 | 60 598 | 273 230 | 285 298 | 6,9 % | 4,4 % |
| MG | 17,3 | - | - | - | - | | |
| MR | 16,1 | 46 304 | 51 584 | 236 235 | 247 988 | 11,4 % | 5,0 % |
| NM | 12,3 | 6 654 | 6 765 | 36 039 | 34 169 | 1,7 % | -5,2 % |
| PET | 37,1 | 15 730 | 17 066 | 85 738 | 81 249 | 8,5 % | -5,2 % |
| RG | 1 | 14 447 | 14 537 | 71 052 | 71 473 | 0,6 % | 0,6 % |
| UL | 1,9 | 6 388 | 6 137 | 32 178 | 29 878 | -3,9 % | -7,2 % |
| Totalt | | 152 202 | 163 499 | 764 711 | 784 163 | 7,4 % | 2,5 % |

H = henvisninger

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

MG = mammografi

NM = nukleærmedisin

RG = konvensjonell røntgen

3.1 Aktivitet PO/Intensiv – intensivpasienter (Akuttklinikken)

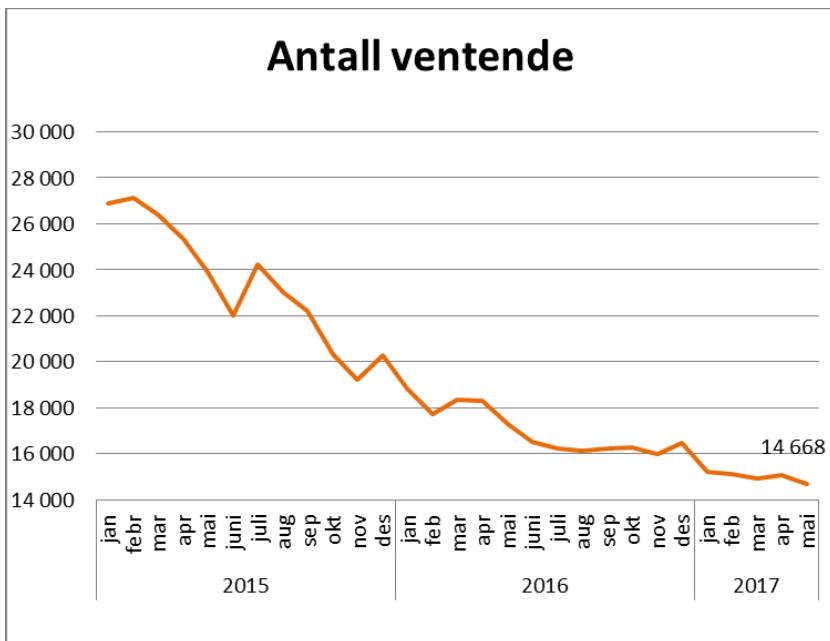
| Klinikk | Aktivitet | Mai 2017 | Akkumulert aktivitet Mai 2017 | Mai 2016 | Akkumulert aktivitet Mai 2016 | Akkumulert endring 2016-2017 | Endring 2016-2017 i % |
|---------|----------------------------------|------------|-------------------------------|------------|-------------------------------|------------------------------|-----------------------|
| | Antall intensivpasienter | 261 | 1 298 | 264 | 1 330 | -32 | -2,4 % |
| | Antall intensivdøgn | 1 263 | 6 033 | 1 213 | 6 078 | -45 | -0,7 % |
| | Antall respiratordøgn: | | | | | | |
| | Barneintensiv, RH | 83 | 409 | 107 | 461 | -52 | -11,3 % |
| | Generell Intensiv UL | 202 | 956 | 199 | 843 | 113 | 13,4 % |
| | Generell int 1, RH | 230 | 977 | 196 | 1 042 | -65 | -6,2 % |
| | Generell int 2, RH | 112 | 511 | 72 | 496 | 15 | 3,0 % |
| | Nevrointensiv, Ullevål | 122 | 576 | 91 | 528 | 48 | 9,1 % |
| | PO, Aker | 0 | 2 | - | 5 | -3 | |
| | PO, Radium | 2 | 30 | 17 | 60 | -30 | -50,0 % |
| | PO, RH | 0 | 3 | - | - | 3 | |
| | PO, Ullevål | 11 | 66 | 18 | 78 | -12 | -15,4 % |
| | SUM Antall respiratordøgn | 762 | 3 530 | 700 | 3 513 | 17 | 0,5 % |

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

3.1 Aktivitet PO/INTENSIV – PO-pasienter (Akuttklinikken)

| Klinikk | Aktivitet | Mai 2017 | Akkumulert aktivitet Mai 2017 | Mai 2016 | Akkumulert aktivitet Mai 2016 | Akkumulert endring 2016-2017 | Endring 2016-2017 i % |
|-------------------------------|--|--------------|-------------------------------|--------------|-------------------------------|------------------------------|-----------------------|
| Antall PO-pasienter | | | | | | | |
| | Barneintensiv, RH | 33 | 213 | 52 | 238 | -25 | -10,5 % |
| | Generell Intensiv UL | 11 | 81 | 8 | 57 | 24 | 42,1 % |
| | Generell int 1, RH | 22 | 103 | 36 | 109 | -6 | -5,5 % |
| | Generell int 2, RH | 26 | 114 | 30 | 142 | -28 | -19,7 % |
| | Nevrointensiv, Ullevål | 6 | 39 | 16 | 70 | -31 | -44,3 % |
| | PO, Aker | 488 | 2 383 | 441 | 2 208 | 175 | 7,9 % |
| | PO, Radium | 267 | 1 295 | 245 | 1 183 | 112 | 9,5 % |
| | PO, RH | 942 | 4 764 | 921 | 4 724 | 40 | 0,8 % |
| | PO, Ullevål | 444 | 2 124 | 422 | 2 071 | 53 | 2,6 % |
| | Sum antall PO-pasienter | 2 239 | 11 116 | 2 171 | 10 802 | 314 | 2,9 % |
| Liggedøgn PO-pasienter | | | | | | | |
| | Barneintensiv, RH | 8 | 50 | 14 | 57 | -7 | -12,3 % |
| | Generell Intensiv UL | 3 | 34 | 4 | 28 | 6 | 21,4 % |
| | Generell int 1, RH | 7 | 30 | 10 | 26 | 4 | 15,4 % |
| | Generell int 2, RH | 8 | 35 | 7 | 38 | -3 | -7,9 % |
| | Nevrointensiv, Ullevål | 3 | 18 | 9 | 38 | -20 | -52,6 % |
| | PO, Aker | 84 | 448 | 89 | 436 | 12 | 2,8 % |
| | PO, Radium | 60 | 285 | 57 | 282 | 3 | 1,1 % |
| | PO, RH | 114 | 555 | 116 | 595 | -40 | -6,7 % |
| | PO, Ullevål | 128 | 591 | 117 | 587 | 4 | 0,7 % |
| | Sum antall liggedøgn PO-pasienter | 415 | 2 046 | 423 | 2 087 | -41 | -2,0 % |

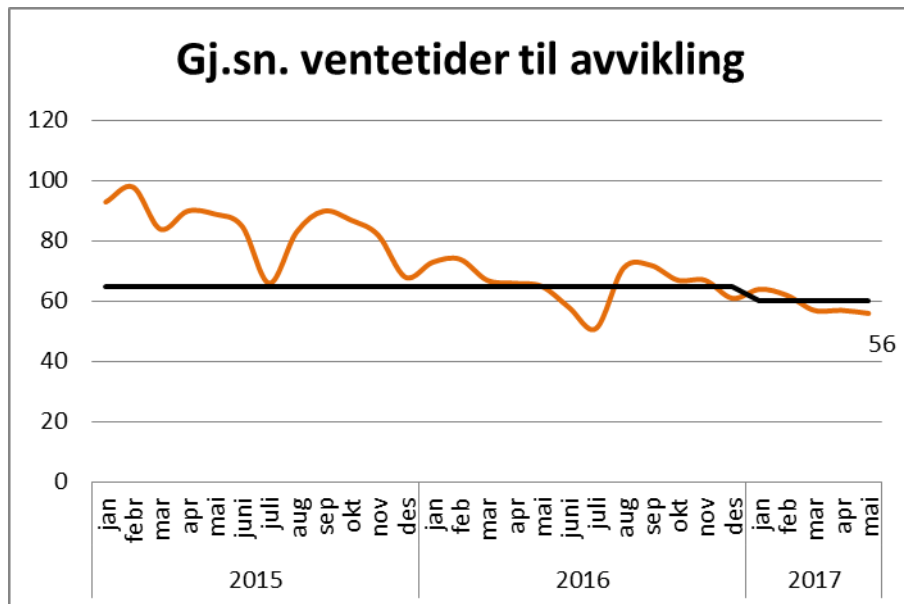
3.2 Ventelisteutvikling – antall ventende



| Antall ventende | 2016 | | | | 2017 | | | |
|----------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | feb | mar | apr | mai | feb | mar | apr | mai |
| PHA | 503 | 542 | 527 | 473 | 640 | 601 | 609 | 597 |
| MED | 2 081 | 2 214 | 2 167 | 2 080 | 2 160 | 2 187 | 2 149 | 2 117 |
| HHA | 2 533 | 2 473 | 2 476 | 2 194 | 2 171 | 2 108 | 2 199 | 2 147 |
| NVR | 1 519 | 1 464 | 1 565 | 1 574 | 1 707 | 1 750 | 1 713 | 1 557 |
| OPK | 1 781 | 1 722 | 1 703 | 1 608 | 1 613 | 1 435 | 1 492 | 1 518 |
| BAR | 735 | 822 | 761 | 678 | 699 | 665 | 694 | 668 |
| KVI | 1 412 | 1 437 | 1 277 | 1 030 | 925 | 972 | 1 029 | 1 051 |
| KIT | 4 871 | 5 446 | 5 620 | 5 627 | 3 249 | 3 249 | 3 237 | 3 254 |
| KRE | 357 | 407 | 362 | 345 | 322 | 401 | 441 | 348 |
| HLK | 1 389 | 1 263 | 1 261 | 1 145 | 889 | 727 | 703 | 658 |
| AKU | 80 | 84 | 105 | 105 | 100 | 126 | 124 | 108 |
| KLM | 485 | 462 | 477 | 448 | 634 | 692 | 699 | 644 |
| Sum klinikker | 17 746 | 18 336 | 18 301 | 17 307 | 15 109 | 14 913 | 15 090 | 14 668 |
| Diff vs. 2016 | | | | | | | | -2 639 |
| Diff % | | | | | | | | -15 % |

Antall ventende = ikke avviklede henvisningsperioder

3.2 Gjennomsnittlige ventetider til avvikling

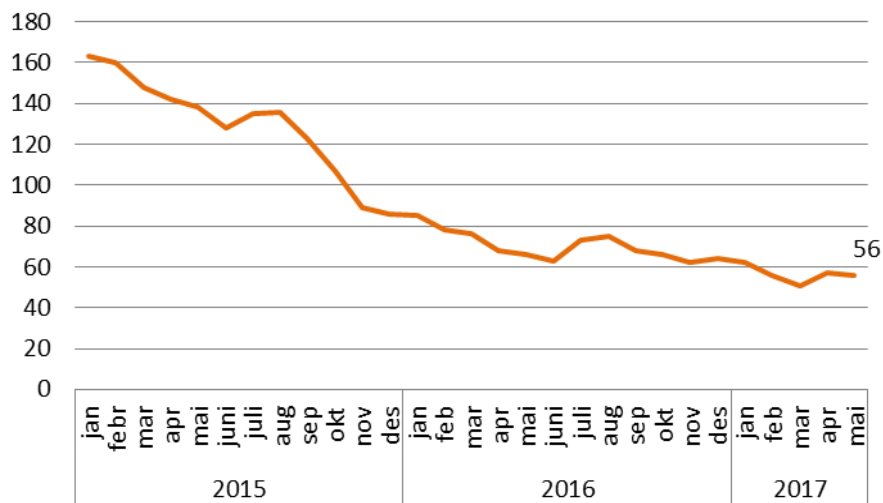


| Gj.sn. v.tid til avvikling | 2016 | | | | 2017 | | | |
|----------------------------|------|-----|-----|-----|------|-----|-----|-------|
| | feb | mar | apr | mai | feb | mar | apr | mai |
| PHA | 41 | 41 | 46 | 47 | 53 | 45 | 48 | 50 |
| MED | 70 | 60 | 58 | 63 | 56 | 55 | 57 | 59 |
| HHA | 91 | 86 | 83 | 84 | 56 | 52 | 49 | 57 |
| NVR | 62 | 57 | 57 | 60 | 57 | 55 | 61 | 57 |
| OPK | 111 | 99 | 94 | 88 | 107 | 76 | 76 | 67 |
| BAR | 69 | 72 | 68 | 63 | 62 | 62 | 71 | 65 |
| KVI | 71 | 63 | 74 | 73 | 59 | 55 | 49 | 54 |
| KIT | 74 | 66 | 65 | 56 | 66 | 63 | 65 | 56 |
| KRE | 30 | 30 | 26 | 33 | 34 | 28 | 34 | 35 |
| HLK | 112 | 105 | 111 | 92 | 106 | 93 | 75 | 60 |
| AKU | 89 | 58 | 51 | 64 | 57 | 52 | 54 | 64 |
| KLM | 34 | 30 | 32 | 29 | 34 | 32 | 37 | 37 |
| OUS | 74 | 67 | 66 | 65 | 62 | 57 | 57 | 56 |
| Diff vs. 2016 | | | | | | | | -9 |
| Diff % | | | | | | | | -14 % |

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

3.2 Gjennomsnittlige ventetider ventende

Gj.sn. ventetider ventende

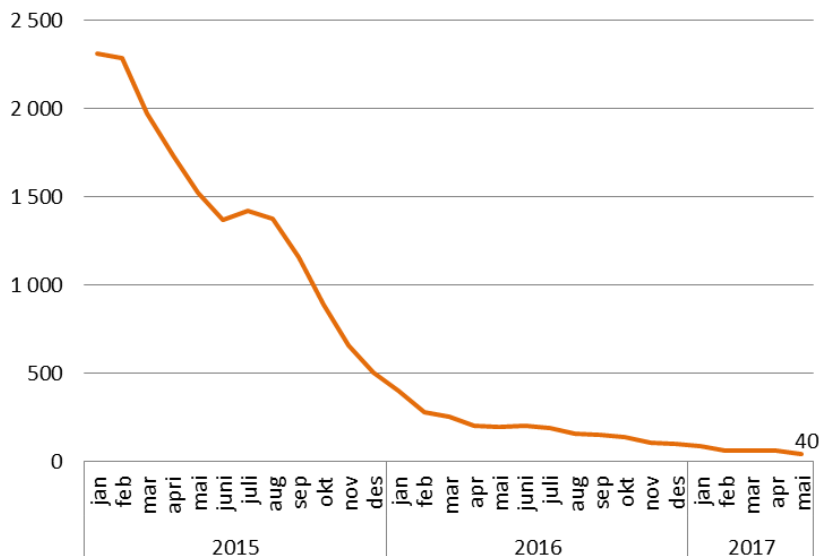


| Gj.sn. v.tid ventende | 2016 | | | | 2017 | | | |
|-----------------------|------|-----|-----|-----|------|-----|-----|-------|
| | feb | mar | apr | mai | feb | mar | apr | mai |
| PHA | 37 | 37 | 32 | 37 | 34 | 33 | 42 | 36 |
| MED | 56 | 54 | 53 | 53 | 51 | 47 | 54 | 52 |
| HHA | 146 | 132 | 103 | 91 | 62 | 58 | 64 | 68 |
| NVR | 55 | 57 | 48 | 45 | 43 | 41 | 45 | 42 |
| OPK | 121 | 117 | 104 | 105 | 82 | 79 | 79 | 78 |
| BAR | 66 | 64 | 58 | 64 | 51 | 49 | 56 | 50 |
| KVI | 67 | 70 | 60 | 55 | 46 | 43 | 55 | 46 |
| KIT | 58 | 63 | 63 | 65 | 57 | 53 | 58 | 59 |
| KRE | 27 | 32 | 28 | 40 | 70 | 43 | 49 | 55 |
| HLK | 90 | 89 | 77 | 72 | 79 | 57 | 51 | 52 |
| AKU | 43 | 37 | 36 | 41 | 38 | 34 | 52 | 47 |
| KLM | 31 | 36 | 31 | 33 | 33 | 37 | 43 | 44 |
| OUS | 78 | 76 | 68 | 66 | 56 | 51 | 57 | 56 |
| Diff vs. 2016 | | | | | | | | -10 |
| Diff % | | | | | | | | -15 % |

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

3.2 Langtidsventende (≥ 12 mnd)

Ventende ≥ 12 mndr.



| Antall ventet ≥ 1 år | 2016 | | | | 2017 | | | |
|------------------------------|------------|------------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | feb | mar | apr | mai | feb | mar | apr | mai |
| PHA | - | - | - | - | - | - | 3 | - |
| MED | 12 | 9 | 7 | 3 | - | 1 | 1 | 1 |
| HHA | 181 | 149 | 101 | 75 | 11 | 11 | 16 | 16 |
| NVR | 3 | 4 | 4 | 4 | 1 | 5 | 1 | 1 |
| OPK | 65 | 65 | 66 | 82 | 23 | 20 | 18 | 12 |
| BAR | 1 | 2 | - | 1 | - | - | 2 | - |
| KVI | 5 | 4 | 1 | 5 | 6 | 3 | 5 | - |
| KIT | 9 | 14 | 17 | 18 | 10 | 7 | 4 | 6 |
| KRE | - | 3 | 1 | 6 | 7 | 5 | 6 | 2 |
| HLK | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 3 | 4 | 2 |
| AKU | - | - | - | - | - | - | 1 | - |
| KLM | 0 | 0 | 0 | 0 | - | 3 | 1 | - |
| Sum | 278 | 251 | 200 | 196 | 60 | 58 | 62 | 40 |
| Diff vs. 2016 | | | | | | | | -156 |
| Diff % | | | | | | | | -80 % |

3.3 Fristbrudd

| Fristbrudd ordinært avviklede | 2016 | | | | 2017 | | | | |
|-------------------------------------|--------|-----|-----|-----|--------|-----|-----|------|-------|
| | Antall | | | | Antall | | | | Andel |
| | feb | mar | apr | mai | feb | mar | apr | mai | mai |
| PHA | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | - | 2 | 0,6 % |
| MED | 6 | 6 | 4 | 6 | 3 | 1 | 7 | 3 | 0,3 % |
| HHA | 2 | 2 | 2 | 5 | 3 | 6 | - | 6 | 0,5 % |
| NVR | 23 | 4 | 4 | 8 | 6 | 5 | 3 | 5 | 0,6 % |
| OPK | 4 | 1 | 7 | 1 | 1 | 5 | 2 | 1 | 0,2 % |
| BAR | 1 | 3 | 3 | 2 | 4 | 8 | 7 | 20 | 6,1 % |
| KVI | 2 | - | - | 1 | 4 | 3 | 3 | 1 | 0,2 % |
| KIT | 20 | 23 | 48 | 13 | 14 | 18 | 21 | 36 | 2,6 % |
| KRE | 13 | 25 | 30 | 37 | 6 | 12 | 19 | 14 | 3,7 % |
| HLK | 4 | - | - | 2 | 1 | 4 | 2 | 1 | 0,3 % |
| AKU | - | - | - | - | - | - | - | - | 0,0 % |
| KLM | - | - | - | - | - | - | - | - | 0,0 % |
| Sum | 77 | 65 | 100 | 76 | 43 | 64 | 65 | 91 | 1,3 % |
| Endr fra 2016 | | | | | | | | 15 | |
| Endr i % | | | | | | | | 20 % | |

| Fristbrudd ventende | 2016 | | | | 2017 | | | | |
|------------------------|--------|-----|-----|-----|--------|-----|-----|------|-------|
| | Antall | | | | Antall | | | | Andel |
| | feb | mar | apr | mai | feb | mar | apr | mai | mai |
| PHA | - | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | - | - | 0,0 % |
| MED | - | 1 | 1 | 2 | 2 | 5 | 1 | - | 0,0 % |
| HHA | 1 | 2 | 1 | 4 | 1 | 1 | - | 4 | 0,2 % |
| NVR | 4 | 2 | 2 | - | 3 | 1 | 3 | 3 | 0,2 % |
| OPK | 1 | 4 | - | 5 | 3 | 3 | - | 2 | 0,1 % |
| BAR | 1 | 5 | 1 | 4 | 4 | 6 | 20 | 3 | 0,4 % |
| KVI | - | 1 | - | 1 | - | - | - | - | 0,0 % |
| KIT | 10 | 26 | 3 | 16 | 16 | 23 | 30 | 37 | 1,1 % |
| KRE | 5 | 6 | 2 | 11 | 11 | 9 | 20 | 5 | 1,4 % |
| HLK | 1 | 2 | 1 | 1 | - | 5 | 3 | 4 | 0,6 % |
| AKU | - | - | - | - | - | - | - | - | 0,0 % |
| KLM | - | - | - | 1 | 1 | 1 | - | - | 0,0 % |
| Sum | 23 | 50 | 12 | 46 | 44 | 55 | 78 | 59 | 0,4 % |
| Endr fra 2016 | | | | | | | | 13 | |
| Endr i % | | | | | | | | 28 % | |

Fristbrudd avviklede: Frist var overskredet på tidspunkt for avvikling.

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

Sammenligningstall for 2016 er slik de inngikk i rapporteringen gjennom fjoråret.

4.1 Økonomisk resultat

| Tall i hele 1000 kr | Budsjett 2017 | Mai | | | | Hittil i 2017 | | | |
|---|----------------|---------------|---------------|----------------|--------------|---------------|------------------|----------------|---------------|
| | | Resultat | Budsjett | Avvik budsjett | Avvik i % | Resultat | Budsjett | Avvik budsjett | Avvik i % |
| Basisramme | 11 585 683 | 1 029 900 | 1 029 900 | 0 | 0,0 % | 5 035 956 | 5 035 956 | 0 | 0,0 % |
| Aktivtetsbaserte inntekter | 8 155 273 | 718 899 | 699 850 | 19 048 | 2,7 % | 3 468 944 | 3 493 889 | -24 945 | -0,7 % |
| Andre inntekter | 2 435 669 | 276 354 | 211 150 | 65 204 | 30,9 % | 1 152 439 | 1 058 638 | 93 801 | 8,9 % |
| Sum driftsinntekter | 22 176 625 | 2 025 153 | 1 940 901 | 84 253 | 4,3 % | 9 657 339 | 9 588 483 | 68 856 | 0,7 % |
| Lønn -og innleiekostnader | 15 324 383 | 1 395 255 | 1 372 210 | -23 045 | -1,7 % | 6 758 097 | 6 692 062 | -66 035 | -1,0 % |
| Kjøp av helsetjenester | 471 052 | 54 823 | 39 268 | -15 556 | -39,6 % | 199 057 | 196 187 | -2 870 | -1,5 % |
| Varekostnader mv | 2 409 726 | 207 612 | 202 753 | -4 859 | -2,4 % | 1 034 530 | 1 014 256 | -20 274 | -2,0 % |
| Andre driftskostnader | 3 729 312 | 347 544 | 306 000 | -41 544 | -13,6 % | 1 640 069 | 1 578 655 | -61 414 | -3,9 % |
| Sum driftskostnader | 21 934 473 | 2 005 234 | 1 920 231 | -85 004 | -4,4 % | 9 631 753 | 9 481 160 | -150 593 | -1,6 % |
| Driftsresultat | 242 152 | 19 919 | 20 670 | -751 | 0,0 % | 25 586 | 107 323 | -81 737 | -0,9 % |
| Netto finans | 7 848 | 1 430 | 163 | 1 267 | 777,1 % | 13 174 | -3 157 | 16 331 | 517,3 % |
| Resultat OUS | 250 000 | 21 349 | 20 833 | 516 | 0,0 % | 38 759 | 104 166,0 | -65 407 | -0,7 % |
| Endrede pensjonskostnader | | 6 757 | 0 | 6 757 | | 15 764 | 0 | 15 764 | |
| Resultat justert for endret pensj.kost | 250 000 | 28 106 | 20 833 | 7 273 | 0,4 % | 54 523 | 104 166 | -49 643 | -0,5 % |

4.1 Kommentarer til resultat per ØBAK-linje

| Art_ØBAK | Resultat | Budsjett | Avvik | Kommentarer til de største avvikene |
|---|-------------------------|------------------|-----------------|--|
| Basisramme | 5 003 716 | 5 003 716 | 0 | |
| Kvalitetsbasert finansiering | 32 240 | 32 240 | 0 | |
| ISF egne pasienter | 1 652 297 | 1 662 166 | -9 869 | Deler av det negative aviket (12 mnok) skyldes lavere aktivitet enn forventet, hovedsakelig ved Medisinsk klinikk. |
| ISF somatisk poliklinisk aktivitet | 353 012 | 348 374 | 4 638 | Kvinneklinikken og Barne- og ungdomsklinikken. Deler av det negative aviket kan også relateres til lavere DRG-inntekt fra de nye legemidlene som ble overført fra folketrygden fra og med 2017. Innen PHA er det et negativt avik på om lag 3 mnok per mai og gjelder både VOP, BUP og TSB. |
| ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB | 23 402 | 26 181 | -2 779 | |
| ISF-refusjon pasientadministrerte lege | 24 070 | 30 806 | -6 736 | |
| Utskrivningsklare pasienter | 1 356 | 857 | 499 | Antall utskrivningsklare pasienter er noe høyere enn forventet, derfor også noe høyere inntekt. |
| Gjestepasienter | 276 227 | 274 516 | 1 711 | Inntekter for pasienter fra andre regioner er 2 mnok lavere enn budsjettet og gjelder både innen somatikken og PHA. |
| Salg av konserninterne helsetjenester | 849 973 | 875 023 | -25 050 | Samlede konserninterne gjestepasientinntekter er 25 mnok lavere enn budsjettet per mai. Om lag 3 mnok av aviket kan relateres til lab/rad-området. Resten av aviket gjelder somatikken for øvrig. |
| Polikliniske inntekter | 288 608 | 275 965 | 12 643 | De polikliniske inntektene er om lag 13 mnok høyere enn budsjettet per mai. PHA har et negativt avik på om lag 1,3 mnok, Klinikk for Laboratoriemedisin har et positivt avik på om lag 10mnok og somatikken for øvrig har også et lite positivt avik. |
| Øremerkede tilskudd raskere tilbake | 24 528 | 26 304 | -1 775 | Det er inntektsført noe lavere inntekter enn budsjettet for Raskere tilbake. Aviket gjelder i all hovedsak Kreftklinikken. |
| Andre øremerkede tilskudd | 576 204 | 588 997 | -12 793 | Inntektene føres i takt med faktisk forbruk (kostnadene). |
| Andre driftsinntekter | 551 707 | 443 337 | 108 369 | Positivt avik på om lag 108 mnok gjelder bl.a. tilskudd fra private (som salderes under "andre øremerkede tilskudd" og må ses i sammenheng med denne ØBAK-linjen), høyere salgs- og leieinntekter og refusjon av egenandeler fra HELFO (blant annet innenfor pasienreiser). Det er også flere andre små positive avik som fordeler seg over flere poster som bidrar til det positive aviket. |
| Sum driftsinntekter | 9 657 339 | 9 588 483 | 68 856 | |
| Kjøp av off helsetjenester | 21 572 | 18 377 | -3 196 | Aviket gjelder i hovedsak kjøp av laboratorietjenester fra private. |
| Kjøp av private helsetjenester | 144 994 | 149 622 | -4 628 | Kostnadene til kjøp av private helsetjenester er om lag 5 mnok lavere enn budsjettet og kan i all hovedsak relateres til kjøp av behandling i utlandet. |
| Varekostnader | 1 034 530 | 1 014 256 | -20 274 | Varekostnadene er 20 mnok høyere enn budsjettet. Det er bl. a.høyere kostnader enn budsjettet vedr kjøp av apotekvarer og andre medisinske forbruksvarer. |
| Innleid arbeidskraft | 84 694 | 62 310 | -22 384 | Innleiekostnadene er om lag 22 mnok høyere enn budsjettet og 4 mnok høyere enn på samme tid i fjor. |
| Kjøp av konserninterne helsetjenester | 32 491 | 28 189 | -4 302 | De totale kostnadene til kjøp av konserninterne helsetjenester er om lag 4 mnok høyere enn budsjettet per mai. Aviket gjelder i hovedsak somatikken - både kurdøgn og døgn/poliklinikk. |
| Lønn til fast ansatte | 4 699 658 | 4 705 921 | -6 263 | De samlede lønnskostnadene er om lag 44 mnok høyere enn budsjettet per mai. I resultatet inngår 16 mnok i høyere pensjonskostnader enn forutsatt i budsjettet. Korrigert for dette er aviket 28 mnok. Deler av dette kan relateres til aktivitet med øremerket finansiering. Justering av avsetninger fra 2016 og høyere lønnsrefusjoner enn budsjettet gjør at aviket fremstår som noe mindre enn det ellers ville gjort. |
| Overtid og ekstrahjelp | 542 619 | 453 754 | -88 866 | |
| Pensjon | 921 662 | 905 898 | -15 764 | |
| Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft | -330 202 | -282 035 | -48 168 | |
| Annen lønn | 839 666 | 846 213 | -6 548 | |
| Avskrivninger | 369 402 | 364 958 | -4 445 | Avskrivningene er om lag 4 mnok høyere enn budsjettet. Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for ibrukttagelse. |
| Andre driftskostnader | 1 270 666 | 1 213 697 | -56 969 | Andre driftskostnader er 56 mnok høyere enn budsjettet. En stor del av aviket gjelder øremerkede midler, som har tilsvarende høyere inntekter. Avik knyttet til ordinær drift består av flere mindre avik på flere poster. Bl.a. høyere energiutgifter enn budsjettet (om lag 6 mnok). I aviket inngår også lavere IKT-kostander enn budsjettet. |
| Sum driftskostnader | 9 631 753 | 9 481 160 | -150 593 | |
| Finansinntekter | -36 012 | -20 689 | -15 323 | Positiv netto finans kommer i hovedsak som følge av positivt bidrag fra datterselskap (SMOS). |
| Finanskostnader | 22 838 | 23 846 | -1 008 | |
| Netto finans | -13 174 | 3 157 | 16 331 | |
| TOTALT | 38 759 | 104 166 | -65 407 | |
| | | | | |
| | Avvik korr. for pensjon | | -49 643 | |

4.2 Økonomisk resultat – per klinikk

| Rapportering Mai 2017 tall i hele 1000 kr | Mai | | | | Hittil i år | | | |
|--|---------------|---------------|--------------|--------------|---------------|----------------|----------------|---------------|
| Økonomisk resultat | Resultat | Budsjett | Avvik | Avvik i % | Resultat | Budsjett | Avvik | Avvik i % |
| Klinikk psykisk helse og avhengighet | -4 882 | 0 | -4 882 | -2,7 % | -15 678 | 0 | -15 678 | -1,7 % |
| Medisinsk klinikk | -3 340 | 0 | -3 340 | -2,8 % | -25 090 | 0 | -25 090 | -4,4 % |
| Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi | 524 | 0 | 524 | 0,7 % | -2 759 | 0 | -2 759 | -0,8 % |
| Nevroklinikken | -1 279 | -30 | -1 249 | -1,4 % | -5 163 | -147 | -5 016 | -1,2 % |
| Ortopedisk klinikk | -3 302 | 0 | -3 302 | -5,4 % | -8 717 | 0 | -8 717 | -3,0 % |
| Barne- og ungdomsklinikken | -8 945 | 0 | -8 945 | -8,8 % | -24 389 | 0 | -24 389 | -5,2 % |
| Kvinneklinikken | -2 981 | 0 | -2 981 | -5,0 % | -19 037 | 0 | -19 037 | -6,5 % |
| Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon | 365 | 0 | 365 | 0,4 % | -21 342 | 0 | -21 342 | -4,3 % |
| Kreftklinikken | -627 | -62 | -565 | -0,4 % | -3 700 | -292 | -3 408 | -0,4 % |
| Hjerte-, lunge- og karklinikken | -2 241 | 0 | -2 241 | -2,2 % | 9 830 | 0 | 9 830 | 1,9 % |
| Akuttklinikken | -3 506 | 0 | -3 506 | -2,1 % | -13 822 | 0 | -13 822 | -1,7 % |
| Prehospital klinikk | 3 216 | 0 | 3 216 | 3,3 % | 3 307 | 0 | 3 307 | 0,8 % |
| Klinikk for laboratoriemedisin | 2 049 | 0 | 2 049 | 1,3 % | 2 876 | 0 | 2 876 | 0,4 % |
| Klinikk for radiologi og nukleærmedisin | -1 089 | 0 | -1 089 | -1,5 % | 2 131 | 0 | 2 131 | 0,6 % |
| Kreftregisteret | 0 | 0 | 0 | 0,0 % | 0 | 0 | 0 | 0,0 % |
| Oslo sykehuservice | -5 946 | 0 | -5 946 | -3,0 % | -10 901 | 0 | -10 901 | -1,1 % |
| Direktørens stab | 4 601 | 0 | 4 601 | 3,0 % | 28 499 | 0 | 28 499 | 4,2 % |
| Fellesposter | 46 159 | 20 208 | 25 951 | 29,7 % | 126 071 | 105 586 | 20 485 | 4,9 % |
| Konsern | 2 573 | 717 | 1 856 | | 16 644 | -981 | 17 625 | |
| Sum OUS | 21 349 | 20 833 | 516 | 0,0 % | 38 759 | 104 166 | -65 407 | -0,7 % |
| Sum OUS justert for endret pensj.kostnad | 28 106 | 20 833 | 7 273 | 0,4 % | 54 523 | 104 166 | -49 643 | -0,5 % |

4.2 Kommentarer til klinikkens resultater

| Klinikk | Avvik i mill kr | Overordnet beskrivelse av avvik |
|--|-----------------|---|
| Klinikk psykisk helse og avhengighet | -16 | Klinikken har lavere personalkostnader enn budsjettert, mens høye innleiekostnader, varekostnader og lavere poliklinikk- og gjestepasientinntekter gir til sammen et negativt avvik på 16 mnok per mai. |
| Medisinsk klinikk | -25 | Hittil i år har klinikken et negativt avvik på 10 mnok på driftskostnader (kostnader til biologiske legemidler, kostnader knyttet til dialysepasienter, innleie og lønnskostnader er høyere enn budsjettert). Klinikken har lavere aktivitet enn måltall. Dette gir et negativt inntektsavvik på om lag 16 mnok. |
| Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi | -3 | Klinikken har høyere aktivitet og høyere inntekter enn budsjettert, men også høyere lønns- og varekostnader som følger av høyt aktivitetsnivå. |
| Nevroklinikken | -5 | Klinikkens inntekter er 2,5 mnok høyere enn budsjettert. Dette gjelder bla kurdøgn og poliklinikk. Utgiftssiden viser et merforbruk på 7,5 mnok hvorav hoveddelen skyldes høye lønnskostnader. |
| Ortopedisk klinikk | -9 | Aktiviteten totalt er noe lavere enn budsjettert. Det er noe økte poliklinikkinntekter som følge av fakturering for fysioterapi og håndterapien på legevakten. Høyere lønnskostnader enn budsjettert bidrar til om lag halvparten av merforbruket. Det er også høyere varekostnader enn budsjettert. |
| Barne- og ungdomsklinikken | -24 | Klinikken har merforbruk på innleie, medikamenter og kostnader til høsting av stamceller. Dette i tillegg til lavere aktivitet en plan, bidrar til det negative avviket. |
| Kvinneklinikken | -19 | Hovedårsaken til det negative avviket relateres til lavere aktivitet enn planlagt (færre fødsler). Inntekstsvikket utgjør 15,5 mnok. Om lag 3 mnok skyldes høyere kostnader enn budsjettert (lønnskostnader knyttet til fødeavd. og behandling av IVF-pasienter i København). |
| Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon | -21 | Klinikken har noe høyere ISF-inntekter enn budsjettert og et merforbruk på varekostnader knyttet til medikamenter og implantater, samt høyere lønnskostnader enn budsjettert. svært høye kostnader til blodprodukter grunnet behandling av influensapasienter på starten av året, samt et merforbruk knyttet til intern inneleie bidrar også til det negative resultatet. |
| Kreftklinikken | -3 | Aktiviteten i klinikken per mai er økt med om lag 5,6 % fra fjoråret og er noe over budsjettert nivå. Betydelig avvik på varekostnader medfører at klinikken samlet sett har et merforbruk på 3 mnok. |
| Hjerte-, lunge- og karklinikken | 10 | Klinikken har et positivt akkumulert avvik på inntektssiden pga høy aktivitet på om lag 15 mnok. Aktiviteten isolert sett i mai måned var om lag i balanse. Det er høyere lønns- og varekostnader enn budsjettert. Samlet gir dette et positivt avvik på 10 mnok. |
| Akuttklinikken | -14 | Klinikkens negative resultat kan i hovedsak forklares ved lav DRG-aktivitet ved Smerteklinikken, samt merforbruk på varekostnader og lønn. |
| Prehospital klinikk | 3 | Vesentlig høyere driftsinntekter enn budsjettert henger sammen med inntekter fra egenandeler fra HELFO, som føres med bruttobeløp mot tidligere netto. Lønns- og driftskostnader for øvrig er om lag som budsjettert. |
| Klinikk for laboratoriemedisin | 3 | Resultatet viser et positivt resultat på om lag 3 mnok. I dette inngår positivt avvik relatert til poliklinikkinntekter og lønnskostnader (ubesatte stillinger), men samtidig er varekostnadene høyere enn budsjettert. |
| Klinikk for radiologi og nukleærmedisin | 2 | Aktivitet og tilhørende inntekter er noe under budsjett per mai (hovedsakelig pga PET). Noe lavere lønnskostnader (ubesatte stillinger) og varekostnader enn budsjett gir et positivt avvik på 2 mnok. |
| Oslo sykehusservice | -11 | Klinikken har høyere inntekter fra fakturering av tolketjenester, mens høye energi- og lønnskostnader bidrar negativt. Samlet har klinikken et negativt avvik på om lag 11 mnok. |
| Stab | 28 | Om lag 21 mnok av avviket kan relateres til lavere kostnader enn budsjettert innenfor IKT-området og 7 mnok til øvrig stab - herunder inntekter for utleie av personell mv. |
| Fellesposter / konsern mv | 38 | Datterselskap bidrar positivt med 18 mnok (hovedsakelig SMOS). Økte pensjonskostnader gir et negativt avvik for fellesposter, mens oppløsning av avsetninger fra tidligere år bidrar positivt. |
| Samlet avvik | -65 | Korrigert for økte pensjonskostnader er det et negativt avvik på 50 mnok. |

4.2 Lønnskostnader ekskl. pensjon

| Total lønn ekskl. pensjon i 1000 kr. Eksklusive øremerkede midler | mai 2017 | | | HiÅ | | | HiF | Endring | |
|---|------------------|--------------------|---------------|------------------|--------------------|---------------|------------------|---------------|--------------|
| | Resultat | Avvik fra budsjett | Avvik i % | Resultat | Avvik fra budsjett | Avvik i % | Resultat | I 1000 kr | i % |
| PHA | 143 305 | -2 750 | -2,0 % | 680 378 | 5 187 | 0,8 % | 656 048 | 24 330 | 3,7 % |
| MED | 78 336 | -870 | -1,1 % | 387 326 | -6 525 | -1,7 % | 375 664 | 11 662 | 3,1 % |
| HHA | 45 895 | -422 | -0,9 % | 226 194 | -1 793 | -0,8 % | 226 065 | 129 | 0,1 % |
| NVR | 60 897 | -3 570 | -6,2 % | 291 804 | -9 310 | -3,3 % | 268 504 | 23 300 | 8,7 % |
| OPK | 37 851 | -359 | -1,0 % | 189 226 | -4 371 | -2,4 % | 187 070 | 2 155 | 1,2 % |
| BAR | 58 904 | -668 | -1,1 % | 285 991 | 1 146 | 0,4 % | 293 016 | -7 024 | -2,4 % |
| KVI | 43 338 | -638 | -1,5 % | 211 464 | -2 852 | -1,4 % | 200 912 | 10 552 | 5,3 % |
| KIT | 66 026 | -3 934 | -6,3 % | 323 878 | -18 780 | -6,2 % | 321 010 | 2 868 | 0,9 % |
| KRE | 80 472 | -799 | -1,0 % | 395 958 | -4 978 | -1,3 % | 377 281 | 18 677 | 5,0 % |
| HLK | 60 602 | -2 413 | -4,1 % | 291 809 | -4 827 | -1,7 % | 281 974 | 9 834 | 3,5 % |
| AKU | 122 153 | -2 490 | -2,1 % | 595 099 | -8 410 | -1,4 % | 568 428 | 26 670 | 4,7 % |
| PRE | 48 783 | -434 | -0,9 % | 230 572 | -163 | -0,1 % | 227 163 | 3 409 | 1,5 % |
| KLM | 75 010 | 1 577 | 2,1 % | 369 910 | 7 014 | 1,9 % | 350 945 | 18 966 | 5,4 % |
| KRN | 52 308 | -6 | 0,0 % | 255 966 | 2 588 | 1,0 % | 253 526 | 2 440 | 1,0 % |
| OSS | 86 351 | 511 | 0,6 % | 432 153 | -6 513 | -1,5 % | 422 297 | 9 856 | 2,3 % |
| STAB | 19 747 | 1 656 | 7,7 % | 89 410 | 16 909 | 15,9 % | 91 513 | -2 103 | -2,3 % |
| FPO | 15 468 | 11 986 | 43,7 % | 52 086 | 27 634 | 34,7 % | 109 470 | -57 384 | -52,4 % |
| OUS | 1 095 447 | -3 623 | -0,3 % | 5 309 225 | -8 046 | -0,2 % | 5 210 887 | 98 338 | 1,9 % |

Innføring av nøytral mva fra 1.1.2017 gjør sammenligning av kostnadsutvikling fra 2016 til 2017 ufullstendig.

4.2 Innleie av helsepersonell

| Innleie i 1000 kr. Eksklusive øremerkede | mai 2017 | | | HiÅ | | | HiF | Endring | |
|--|---------------|--------------------|----------------|---------------|--------------------|----------------|---------------|--------------|--------------|
| | Resultat | Avvik fra budsjett | Avvik i % | Resultat | Avvik fra budsjett | Avvik i % | Resultat | I 1000 kr | i % |
| PHA | 714 | -660 | -1234,9 % | 3 549 | -3 281 | -1224,8 % | 1 424 | 2 126 | 149,3 % |
| MED | 1 796 | -591 | -49,1 % | 8 221 | -2 465 | -42,8 % | 5 656 | 2 565 | 45,3 % |
| HHA | 129 | -29 | -29,6 % | 550 | -31 | -5,9 % | 1 202 | -651 | -54,2 % |
| NVR | 2 042 | -16 | -0,8 % | 9 500 | 713 | 7,0 % | 10 136 | -636 | -6,3 % |
| OPK | 1 559 | -738 | -90,0 % | 4 904 | -792 | -19,2 % | 3 395 | 1 509 | 44,5 % |
| BAR | 5 364 | -3 869 | -258,9 % | 22 026 | -14 553 | -194,8 % | 11 617 | 10 409 | 89,6 % |
| KVI | 469 | 158 | 25,2 % | 1 797 | 280 | 13,5 % | 2 031 | -234 | -11,5 % |
| KIT | 983 | -513 | -109,1 % | 3 579 | -1 228 | -52,2 % | 3 341 | 237 | 7,1 % |
| KRE | 189 | -106 | -126,8 % | 606 | -189 | -45,4 % | 340 | 265 | 78,0 % |
| HLK | 2 559 | -215 | -9,2 % | 12 569 | -848 | -7,2 % | 14 724 | -2 155 | -14,6 % |
| AKU | 2 916 | 176 | 5,7 % | 17 332 | -355 | -2,1 % | 23 492 | -6 159 | -26,2 % |
| PRE | | | #DIV/0! | | | #DIV/0! | | | #DIV/0! |
| KLM | | | #DIV/0! | 79 | -79 | #DIV/0! | -55 | 134 | -242,8 % |
| KRN | | 85 | 100,0 % | -19 | 445 | 104,4 % | 589 | -608 | -103,2 % |
| OSS | | | #DIV/0! | | | #DIV/0! | 53 | -53 | -100,0 % |
| STAB | | | #DIV/0! | | | #DIV/0! | | | #DIV/0! |
| FPO | | | #DIV/0! | | | #DIV/0! | | | #DIV/0! |
| OUS | 18 718 | -6 318 | -51,0 % | 84 692 | -22 382 | -35,9 % | 77 943 | 6 749 | 8,7 % |

4.2 Varekostnader per klinikk

| Varekostnader knyttet til FG i 1000 kr. Eksklusive øremerkede midler | mai 2017 | | | HiÅ | | | HiF | Endring | |
|--|----------------|--------------------|---------------|----------------|--------------------|---------------|------------------|-----------------|----------------|
| | Resultat | Avvik fra budsjett | Avvik i % | Resultat | Avvik fra budsjett | Avvik i % | Resultat | I 1000 kr | i % |
| PHA | 2 183 | 2 132 | 49,4 % | 23 548 | -1 920 | -8,9 % | 29 381 | -5 833 | -19,9 % |
| MED | 12 706 | -3 680 | -40,8 % | 50 198 | -4 781 | -10,5 % | 54 744 | -4 547 | -8,3 % |
| HHA | 16 832 | -4 312 | -34,4 % | 69 450 | -4 052 | -6,2 % | 76 023 | -6 573 | -8,6 % |
| NVR | 10 777 | 96 | 0,9 % | 50 308 | 4 061 | 7,5 % | 60 157 | -9 849 | -16,4 % |
| OPK | 11 307 | -2 238 | -24,7 % | 47 621 | -2 177 | -4,8 % | 51 466 | -3 845 | -7,5 % |
| BAR | 7 714 | -2 177 | -39,3 % | 31 643 | -4 624 | -17,1 % | 31 712 | -70 | -0,2 % |
| KVI | 3 256 | -45 | -1,4 % | 15 367 | 66 | 0,4 % | 17 878 | -2 511 | -14,0 % |
| KIT | 12 072 | -645 | -5,6 % | 60 732 | -2 563 | -4,4 % | 71 288 | -10 555 | -14,8 % |
| KRE | 22 714 | 2 072 | 8,4 % | 124 808 | -4 074 | -3,4 % | 128 687 | -3 879 | -3,0 % |
| HLK | 23 334 | 758 | 3 % | 119 692 | 1 915 | 1,6 % | 149 700 | -30 008 | -20,0 % |
| AKU | 15 784 | -1 249 | -9 % | 79 045 | -3 774 | -5,0 % | 96 285 | -17 240 | -17,9 % |
| PRE | 889 | -3 | 0 % | 4 839 | -398 | -9,0 % | 5 993 | -1 154 | -19,3 % |
| KLM | 28 694 | -1 444 | -5 % | 146 156 | -11 337 | -8,4 % | 160 111 | -13 956 | -8,7 % |
| KRN | 8 983 | 266 | 3 % | 46 065 | 183 | 0,4 % | 61 394 | -15 330 | -25,0 % |
| OSS | 13 445 | -1 272 | -10 % | 64 798 | -3 787 | -6,2 % | 68 705 | -3 908 | -5,7 % |
| STAB | -177 | 177 | #DIV/0! | 78 | -78 | #DIV/0! | -15 | 93 | -608,4 % |
| FPO | 8 882 | 4 875 | 35,4 % | 58 635 | 8 571 | 12,8 % | 46 690 | 11 945 | 25,6 % |
| OUS | 199 395 | -6 690 | -3,5 % | 992 982 | -28 768 | -3,0 % | 1 110 201 | -117 219 | -10,6 % |

Innføring av nøytral mva fra 1.1.2017 gjør sammenligning av kostnadsutvikling fra 2016 til 2017 ufullstendig.

4.2 Andre driftskostnader per klinikk

| Andre driftskostnader i 1000 kr. Eksklusive øremerkede midler. | mai 2017 | | | HiÅ | | | HiF | Endring | |
|--|----------------|--------------------|----------------|------------------|--------------------|---------------|------------------|----------------|---------------|
| | Resultat | Avvik fra budsjett | Avvik i % | Resultat | Avvik fra budsjett | Avvik i % | Resultat | I 1000 kr | i % |
| PHA | -5 737 | -746 | 11,5 % | 22 773 | -2 490 | -12,3 % | 37 736 | -14 963 | -39,7 % |
| MED | 1 624 | 395 | 19,6 % | 8 333 | 1 765 | 17,5 % | 9 291 | -959 | -10,3 % |
| HHA | 1 929 | -920 | -91,2 % | 6 679 | -1 636 | -32,4 % | 7 055 | -376 | -5,3 % |
| NVR | 3 077 | -1 561 | -102,9 % | 9 631 | -2 053 | -27,1 % | 8 919 | 712 | 8,0 % |
| OPK | 990 | -201 | -25,4 % | 3 773 | 184 | 4,6 % | 6 042 | -2 269 | -37,6 % |
| BAR | 2 150 | -256 | -13,5 % | 8 207 | 1 288 | 13,6 % | 11 336 | -3 129 | -27,6 % |
| KVI | 796 | 120 | 13,1 % | 4 054 | 534 | 11,6 % | 5 386 | -1 332 | -24,7 % |
| KIT | 3 624 | -1 368 | -60,6 % | 13 291 | -1 982 | -17,5 % | 13 431 | -141 | -1,0 % |
| KRE | 7 759 | -4 115 | -112,9 % | 21 971 | -3 706 | -20,3 % | 21 573 | 398 | 1,8 % |
| HLK | 1 552 | -169 | -12,2 % | 8 447 | -1 515 | -21,9 % | 9 138 | -691 | -7,6 % |
| AKU | 590 | 1 138 | 65,9 % | 9 584 | -85 | -0,9 % | 12 418 | -2 834 | -22,8 % |
| PRE | 39 583 | -19 820 | -100,3 % | 126 940 | -27 225 | -27,3 % | 113 943 | 12 997 | 11,4 % |
| KLM | 4 127 | -556 | -15,6 % | 18 288 | -390 | -2,2 % | 21 752 | -3 465 | -15,9 % |
| KRN | 1 307 | 472 | 26,5 % | 11 575 | 345 | 2,9 % | 13 822 | -2 247 | -16,3 % |
| OSS | 86 369 | -5 141 | -6,3 % | 418 143 | -17 461 | -4,4 % | 446 599 | -28 457 | -6,4 % |
| STAB | 91 153 | 3 679 | 3,9 % | 450 760 | 24 541 | 5,2 % | 473 662 | -22 901 | -4,8 % |
| FPO | -2 128 | 2 943 | 361,3 % | -4 769 | 7 763 | 259,3 % | 3 226 | -7 995 | -247,8 % |
| OUS | 238 764 | -26 104 | -12,3 % | 1 137 679 | -22 123 | -2,0 % | 1 215 332 | -77 652 | -6,4 % |

Innføring av nøytral mva fra 1.1.2017 gjør sammenligning av kostnadsutvikling fra 2016 til 2017 ufullstendig.

4.2 Gjennomføring av tiltak

| KLINIKK (tall i 1000 kr) | Budsjett tiltak per mai | Effekt tiltak per mai | Gjennomførings- % tiltak pr mai | Årsbudsjett tiltak | Årsprognose tiltak | Gjennomførings- % tiltak årsprognose |
|-----------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| AKU | 11 526 | 4 614 | 40 % | 28 069 | 14 496 | 52 % |
| BAR | 12 929 | 10 427 | 81 % | 30 923 | 15 574 | 50 % |
| HHA | 8 333 | 6 815 | 82 % | 16 500 | 18 000 | 109 % |
| HLK | 10 535 | 9 648 | 92 % | 23 727 | 23 727 | 100 % |
| KIT | 14 953 | 4 434 | 30 % | 37 667 | 26 660 | 71 % |
| KLM | 15 570 | 8 860 | 57 % | 37 525 | 30 816 | 82 % |
| KRE | 14 857 | 12 884 | 87 % | 38 544 | 36 788 | 95 % |
| KRN | 659 | 659 | 100 % | 10 486 | 8 982 | 86 % |
| KVI | 1 069 | 677 | 63 % | 6 730 | 6 073 | 90 % |
| MED | 11 137 | 4 517 | 41 % | 26 778 | 14 272 | 53 % |
| NVR | 9 079 | 5 915 | 65 % | 24 550 | 21 330 | 87 % |
| OPK | 6 900 | 2 500 | 36 % | 17 800 | 17 100 | 96 % |
| OSS | 12 625 | 7 780 | 62 % | 39 920 | 36 120 | 90 % |
| PHA | 2 103 | - | 0 % | 9 464 | 9 464 | 100 % |
| PRE | 2 072 | 1 673 | 81 % | 4 750 | 4 750 | 100 % |
| SUM | 134 347 | 81 402 | 61 % | 353 432 | 284 150 | 80 % |

4.3 Resultat for datterselskap mv

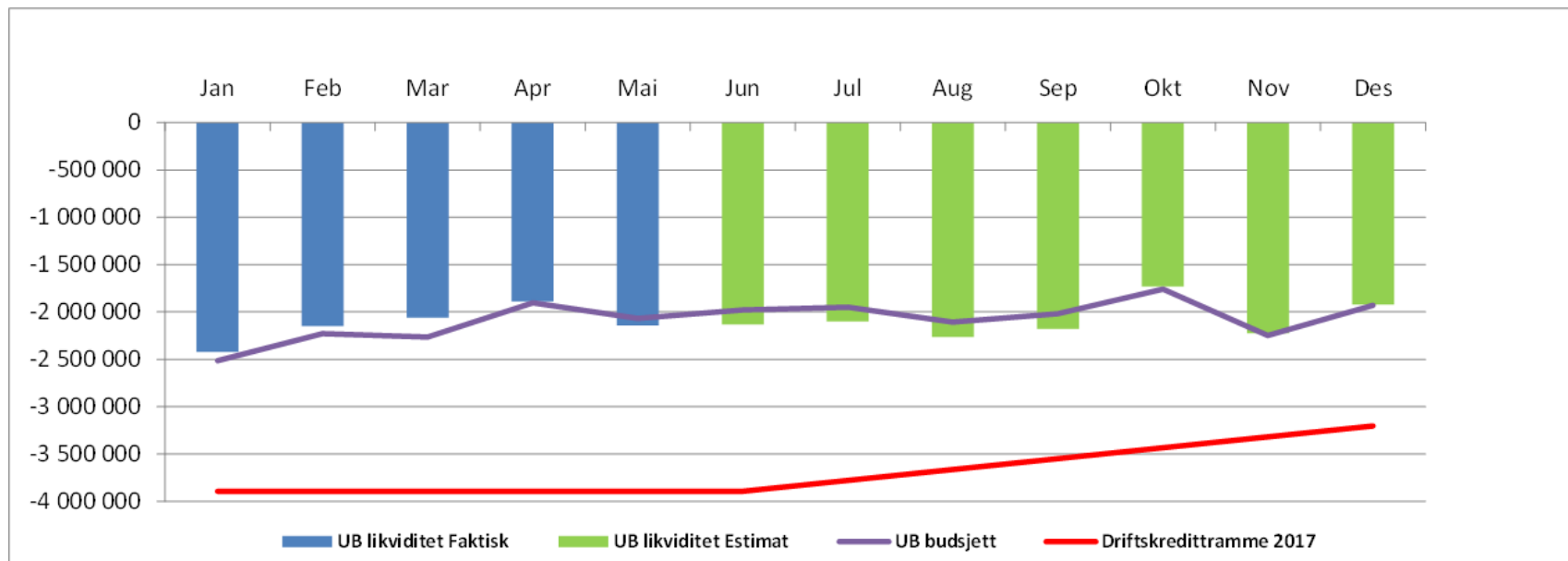
| AS'ene i 1 000 kr | Årsbudsjett | Budsjett | Regnskap | Avvik HiÅ |
|------------------------------------|---------------|-------------|---------------|---------------|
| | | HiÅ | HiÅ | |
| Norsk Medisinsk Syklotronsenter AS | -5 500 | -1 950 | 753 | 2 703 |
| Radpark AS | 3 088 | 1 286 | 2 139 | 853 |
| Sophies Minde AS | 20 678 | -684 | 13 065 | 13 749 |
| Sykehotell AS | 882 | 367 | 687 | 320 |
| Totalt | 19 148 | -981 | 16 644 | 17 625 |

4.3 Investeringer

| Investeringer (Beløp i millioner kroner) | | Budsjettert overheng hiå. | Regnskapsført overheng hiå. | Budsjett 2017 hiå. | Regnskapsført hiå. av budsjett 2017 | Avvik fra budsjett hiå. (inkl. overheng) | Prognose investeringer 2017 |
|---|---|------------------------------|--------------------------------|-----------------------|---|---|-----------------------------------|
| TOTALT | MTU | 106 | 54 | 94 | 52 | -94 | 629 |
| | Bygg | 0 | 0 | 285 | 259 | -26 | 844 |
| | Annet | 0 | 0 | 15 | 8 | -7 | 80 |
| | Byggelånsrenter | | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Ufordelt | 0 | 0 | 8 | 0 | -8 | 27 |
| | Virksomhetsoverdragelse (Rettsmedisin) | | | | | | 45 |
| | <i>Investeringer som balanseføres</i> | 106 | 54 | 402 | 319 | -136 | 1 624 |
| | Egenkapital pensjon | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 43 |
| | IKT 1) | 0 | 0 | 21 | 0 | -21 | 38 |
| | SUM | 106 | 54 | 424 | 319 | -157 | 1 705 |
| Finansiert med | Ordinær likviditet | 0 | 0 | 130 | 90 | -41 | 364 |
| | Driftsresultat | 0 | 0 | 47 | 49 | 2 | 350 |
| | Fordring på HSØ RHF | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Lån | 0 | 0 | 184 | 157 | -27 | 485 |
| | Øremerkede tilskudd | 0 | 0 | 4 | 12 | 8 | 23 |
| | Finansiell leie | 106 | 54 | 59 | 11 | -100 | 438 |
| | Tingsinnskudd ved virksomhetsoverdragelse | | | | | | 45 |
| | SUM | 106 | 54 | 424 | 319 | -157 | 1 705 |

1) Investeringer i IKT regnskapsføres i Sykehuspartners regnskap. I budsjettet er det utbetalinger til Sykehuspartner som er budsjettert.

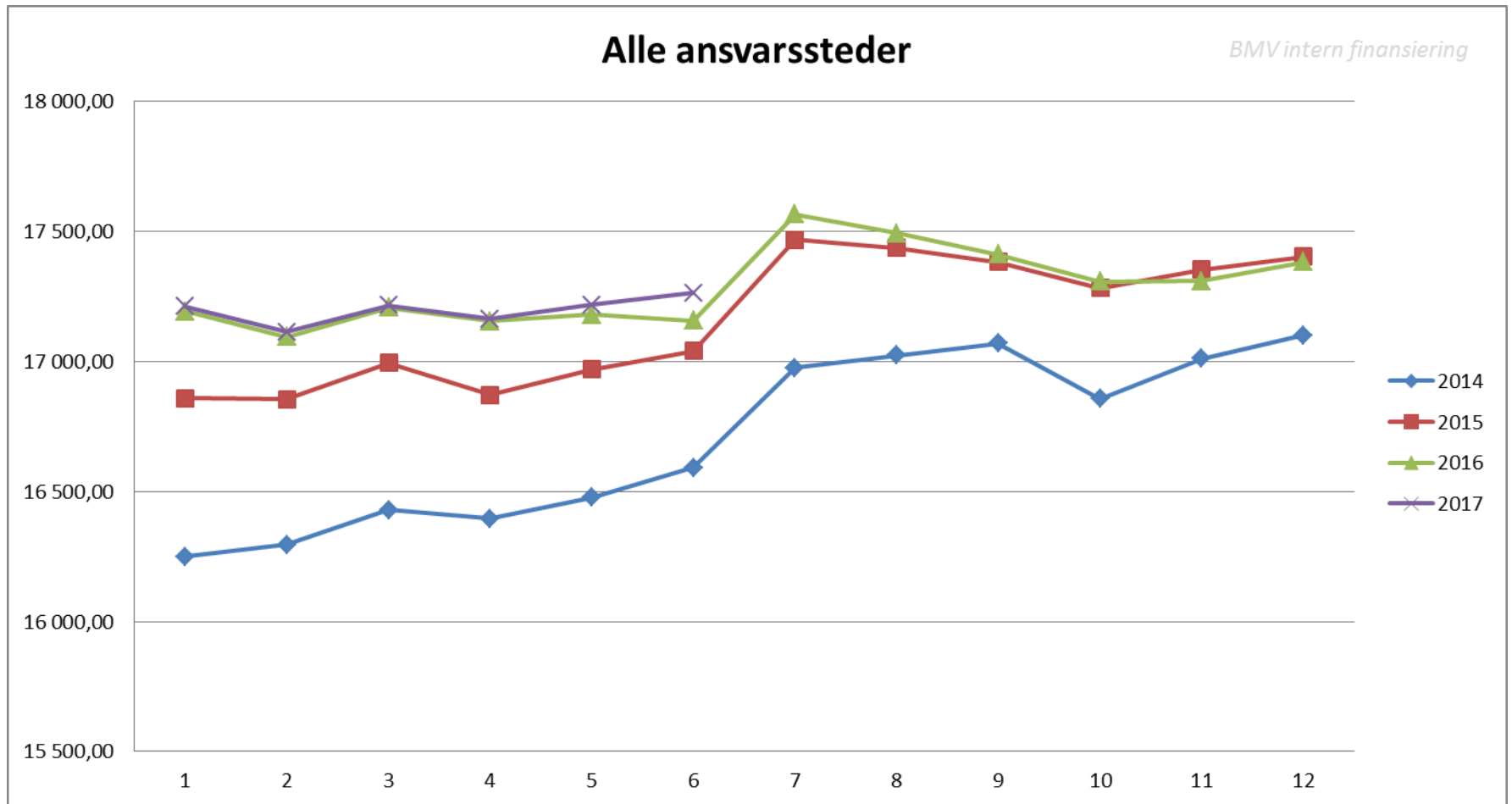
4.3 Likviditet



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

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

5.1 Bemanningsutvikling (intern finansiering)



5.2 Bemanningsindikatorer - hovedtall

| OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF | Denne måned | | | Hittil i 2017 | | | | 2017 mot 2016 | | | |
|--------------------------------------|---------------|---------------|--------------------|---------------|---------------|--------------------|--------------|---------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|
| | JUNI 2017 | Budsjett | Avvik fra budsjett | Pr JUNI | Budsjett | Avvik fra budsjett | Avvik i % | Δ JUNI 2017 mot JUNI 2016 | %-vis endring | Δ hittil i år mot hittil i fjor | %-vis endring |
| Brutto månedsverk, herav: | 18 747 | 18 544 | 203 | 18 693 | 18 460 | 233 | 1,3 % | 367 | 2,0 % | 320 | 1,7 % |
| - internt finansierte | 17 263 | 17 081 | 182 | 17 197 | 17 001 | 196 | 1,2 % | 110 | 0,6 % | 38 | 0,2 % |
| - eksternt finansierte | 1 484 | - | - | 1 496 | - | - | 0,0 % | 257 | 20,9 % | 282 | 23,2 % |
| - månedslønnede | 17 555 | | | 17 487 | | | | 406 | 2,4 % | 346 | 2,0 % |
| - variabelønnede | 1 191 | | | 1 207 | | | | -39 | -3,2 % | -27 | -2,2 % |
| - fast ansatte | 14 389 | | | 14 327 | | | | 366 | 2,6 % | 332 | 2,4 % |
| - midlertidig ansatte | 4 356 | | | 4 364 | | | | 1 | 0,0 % | -13 | -0,3 % |
| Øvrige indikatorer | | | | | | | | | | | |
| Netto månedsverk nasj. ind. (201704) | 16 047 | | | | | | | | | | |
| Sykefraværprosent (201704) | 6,1 | | | | | | | | | | |

Fra ProClarity. De grå feltene representerer ulike måter å bryte ned det overordnede tallet for brutto månedsverk. Oppdaterte standardsatser for innleie er ikke klare, og omregning av fakturabeløp blir derfor misvisende.

5.2 Detalj internt finansierte

| INTERNT FINANSIERTE | Denne måned | | | Hittil i 2017 | | | | 2017 mot 2016 | | | |
|------------------------------|-----------------|---------------|------------|--------------------|---------------|------------|--------------------|---------------|---------------------------|---------------|---------------------------------|
| | Funksjonsområde | JUNI 2017 | Budsjett | Avvik fra budsjett | Pr JUNI | Budsjett | Avvik fra budsjett | Avvik i % | Δ JUNI 2017 mot JUNI 2016 | %-vis endring | Δ hittil i år mot hittil i fjor |
| Psykisk helse og rus | 2 224 | 2 246 | -21 | 2 196 | 2 193 | 2 | 0,1 % | 101 | 4,7 % | 51 | 2,4 % |
| Somatiske kliniske klinikker | 8 308 | 8 087 | 221 | 8 277 | 8 070 | 207 | 2,6 % | -14 | -0,2 % | -26 | -0,3 % |
| Medisinske støttefunksjoner | 4 670 | 4 622 | 48 | 4 639 | 4 615 | 25 | 0,5 % | 78 | 1,7 % | 52 | 1,1 % |
| Stab og OSS | 2 060 | 2 126 | -66 | 2 085 | 2 124 | -39 | -1,8 % | -54 | -2,6 % | -38 | -1,8 % |
| OUS | 17 263 | 17 081 | 182 | 17 197 | 17 001 | 196 | 0 | 110 | 0 | 38 | 0 |

| INTERNT FINANSIERTE | Denne måned | | | Hittil i 2017 | | | | 2017 mot 2016 | | | |
|---------------------|---------------|---------------|------------|--------------------|---------------|------------|--------------------|---------------|---------------------------|---------------|---------------------------------|
| | Klinikk | JUNI 2017 | Budsjett | Avvik fra budsjett | Pr JUNI | Budsjett | Avvik fra budsjett | Avvik i % | Δ JUNI 2017 mot JUNI 2016 | %-vis endring | Δ hittil i år mot hittil i fjor |
| AKU | 1 794 | 1 745 | 49 | 1 781 | 1 741 | 40 | 2,3 % | 55 | 3,2 % | 48 | 2,8 % |
| PRE | 766 | 762 | 4 | 768 | 768 | 0 | 0,0 % | 10 | 1,3 % | 1 | 0,2 % |
| PHA | 2 224 | 2 246 | -21 | 2 196 | 2 193 | 2 | 0,1 % | 101 | 4,7 % | 51 | 2,4 % |
| MED | 1 294 | 1 256 | 38 | 1 279 | 1 241 | 37 | 3,0 % | 8 | 0,6 % | 5 | 0,4 % |
| HLK | 841 | 810 | 30 | 837 | 805 | 32 | 3,9 % | 9 | 1,1 % | 7 | 0,8 % |
| KIT | 988 | 957 | 30 | 986 | 949 | 37 | 4,0 % | -15 | -1,5 % | -8 | -0,8 % |
| KLM | 1 335 | 1 341 | -6 | 1 325 | 1 334 | -9 | -0,7 % | 4 | 0,3 % | -1 | 0,0 % |
| KRE | 1 335 | 1 287 | 47 | 1 330 | 1 307 | 23 | 1,8 % | 2 | 0,1 % | -22 | -1,6 % |
| KRN | 775 | 775 | 0 | 765 | 771 | -6 | -0,7 % | 9 | 1,1 % | 3 | 0,4 % |
| KVI | 658 | 655 | 3 | 659 | 647 | 13 | 1,9 % | -7 | -1,1 % | -1 | -0,1 % |
| NVR | 886 | 847 | 39 | 883 | 847 | 36 | 4,2 % | 18 | 2,0 % | 15 | 1,8 % |
| OPK | 602 | 589 | 13 | 605 | 589 | 16 | 2,7 % | -23 | -3,6 % | -12 | -2,0 % |
| HHA | 749 | 743 | 6 | 748 | 744 | 5 | 0,6 % | -6 | -0,8 % | -3 | -0,4 % |
| BAR | 956 | 942 | 14 | 950 | 942 | 8 | 0,9 % | 1 | 0,1 % | -8 | -0,8 % |
| OSS | 1 849 | 1 911 | -62 | 1 878 | 1 909 | -31 | -1,6 % | -54 | -2,8 % | -32 | -1,7 % |
| DST | 211 | 215 | -4 | 207 | 215 | -8 | -3,6 % | -0 | -0,2 % | -6 | -2,9 % |
| OUS | 17 263 | 17 081 | 182 | 17 197 | 17 001 | 196 | 1,2 % | 110 | 0,6 % | 38 | 0,2 % |

5.3 Månedsværk fordelt på stillingskategorier

Alle ansvarsteder

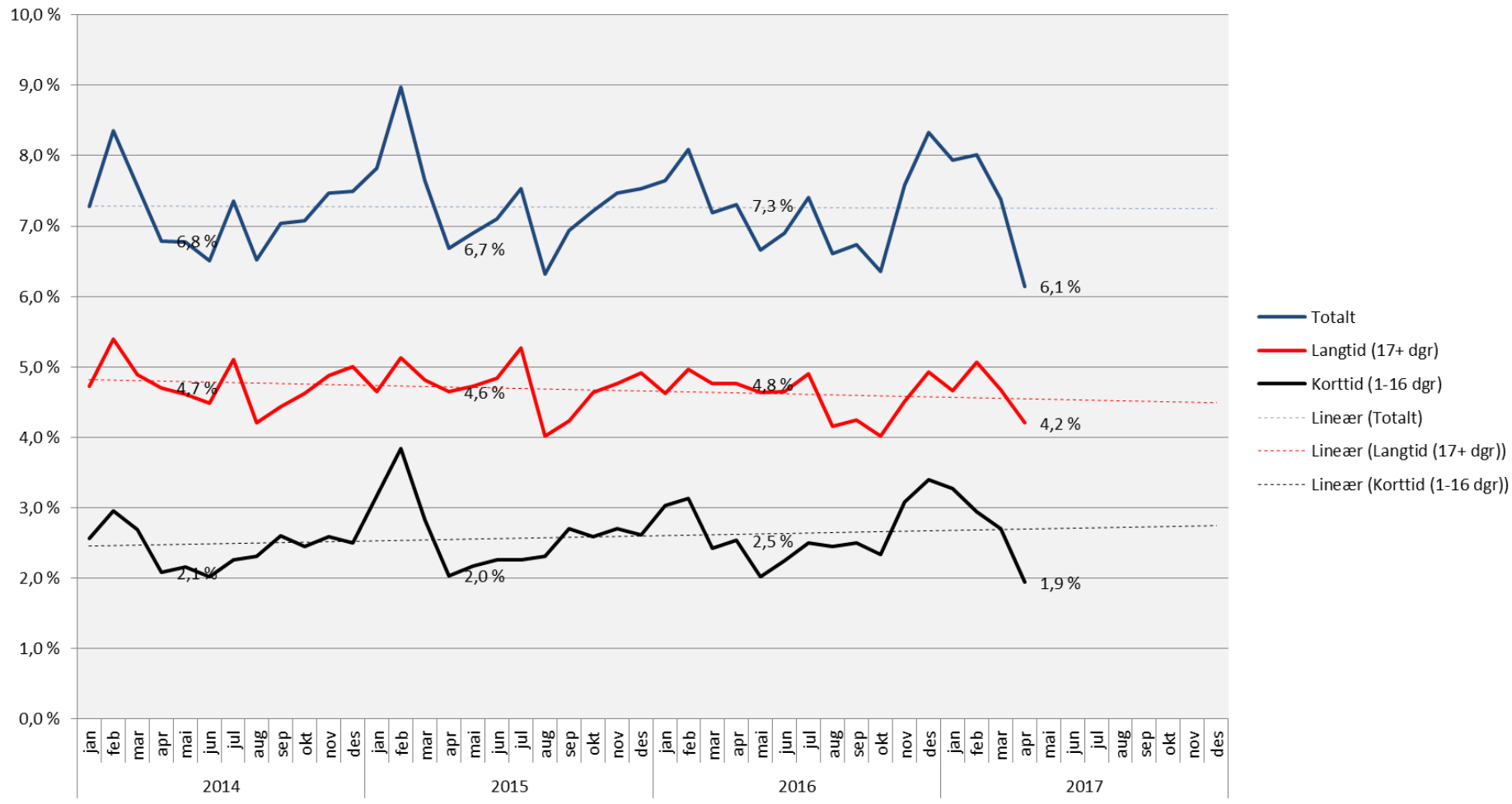
| Brutto månedsværk ekskl eksternt finansiert | Forrige periode | Denne periode | Hittil 2016 | Hittil 2017 | 2017 mot 2016 | | | | Stillingskategoriernes gjennomsnittlige andel | | |
|---|-----------------|---------------|---------------|---------------|-------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|---|--------------|-----------------|
| | MAI 2017 | JUN 2017 | Pr. JUN 2016 | Pr. JUN 2017 | Δ JUN 2017 mot JUN 2016 | %-vis endring | Δ hittil i år mot hittil i fjor | %-vis endring | Andel 2016 | Andel 2017 | Relativ endring |
| (1) Administrasjon/Ledelse | 2 852 | 2 852 | 2 872 | 2 846 | -20 | -0,7 % | -25 | -0,9 % | 16,7 % | 16,6 % | -1,1 % |
| (2) Pasientrettede stillinger | 1 473 | 1 502 | 1 451 | 1 455 | 54 | 3,7 % | 4 | 0,3 % | 8,5 % | 8,5 % | 0,1 % |
| (3) Leger | 2 461 | 2 492 | 2 428 | 2 461 | 55 | 2,3 % | 33 | 1,4 % | 14,1 % | 14,3 % | 1,2 % |
| (3a) Overleger | 1 516 | 1 531 | 1 490 | 1 519 | 45 | 3,0 % | 29 | 1,9 % | 8,7 % | 8,8 % | 1,7 % |
| (3b) LIS-leger | 895 | 913 | 890 | 894 | 10 | 1,1 % | 5 | 0,5 % | 5,2 % | 5,2 % | 0,3 % |
| (3c) Turnusleger | - | - | - | - | - | 0,0 % | - | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % |
| (4) Psykologer | 286 | 286 | 275 | 285 | 11 | 4,1 % | 10 | 3,6 % | 1,6 % | 1,7 % | 3,4 % |
| (5) Sykepleier | 5 949 | 5 949 | 5 926 | 5 956 | 26 | 0,4 % | 29 | 0,5 % | 34,5 % | 34,6 % | 0,3 % |
| (6) Helsefagarbeider/hjelpepleier | 515 | 514 | 530 | 515 | -19 | -3,6 % | -15 | -2,8 % | 3,1 % | 3,0 % | -3,0 % |
| (7) Diagnostisk personell | 1 463 | 1 456 | 1 427 | 1 451 | 37 | 2,6 % | 24 | 1,7 % | 8,3 % | 8,4 % | 1,5 % |
| (8) Apotekstillinger | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 4,6 % | 0 | 2,3 % | 0,0 % | 0,0 % | 2,1 % |
| (9) Drifts/teknisk personell | 1 431 | 1 434 | 1 491 | 1 448 | -57 | -3,8 % | -43 | -2,9 % | 8,7 % | 8,4 % | -3,1 % |
| (10) Ambulansepersonell | 558 | 550 | 548 | 555 | 15 | 2,8 % | 6 | 1,1 % | 3,2 % | 3,2 % | 1,0 % |
| (11) Forskning | 227 | 224 | 214 | 222 | 2 | 1,0 % | 8 | 3,9 % | 1,2 % | 1,3 % | 3,7 % |
| (99) Ukjente | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0,0 % | 1 | 872,3 % | 0,0 % | 0,0 % | 870,4 % |
| Alle stillingsgrupper | 17 218 | 17 263 | 17 164 | 17 197 | 105 | 0,6 % | 34 | 0,2 % | 100,0 % | 100 % | 0,0 % |

5.4 Andel deltid per klinikk

| Deltid - fast ansatte - Totalt JUNI | | | | | | |
|-------------------------------------|----------------|---------------|---------------|---------------------------------------|------------------------|------------------------------------|
| Klinikk | Antall ansatte | Hvorav deltid | Andel deltid | Gj.snittlig juridisk stillingsprosent | Korrigert andel deltid | Gj.snittlig korr. Stillingsprosent |
| AKU | 1 668 | 349 | 20,9 % | 97,7 % | 10,0 % | 98,2 % |
| PRE | 693 | 87 | 12,6 % | 99,3 % | 9,1 % | 99,5 % |
| PHA | 1 977 | 470 | 23,8 % | 93,1 % | 16,0 % | 93,7 % |
| MED | 1 163 | 359 | 30,9 % | 90,9 % | 27,1 % | 91,7 % |
| HLK | 760 | 160 | 21,1 % | 97,1 % | 8,8 % | 98,2 % |
| KIT | 860 | 232 | 27,0 % | 94,9 % | 15,6 % | 95,7 % |
| KLM | 1 563 | 270 | 17,3 % | 97,3 % | 6,7 % | 97,9 % |
| KRE | 1 301 | 280 | 21,5 % | 97,4 % | 11,1 % | 98,0 % |
| KRN | 666 | 87 | 13,1 % | 98,2 % | 5,0 % | 99,0 % |
| KVI | 646 | 278 | 43,0 % | 94,2 % | 34,5 % | 95,7 % |
| NVR | 829 | 251 | 30,3 % | 93,6 % | 18,5 % | 94,3 % |
| OPK | 510 | 136 | 26,7 % | 94,0 % | 20,2 % | 94,4 % |
| HHA | 688 | 184 | 26,7 % | 94,0 % | 18,2 % | 94,7 % |
| BAR | 991 | 324 | 32,7 % | 93,4 % | 22,9 % | 94,2 % |
| OSS | 1 826 | 223 | 12,2 % | 96,2 % | 6,6 % | 96,6 % |
| DST | 218 | 15 | 6,9 % | 98,2 % | 3,7 % | 98,6 % |
| OUS | 16 409 | 3 705 | 22,6 % | 96,0 % | 14,0 % | 96,7 % |

5.5 Utvikling sykefravær

Utvikling sykefraværsprosent 2014-2017



5.6 Sykefravær per klinikk

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

5.6 Sykefravær per klinikk

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

Definisjoner årsverksindikatorer

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



Risikovurdering 1. tertial 2017

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| 1. Risikovurdering 1. tertial 2017 – beskrivelse av områder | 1 |
| Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv | 1 |
| Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt | 2 |
| Fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon | 3 |
| God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør | 3 |
| 2. Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv (Pasientbehandling) | 5 |
| 3. Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt..... | 10 |
| 4. Fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon (Forskning, innovasjon og utdanning)..... | 12 |
| 6. God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør (Økonomi og infrastruktur)..... | 14 |

1. Risikovurdering 1. tertial 2017 – beskrivelse av områder

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

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

Sykehuset har i løpet av 1. tertial utarbeidet en ny overordnet handlingsplan for 2017. Den tar utgangspunkt i strategidokumentets fire områder. Alle enheter skal ha tilsvarende dokumenter med lokale mål og handlingsplaner. De fire risikoområdene i denne risikovurderingen bruker samme benevnelse som hovedområdene i sykehusets strategi (benevnelsene som ble brukt tidligere er satt i parentes). Det har lenge vært drøftet hvordan sykehuset skal få en bedre samordning av planene for risiko-reducerende tiltak og de øvrige handlingsplanene. Nå er det fastsatt at arbeidet med risikovurderingene endres fra høsten slik at risikovurdering for 1. tertial 2018 forberedes og gjennomføres i oktober-desember og godkjennes over nyttår. Sykehusets handlingsplan skal utarbeides i samme periode.

Risikovurderingen for 1. tertial er en hovedgjennomgang hvor først alle avdelinger og klinikker har utarbeidet lokale risikovurderinger i en prosess siden februar. Deretter har direktørens stab med bakgrunn i innspill, registreringer og erfaringer utarbeidet denne overordnede risikovurdering for hele sykehuset. Hovedverneombud og de tillitsvalgte er involvert i arbeidet.

Noen av de tidligere risikoene er redusert og fjernet fra de risikokartene som nå legges frem. Men for alle de fire risikoområdene er de fleste risikoene utfordringer som sykehuset har arbeidet med i lang tid. Enkelte av disse er justert, og det har også blitt identifisert noen nye risikoer. Totalt sett er risikosituasjonen relativt stabil. Tiltaksplanen viser at mange tiltak er langsiktige og videreføres fra i fjor.

Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv

(Pasientbehandling)

Risikokartet for pasientbehandlingen er i hovedsak uendret siden forrige tertial. Nye punkter som er inkludert er driftsproblemer med AMIS og pasientflyt fra akuttmottak til sengeposter ved høyt inntak av pasienter. AMIS er journalsystemet til akuttmedisinsk kommunikasjonsentral, og det er driftsproblemer med risiko for alvorlig konsekvens særlig ved store hendelser. Under influensaepidemien i vinter var det vanskelig å utnytte ledig sengepostkapasitet på tvers av klinikkene ved bruk av de eksisterende rutiner.

Punktene med høyest risiko er som tidligere knyttet til byggstandard, kapasitet og standard på medisinsk-teknisk utstyr og sykehusinfeksjoner, med økende resistens-utvikling og med det økende behov for isolasjonskapasitet. Foretaket må i øyeblikket håndtere et utbrudd med VRE (vankomycinresistente enterokokker) med smitteoppsporing og testing av flere hundre pasienter.

Antall fristbrudd og langtidsventende er nå betydelig redusert og ligger på et relativt lavt nivå. Dette vil følges nøye opp også framover. Når det gjelder kapasitet, har sykehuset fortsatt en vedvarende utfordring knyttet til tilfredsstillende arealer. Dette kan periodevis skape problemer med korridorpasienter i klinikker med stor andel øyeblikkelig hjelp.

Pakkeforløp for kreft stiller store krav til koordinering. Det er innført 28 pakkeforløp for kreft i sykehuset, med forløpskoordinatorer, forløpsteam og forløpsledere. I arbeidet med standardiserte forløp er det tydeliggjort utfordringer i sentrale funksjoner som radiologi, patologi og deler av behandlingen. Det er etablert et driftsstyre for kreftområdet ved sykehuset for bedre samordning av virksomheten. Pakkeforløp innen hjerneslag, psykiatri og rusbehandling vil komme til i året som kommer.

Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt

(Arbeidsmiljø)

Sykehusets største fysiske arbeidsmiljøutfordringer er bygningsmassens tekniske standard (eksempelvis VVS-forhold og elektro) og "plassforhold". Både Arbeidstilsynet, Branntilsynet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap har gitt pålegg om tiltak. Det er etablert planer for gjennomføring av tiltak til utgangen av 2019.

Det har i 1. tertial blitt meldt inn 1873 HMS-avvik. Det er meldt inn 200 skader, hvorav 65 av dem var fraværsskader (minst en dag fravær etter skade). Dette tilsvarer en H1-verdi på 7,2. De hyppigste skadetyperne er «fall, slag, støt, klem» og «vold/ trusler/ utagerende adferd». I arbeidet for å redusere stikkskader er det etablert et nettverk av ressurspersoner som bl.a. skal vurdere muligheter for sikkerhetskanyler og fremme bruken av det sikre utstyret. Det arbeides med ulike tiltak innen sikkerhet for å minimalisere risiko ved vold / trusler, samt skape økt bevisstheten rundt problemstillingen i sykehuset, også utenfor psykiatrien.

Kull 2 av kulturkonsulentprogrammet er i gang. Mange kulturbyggingstiltak gjennomføres på forskjellige nivåer. Undervisning om kultur er en del av lederprogrammet og grunnkurs i HMS. Et koordineringsutvalg med arbeidsgiver- og arbeidstakerrepresentanter er opprettet med mandat knyttet til åpenhetskultur og oppfølging av Fafo-rapporten. En Prosjektforum/UiO-følgestudie gjennomføres av studenter om det samme temaet. I mai ble det gjennomført en arbeidsmiljøuke med temaet kultur og pasientsikkerhet. En bredt sammensatt intern arbeidsgruppe jobber med den nye nasjonale medarbeiderunder-/pasientsikkerhetskulturundersøkelsen (ForBedring).

I tråd med oppdragsdokumentet ble en intern arbeidsgruppe i sykehuset etablert i 2016 for å se på synergier og gjensidige avhengigheter mellom pasientsikkerhet og HMS. Gruppen har nå avlagt rapport med 7 utfordringsområder og flere tiltak innenfor hvert område.

I Forbedring av Driften 2017-2020 er ett av HR-prosjektene å optimalisere bemanningsressursene på tvers av enheter og avdelinger.

I første tertial 2017 er det registrert totalt 16 985 brudd på arbeidstidsbestemmelsene (inkluderer tre typer brudd man ikke har kunnet rapportere på tidligere). Sammenlignet med første tertial 2016 viser antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene en nedgang på om lag 16 prosent.

Kompetanseheving hos ledere og ressursplanleggere skjer kontinuerlig. Det gis tilbud om opplæring i regelverk og ressursplanlegging flere ganger årlig. Videre rettes det inn-sats inn mot enheter med særskilte utfordringer, som eksempelvis kan skyldes kompetansemangel, sykefravær eller uhensiktsmessig turnus.

Fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon

(Forskning, innovasjon og utdanning)

Det er ytterligere forsinkelser i arbeidet for å forbedre IKT-situasjonen for forskere, som er en del av programmet Regional IKT for forskning. Det medfører blant annet usikkerhet vedrørende lagring og bruk av sensitive data på Forskernett. IKT-løsninger for mange medisinske kvalitetsregistre er fortsatt utilfredsstillende med tanke på registerverktøy, begrenset support og økte kostnader knyttet til pålagte løsninger. Tiltak for bedring av lagringsfasiliteter for biobanker planlegges gjennomført i 2017, men er ennå ikke implementert. Det innebærer mangelfull overvåking for en del av helseforetakets fryserer. Det gjennomføres en ny kartlegging av situasjonen.

Kapasitet til kliniske studier, fagutvikling, utdanning og innovasjon, kombinert med klinisk virksomhet, er fortsatt like krevende. Sykehuset styrker kliniske forskningsstøttefunksjoner for å bedre situasjonen når det gjelder kliniske studier. Eier forventer også økt innovasjonsaktivitet og styrket infrastruktur for utprøving av nye innovasjoner. Det arbeides nå med en ny innovasjonsstrategi for helseforetaket. Mangelfull supervisjon og veiledning av leger i spesialisering er fortsatt et problem, og kravene øker med den nye spesialiststrukturen som er under innføring. Det er derfor lagt stor vekt på å gjennomføre veilederkurs. Det er videre fortsatt krevende å gjennomføre strukturerte utdanningsløp for leger i spesialisering, som skal ha gruppe 1-tjeneste ved sykehuset («gjennomstrømstillinger»). Problemet er en konsekvens av at stillingene omgjøres til faste stillinger, der det må inngås avtaler med andre helseforetak om en tidsbegrenset tjeneste, som i større grad enn i dag er knyttet opp mot måloppnåelse. I forbindelse med ny spesialiststruktur for leger, oppretter Oslo universitetssykehus nå et regionalt utdanningssenter for leger i spesialisering. Senterets ressurser er lavere enn ønskelig, men er i prosess (risikofaktor er derfor fjernet fra forrige tertial). En tilgrensende risikofaktor er tilført, som omhandler selve implementeringen av ny spesialistutdanning. Dette er ressurskrevende, og vil bli ytterligere krevende ettersom de ulike fasene innføres. Det er en økning i antall studenter som skal ha praksisplass ved sykehuset. Det er fortsatt problematisk å fremskaffe tilstrekkelig med praksisplasser, særlig innen sykepleie (kirurgi), radiografi og psykologi, samt innen noen av spesialsykepleieutdanningene. Mange studentgrupper konkurrerer om plass ved de samme avdelingene.

God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør

(Økonomi og infrastruktur)

Aktiviteten etter 1. tertial var noe lavere enn budsjettet innenfor somatikken. Dette har isolert sett ført til lavere inntekter og dermed et svakere økonomisk resultat hittil i år enn budsjettet. Innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling vurderes aktiviteten samlet sett å være god, og med økt aktivitet fra 2016 på de fleste

områdene. Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien (særlig poliklinisk aktivitet) påvirkes aktivitetsnivået av at det tar tid å rekruttere godt kvalifisert fagpersonell.

Klinikkenes resultater etter april og prognoser for 2017 er gjennomgått med alle klinikkene. Resultatet etter april viser at det fortsatt er stort behov for kontinuerlig oppfølging for å sikre gjennomføring av allerede vedtatte tiltak, unngå kostnadsvekst på nye områder og iverksette nye tiltak. De klinikker som har negativ utvikling i driftsøkonomien har levert ytterligere tiltak for å oppnå bedre resultatutvikling. Det er nødvendig å opprettholde et høyt tempo i arbeidet med å forbedre og effektivisere driften for å sikre økonomisk bærekraft fremover.

I behandling av økonomisk langtidsplan for årene 2018-2021 er det lagt til grunn et betydelig investeringsnivå innenfor medisinsk-teknisk utstyr og bygg. Det økonomiske resultatet for 2016 ble bedre enn forventet, noe som bidrar til at hele investeringsbudsjettet for 2017 kan iverksettes selv om det økonomiske resultatet etter 1. tertial er svakere enn budsjettet.

Forsinkelser og høye kostnader i regionale IKT-prosjekter har betydning for sykehusets samlede kostnadsnivå og gir forsinket/reduert mulighet for gevinstuttak samtidig som det kan være en risikofaktor for kvalitet i pasientbehandlingen.

2. Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv (Pasientbehandling)

| Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv | | | Sykehusnivå | | | | 08.05.17 Oslo universitetssykehus | |
|---|----------------|---------------------------------------|---|--|--|----------|--------------------------------------|--|
| Gjelder all medisinsk og helsefaglig virksomhet: Diagnostikk, behandling, pleie og pasientoppfølging samt MTU, samhandling, pasientadm., og annet pasientrelatert arbeid. | | | Meget liten (1) | Liten (2) | Moderat (3) | Stor (4) | Svært stor (5) | |
| 5 | Svært alvorlig | Legionella Radiumhospitalet / Ullevål | | | Ambulansestyring AMIK | | | |
| 4 | Alvorlig | | Intern overflytning av kritisk syke pasienter | Tilgang til kritiske legemidler | Sykehusinfeksjoner - økende resistensutvikl. - isoleringsbehov Kapasitet og standard - medisinsk-teknisk utstyr Byggstandard | | | |
| 3 | Moderat | | Kliniske systemer, opplæring Mottak av henvisninger Kap./driftprobl. AMIS spes v/større hendelser PRE | Operasjonskapasitet Utsending av epikriser Kvittering av labsvar og andre svar | Kapasitet radiologi og svar tider, patologi Førtipstider og pakkeforløp kreft Mangel på spesialsykepl. og annet personell Ventelister / frisbrudd Inkl. videre interne lister og ben kapasitet Intensiv- og intermedisinsenger Manglende konsolidering IKT - RIS/PACS-systemer Utskriving pasienter / legemid.avstemning | | | |
| 2 | Lav | | | | Svikt i oppfølging av pas. i overgang til primærh.tjenesten Korridor pasienter/akutmottak (MED/AKU) | | | |
| 1 | Ubetrylleg | | | | | | | |
| 3 | 19 | | Meget liten (1) | Liten (2) | Moderat (3) | Stor (4) | Svært stor (5) | |
| 9 | 40 | | Sannsynlighet | | | | | |
| Konsekvens | | | | | | | | |

Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv - risikoreducerende tiltak

| Risiko | Vurderinger/ tiltak |
|--|---|
| Kapasitet og standard - medisinsk-teknisk utstyr | Det arbeides videre med årlige investeringer i tråd med Områdeplan for utskiftning av medisinsk teknisk utstyr. |
| Byggstandard | Egen vedlikeholdstiltaksplan videreføres. |
| Sykehusinfeksjoner - økende resistens-utvikling – isoleringsbehov | OUS følger handlingsplan for smittevern 2014 – 2018. Antibiotika-styringsprogrammet er under implementering. |
| Ventelister / frist-brudd inkl. videre interne lister og behandlings-kapasitet | Arbeidet med tilgjengelighet og kapasitetsutnyttelse følges opp gjennom Ventelisterådet, som samler ventelisterådgivere fra klinikkene. Rådet har sin egen handlingsplan som tar utgangspunkt i oppdrag og bestilling for 2017. |
| | Det er gjennomført et poliklinikkprosjekt som ser spesielt på behandlingsskapiteten for polikliniske pasienter. |
| | Arbeidet med løsning på organisatoriske flaskehals og kapasitetsutfordringer som hindrer effektiv flyt i behandlingstilbud fortsetter. Det er iverksatt prosjekter som kan se på mulige nye arealløsninger for å oppnå mer effektiv drift. |
| Legionella Radiumhospitalet/ Ullevål | Legionellasituasjonen på Radiumhospitalet er under kontroll. Det tas fortsatt regelmessig kontrollprøver, og systemer for dette inkluderes i en egen vannsikkerhetsplan for foretaket. |
| Ambulansestyling AMK | Det er initiert et arbeid for ny permanent AMK sentral fordi man på sikt vil få betydelige kapasitetsproblemer igjen. |
| | Etablere bedre teknologiske løsninger i AMK som elektronisk beslutningsstøtte og flåtestyring - midlertidig i OUS og varig iht nasjonale prosesser. Dette inkluderer også EPJ. |
| Operasjonskapasitet | Gjennomgang av operasjonskapasitet inngår i prosjektet for behandlingsskapitet de kommende 5-8 år, hvilket inkluderer tiltake beskrevet i tidligere tertialrapportering. |
| Tilgang til kritiske legemidler | "Legemiddelkomiteen i samarbeid med Sykehusapoteket Oslo holder oversikt over situasjonen og informerer ansatte ved OUS om: - hvilke legemidler hvor man har leveringssvikt - når/om de forventes tilbake - hvilke alternative legemidler som anbefales i den konkrete situasjonen." |
| Intern overflytning av kritisk syke pasienter | Omfanget av interne overflyttinger særlig fra Aker er kartlagt og risiko-grupper identifisert. Det er utarbeidet en retningslinje for hvordan dette skal håndteres. Ansatte læres opp i National Early Warning Score. |
| Kapasitet radiologi og svartider patologi | Øke fokus på pakkeforløp for kreft der radiologi og patologi ofte representerer flaskehals. Det er etablert en prioritet «pakkeforløp» i Doculive patologi. |
| | Ledermøtet vil følge svartid på histologisk undersøkelse av operasjonspreparater og gjøre en undersøkelse av passert ønsket dato for radiologiske undersøkelser. |
| | Det er besluttet samling av brystdiagnostisk senter (BDS) i OCCI-bygget på Radiumhospitalet og planleggingen er i full gang. |

| Risiko | Vurderinger/ tiltak |
|---|--|
| | <p>Det er lagt en plan for oppstart av video-MDT-møter for hode-hals-kreft mellom Rikshospitalet og Radiumhospitalet for å unngå dobbeltarbeid for radiologene ved de to lokalisasjonene og for å forbedre forløpstiden i pakkeforløp hode-hals-kreft.</p> <p>Prioritere opplæring av nyansatt personale i radiologi med sikte på å øke kapasiteten</p> <p>Kjøp av bildediagnostikk hos private der dette gir et faglig tilfredsstillende tilbud og bidrar til en samlet kapasitetsøkning i Helse Sør-Øst.</p> <p>Harmonisere protokoller for radiologi i regionen.</p> <p>Omstrukturere og bedre logistikk og arbeidsflyt knyttet til patologiske undersøkelser og svar. Nye lokaler er tatt i bruk og avdelingen jobber med å samle og samordne den faglige virksomheten.</p> <p>Utarbeidet foranalyse om strekkodemerking og elektronisk overføring av pasient-ID på pasientprøver som kan monitorere arbeidsflyt og ressursbruk.</p> <p>Avdeling for patologi har økt sin bemanningen med flere stillinger</p> <p>Omdisponering og kompetansebygging innen histologi pågår</p> |
| Intensiv- og intermediærsenger | <p>Ferdigstillingen av sengesentralen på Rikshospitalet og overflytting av pasienter fra HLK ut av AKU har gitt en økt po-/intensivkapasitet i Akuttklinikken.</p> <p>Sykehuset har ikke lyktes med noen vesentlig økning i antall intensivsykepleiere. Det er utviklet et trainèe-program hvor ordinære sykepleiere deltar i en intern opplæring på 6-8 mnd. Tiltaket videreføres og tas i bruk også i HLK.</p> <p>Kartlegging av intermediaærsenger er avsluttet. Intermediærkapasiteten utvides gradvis gjennom videreføring av foreslåtte tiltak og vil på sikt kunne avlaste intensiv. Tiltaket videreføres.</p> <p>Thoraxkirurgisk intensiv mangler fortsatt flere årsverk og kompenseres med innleide vakter spesielt i helgene. Det er igangsatt et prosjekt for å se på organisering inkl. mulig samarbeid med øvrige intensivenheter i AKU.</p> |
| Mangel på spesialsykepleiere og annet personell | <p>Et analysemiljø for strategisk kompetanseutvikling er etablert i HSØ for å oppnå oversikt over sårbare fagmiljø og tilby prognoser for ledere i OUS. I dette arbeidet inngår både god utnyttelse av IKT-verktøy og optimal bruk av disse.</p> <p>Samarbeidsgruppe med representanter fra HR-stab, stab MHU, stab FIU og OSS skal arbeide for at kompetanseutvikling i OUS samkjøres. Samarbeidsgruppen har utviklet flere tiltak med hensyn til utdanning, rekruttering og for å beholde spesialsykepleiere. Det ble gjort rede for mange av tiltakene som samarbeidsgruppen jobber med i risikobeskrivelsen 1. tertial.</p> |
| Mottak av henvisninger | <p>Henvisningsmottaket er nå innkjørt og fungerer i tråd med forventningene. Med elektroniske henvisninger mellom sykehus, vil effektivitet og kvalitet forbedres ytterligere.</p> |
| Forløpstider og pakkeforløp kreft | <p>Henvisningsmottaket får inn en betydelig mengde henvisninger med pasientinformasjon som ikke er merket på en tydelig måte med sikker pasientidentifikasjon. Det er gjort tiltak for å bedre situasjonen ved å sende tilbakemeldinger til henvisende instanser.</p> |

| Risiko | Vurderinger/ tiltak |
|--|---|
| | <p>Sykehuset har velfungerende forløp innen flere kreftformer, spesielt er måloppnåelsen god innen tykk- og endetarmskreft, føflekk- og hjernekreft. Imidlertid har sykehuset fortsatt utfordringer innen forløp som prostatakreft og underlivskreft hos kvinner.</p> <p>Det er etablert forløpskoordinatorer, men det fokuseres fortsatt på tilstrekkelig utrednings- og behandlingsskapasitet, ledelse og samhandling i pakkeforløpene innad i OUS og mot andre helseforetak. Det er behov for at andre enn forløpskoordinatorene har kompetanse på registreringer og administrative rutiner for å redusere sårbarheten ved sykefravær osv.</p> |
| Kliniske systemer, opplæring | <p>Opplæring i bruk av DIPS pågår fortsatt og det er innført internsertifisering av leger i vurdering av henvisninger.</p> <p>Kjernejournal og eResept er innført. Aktuelle avdelinger er tilbudt undervisning på legenes morgenmøte, og det er avholdt undervisning i akutt-mottakene. Informasjon har blitt lagt ut kontinuerlig på egne intranettsider. Det er obligatorisk å gjennomføre eLæring for å få tildelt nødvendige tilganger.</p> |
| Utsending av epikriser | <p>Utsending av epikriser og laboratoriesvar følges opp av overvåkingsverktøyet Message Tracking Monitor (MTM) ved Sykehuspartner. I tillegg arbeides det med å begrense muligheten til å benytte uriktige adresser for brukerne, og formidle korrekt bruk av tjenestebasert adressering. Målet for oppfølgingen er å kutte papir helt.</p> <p>Ferdigstille en avstemningsløsning for kontroll av patologisvar som sendes internt fra Doculive-Patologi til DIPS.</p> |
| Utskrivning av pasienter/ legemiddelavstemming | <p>Opplæring i aktuelle nivå 1-prosedyrer.</p> |
| Svikt i oppfølging av pasienter i overgang til primærhelse-tjenesten | <p>Det er stort fokus på å sikre at epikriser og laboratoriesvar kommer frem til korrekt mottaker. Utsendelsene monitoreres via systemet MTM. Brukerfeilene er redusert i vesentlig grad, dette innebærer at OUS nå vurderer å stoppe utsendelser av papirepikriser parallelt med den elektroniske.</p> <p>Det jobbes fortsatt med etablering av koordinatorer i alle klinikker som driver pasient-behandling. I flere klinikker er funksjon tilsvarende koordinator på plass. Koordinatorene skal ivareta pasientforløpene fra hjem til hjem, ha fokus på overgangene i forløpene og arbeide aktivt ut mot primærhelse-tjenesten. Etablering av kontaktlegefunksjon vil ytterligere bidra til å sikre koordinerte tjenester internt i OUS og i overgangene ut mot fastleger og andre henvisere.</p> <p>PLO-meldinger er nå breddet til nesten alle landets kommuner. Elektroniske Dialogmeldinger mellom sykepleiere i OUS og sykepleiere i kommunen sikrer rask avklaring f.eks. i forbindelse med utskrivninger. OUS arbeider aktivt for at også elektroniske dialogmeldinger mellom leger kan realiseres så raskt som mulig.</p> <p>Det arbeides med å sikre at OUS ulike samhandlingsparter deltar i pasient-forløpsarbeidet fra "hjem til hjem". De inngåtte samarbeidsavtalene benyttes som strategiske virkemidler i arbeidet. Det samme gjelder for felles handlingsplaner. Nå skal OUS sammen med tre bydeler og sykehjemsetaten i Oslo kommune delta i et tre-årig nasjonalt program som nettopp skal sikre helhetlige og trygge pasientforløp for eldre og sårbare pasienter.</p> |

| | Risiko | Vurderinger/ tiltak |
|--|---|---|
| | Korridorpasienter/akuttmottak (MED/AKU) | Gjennomgang av nivå 1- og nivå 2-prosedyrer for hvordan overbelegg skal håndteres ved stor tilstrømning av øyeblikkelig hjelp-pasienter er igangsatt. Det har vært studiebesøk på Ahus for å lære av deres erfaringer med innføring av slike rutiner. |
| | Kap./driftprobl. AMIS spes v/større hendelser PRE | Etablere bedre teknologiske løsninger i AMK som elektronisk beslutningsstøtte og flåtestyring - midlertidig i OUS og varig iht nasjonale prosesser. Dette inkluderer også EPJ. |
| | Manglende konsolidering IKT - RIS/PACS-systemer | Følges opp i tett dialog med RKL/HSØ samtidig som nødvendige interne oppgraderinger ivaretas. |

3. Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt

| Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt <small>Inkluderer også HMS-, HR- og personalarbeid. (Overfør risikoer og tiltak fra enhetens HMS-handlingsplan)</small> | | | | | Sykehusnivå | | 08.05.17 | |
|--|---|---------------|--------------------------------------|---|------------------------------|---|----------------|--|
| Konsekvens Svært alvorlig (5) Alvorlig (4) Moderat (3) Lav (2) Ubetydelig (1) | Meget liten (1) Liten (2) Moderat (3) Stor (4) Svært stor (5) | Sannsynlighet | Vold/ulykke | Stør arbeidsbelastning innen enkelte områder | Byggstandard og plassforhold | Åpenhetskultur Truster ovenfor ansatte | Svært stor (5) | |
| | | | Benningssyring Kjentkalesikkerhet | Mangel på spesialsykepleiere Arb. irdsbrudd og oppløsing | Sikkskader | Stor (4) | | |
| | | | Moderat (3) | Moderat (3) | Moderat (3) | Moderat (3) | | |
| | | | Liten (2) | Liten (2) | Liten (2) | Liten (2) | | |
| | | | Ubetydelig (1) | Ubetydelig (1) | Ubetydelig (1) | Ubetydelig (1) | | |
| 2 | 8 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | |

Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt - risikoreducerende tiltak

| Risiko | Tiltak |
|--|--|
| Stor arbeidsbelastning innen enkelte områder | Gjennomgå arbeidsplaner, benytte bemanningspool, vurdere omfordeling og prioritering av oppgaver. Eget prosjekt om bemanningsstyring er opprettet. |
| Byggstandard | Vedlikeholdsplan i samråd med Arbeidstilsynet. Løpende vurdering av eksisterende areal |
| Bemanningsstyring | I Prosjekt forbedring av driften 2017-2021 er det etablert 3 HR prosjekt som skal bidra til forbedring av blant annet bemanningsstyring. I tillegg vil det fortsatt være tett oppfølging med kurs i lov og avtaleverk og optimalisering i bruk av GAT som planleggings- og styringsverktøy. |
| Arbeidstidsbrudd og oppfølging av disse | Den tette oppfølgingen av alle typer brudd på arbeidstidsbestemmelsene videreføres. Kontinuerlig dialog med den enkelte klinikk om tiltak for å redusere arbeidstidsbrudd herunder faste tertialvise møter med alle avdelingsledere vedrørende status og videre tiltak. |
| Vold og ulykker | Opplæring etter modell/best practice fra PHA. Det vurderes å utvide forsikringsordninger innenfor enkelte utvalgte enheter. |
| Kjemikaliesikkerhet | Forum for Grønn Kjemi i Helse Sør-Øst er etablert og godt i gang. Klinikkrapporter om status vedrørende stoffkartoteket, lokale risikovurderinger og substitusjon har blitt sendt ut. Som følge av dette har flere klinikker respondert positivt og satt egne mål innen temaet. Kjemikaliesikkerhet var et tema i HMS-årsrapport for OUS i 2016. |
| Stikkskader | For å øke fokus på området er det igangsatt et nettverk av «stikkskade ressurspersoner». Alle avdelinger/enheter med stikkskader som relevant tema inviteres til å delta. Arbeidsmiljøavdelingen koordinerer og står for opplæring. Det ble i 2016 avholdt en nettverkssamling, og det har hittil i 2017 blitt avholdt en til. Det vil bli flere samlinger i løpet av 2017. Fokuset er å øke antall stikkskaderessurspersoner i sykehuset. |
| Åpenhetskultur | Kull 2 av kulturkonsulentprogrammet er i gang. Mange kulturbyggingstiltak gjennomføres på forskjellige nivåer. Undervisning om kultur er en del av lederprogrammet og grunnkurs i HMS. Et koordineringsutvalg med arbeidsgiver- og arbeidstakerrepresentanter er opprettet med mandat knyttet til åpenhetskultur og oppfølging av Fafo-rapporten.. En Prosjektforum/ UiO-følgestudie gjennomføres av studenter om samme tema. Arbeidsmiljøuka i mai er gjennomført med temaet er kultur og pasientsikkerhet. En bredt sammensatt intern arbeidsgruppe jobber med den nye nasjonale medarbeiderunder-/pasientsikkerhetskultur-undersøkelsen (ForBedring). |
| Mangel på spesialsykepleiere | Det er redegjort for flere rekrutteringstiltak j.fr strategisk kompetanseplanlegging og - styring, videreføring av prosjekt om frigjøring av tid for operasjonssykepleiere for økt operasjonskapasitet etc. En egen handlingsplan for rekruttering og profilering er utarbeidet for 2017-2018. Inkludert tiltak for å styrke OUS omdømme som en attraktiv arbeidsplass, styrke rekrutteringskompetansen blant ledere og utarbeide et samarbeid med HIOA om frafall fra utdanning, operasjon. Utdanningsstillinger videreføres. |
| Trusler ovenfor ansatte | Læring etter modell/best practice fra PHA med formål å spre relevante tiltak til andre deler av sykehuset. Helse Sør-Øst har ekstra oppmerksomhet på vold i somatiske avdelinger, så tiltak vil også koordineres i samarbeid med de andre sykehusene i Helse Sør-Øst. |

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

| Fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon <small>Inkluderer også forskning, innovasjon, fagutvikling, kompetanseutvikling og utdanning</small> | Sykehusnivå | Oslo universitetssykehus | 08.05.17 | Sannsynlighet | | | | |
|--|---|------------------------------|--|------------------|-----------|-------------|----------|----------------|
| | | | | Megget liten (1) | Liten (2) | Moderat (3) | Stor (4) | Svært stor (5) |
| Svært alvorlig (5) | | | | | | | | |
| Alvorlig (4) | Spes. utdanning leger - veiledning og supervisjon | | | | | | | |
| Moderat (3) | Lower og etikk i forskning - avvikssaker | Kliniske studier - kapasitet | Arcaer til forskning Innovasjonsprosjekter - kapasitet Legger i spesialisering - legges til rette for gjennomstrømning i OUS Mangel på praksisplasser (innen kirurgi) og for spetsialsykeleiere | | | | | |
| Lav (2) | Implementering av ny spesialist-utdanning for leger del 1 | Biobankinfrastruktur | | | | | | |
| Ubetydelig (1) | | | | | | | | |
| 1 | 8 | | | | | | | |

Fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon - risiko-reducerende tiltak

| | Risiko | Tiltak |
|--|---|--|
| | Oppgradering forskernett samt databaseverktøy | Følge opp behov gjennom deltakelse i programstyret i Regional IKT for forskning (RIF) |
| | Lover og etikk i forskning - avvikssaker | Ferdigstille mandat og saksbehandlingsregler for redelighetsutvalg, i samarbeid med UiO og Ahus. Bidra til ferdigstillelse av personvernombudets og UiOs felles nettbaserte opplæringsprogram om personvern- og informasjonssikkerhet i forskning (PIFF). |
| | Biobankinfrastruktur | Ferdigstille kartlegging og utarbeide ledermøtesak om lagringsfasiliteter. |
| | Arealer til forskning | Bidra i arbeidet med konseptfaser og forprosjekter for nye bygg |
| | Kliniske studier - kapasitet | Forskningsstøtte styrker sin kapasitet gjennom reorganisering og etablering av Avdeling forskningsstøtte kliniske studier. Klinikken planlegger mer systematisk for gjennomføring av studier, som angitt i oppdragsdokument til klinikkene og handlingsplaner. |
| | Innovasjon - kapasitet | Utarbeide ny innovasjonsstrategi med god forankring i sykehusledelsen og i klinikkene. |
| | Leger i spesialisering - legge til rette for gjennomstrømsstillinger ved OUS | Oppfordre avdelingene til å legge til rette for skreddersydde løp. |
| | Implementering av ny spesialist-utdanning for leger del 1 | Gjennomføre planlagt prosjekt i de tre aktuelle klinikkene som mottar LIS 1. Omprioritere ressurser internt i sykehuset i henhold til ledermøtevedtak. |
| | Spesialistutdanning leger - veiledning og supervisjon | OUS/Regionalt Utdanningscenter Helse Sør-Øst vil gjennomføre flere nyetablerte veilederkurs i regionen i løpet av neste tertial. Oppfordre avdelingene til å tilrettelegge for tid til veiledning/supervisjon. |
| | Mangel på praksisplasser for sykepleiere (innen kirurgi) og spesialsykepleiere. | Fortsette å holde god dialog med praksiskoordinatorerne, høgskolene, klinikkene og øvrige helseforetak i regionen for å signalisere kapasitet samt jobbe for å etablere flere praksisplasser. |

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

| God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør <small>Inkluderer samhandling, generell administrasjon, økonomi, innkjøp, IKT, bygninger, lokaler, transport, kjøkken, tekniske og andre interne tjenester samt ytre miljø</small> | Sykehusnivå | | Samsynlighet | | |
|--|-----------------|-----------------------------------|---|----------|----------------|
| | Meget liten (1) | Liten (2) | Moderat (3) | Stor (4) | |
| Svært alvorlig (5) | | | | | Svært stor (5) |
| Alvorlig (4) | | | Resultat i iht budsjett 2017 Økonomisk bærekraft Ineffektiv bygn. Stort vedlikeholdsetterlep | | |
| Moderat (3) | | Kontrollmiljø (økonomi, juridisk) | Gammelt medisinsk teknisk utstyr Manglende realisering av IKT-områdeplan Gjennomføring av regionale IKT-prosjekter Leveranser fra Sykehuspartner | | |
| Lav (2) | | | | | |
| Ubetydelig (1) | | | | | |
| Konsekvens | 3 | 5 | | | |

God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør - risikoreduserende tiltak

| Risiko | Tiltak |
|---|---|
| Økonomisk bærekraft | Langsiktig plan for forbedring av økonomisk resultat er behandlet av styret 23. juni 2016. Det er etablert programkontor for «forbedring av drift 2017-2021». Beregnet behov for resultatforbedring er kommunisert til sykehusets klinikker og fremgår av årlige budsjetter. Klinikkerne lager lokale tiltak og tiltak basert på prosjekter fra «forbedring av driften». Ved igangsettelse av konseptfaser og forprosjekter for nye bygg innarbeides tydelige krav til resultatforbedring i driften når nye bygg tas i bruk. |
| Ineffektiv bygningsmasse/ stort vedlikeholds- etterslep | Lån for oppgradering og lukking av avvik ble innvilget for årene 2016-2019 og OUS HF prioriterer de viktigste prosjektene innenfor denne lånerammen inn mot hvert års investeringsbudsjett. Idéfase OUS HF er behandlet av Helse Sør-Øst og byggeprosjekter går videre til konseptfaser. |
| Gammelt medisinsk teknisk utstyr | Øke investeringsnivået i tråd med økonomisk langtidsplan (avhenger av resultat og langsiktig økonomisk bærekraft). |
| Resultat i henhold til budsjett 2017 | Det ble etablert tiltak som en del av budsjett 2017. I tillegg er det besluttet nye tiltak i februar 2017 for å redusere resultatrisikoen. |
| Manglende realisering av IKT-områdeplan | Tydeliggjøre konsekvens av regionale beslutninger for OUS områdeplan IKT. |
| Gjennomføring av regionale IKT-prosjekter | Bidra til å sikre realistiske planer og definere tydelige leveranser som kan forankres hos HSØ RHF og foretaksgruppen for øvrig. Gjennomføre realistiske konsekvensanalyser av hva prosjektgjennomføring/ ibruktakelse vil innebære for resten av foretaket. Vurdere og hensynta samtlige konsekvenser i forbindelse med beslutning om gjennomføring |
| Leveranser fra Sykehuspartner | Tett involvering av SP i leveranser og planlegging (foranalyser mv). Høyt fokus på etablering av rutiner i forbindelse med ny ekstern leverandør. Vurdere å iverksette egne lokale prosjekter for å avhjelpe en uholdbar situasjon for forskerne i OUS. |
| Kontrollmiljø (økonomi, juridisk) | Fortsette arbeidet med gjennomføring av helhetlig internkontroll innenfor økonomiområdet i hele virksomheten. Det er gjort en eksplisitt bestilling til klinikkene om å vurdere klinikkvise risikoområder for oppfølging i 2017. Denne må ses i sammenheng med risikovurderingene for 1. tertial. Det er etablert en ressursgruppe for implementering av det regionale antikorrupsjonsprogrammet. |

Målgruppe: Styret
Faglig ansvarlig: Ass. direktør Sølvi Andersen
Stab fag, pasientsikkerhet og samhandling
Dato: 15.06.2017



| | |
|---|-----------|
| 1 Virksomhetsstyring, intern styring og kontroll | 3 |
| 1.1 Oppdrag og bestilling. Handlingsplan 2017..... | 3 |
| 1.2 Styrende dokumentasjon som ledd i god intern styring og kontroll..... | 3 |
| 1.3 Kontinuerlig systematisk forbedringsarbeid og LEAN..... | 4 |
| 1.4 Hendelsesregistrering og avvikshåndtering..... | 5 |
| 1.5 Revisjoner..... | 6 |
| 1.6 Eksterne tilsyn | 10 |
| 1.7 Miljø-sertifisering i henhold til ISO14001-2015 | 11 |
| 2 Pasientbehandling med fokus på pasientsikkerhet og samhandling..... | 11 |
| 2.1 Uønskede pasienthendelser | 11 |
| 2.2 Publisering av uønskede hendelser på sykehusets nettsider | 12 |
| 2.3 Sykehusinfeksjoner..... | 12 |
| 2.4 Varsel til Statens helsetilsyn etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a | 13 |
| 2.5 Meldinger til Kunnskapssenteret, § 3-3..... | 13 |
| 2.6 Klage og tilsynssaker om forsvarlighet i pasientbehandlingen..... | 14 |
| 2.7 Nasjonale kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre | 18 |
| 2.8 Brukerundersøkelsen | 20 |
| 2.9 Pasientsikkerhetsvisitter | 21 |
| 2.10 Etske drøftinger | 21 |
| 2.11 Pasientforløpsarbeidet - pasientforløp innen kreft | 23 |
| 2.12 System for ledelsesoppfølging og forbedringsarbeid i kreftforløp | 23 |
| 3 Utdanning av helsepersonell..... | 25 |
| 3.1 Ny overordnet handlingsplan til Utdanningsstrategien 2017-2018 | 25 |
| 4 Forskning og utvikling..... | 26 |
| 4.1 Forskning..... | 26 |
| 4.2 Innovasjon..... | 30 |
| 5 Arbeidsmiljø - HMS-avvik..... | 32 |
| 5.1 Fordeling av innmeldte saker | 32 |
| 5.2 Skader..... | 33 |
| 6 Vedlegg..... | 36 |
| 6.1 Eksterne tilsyn gjennomført i 3. tertial 2016 | 36 |
| 6.2 Eksterne tilsyn fra tidligere perioder - fortsatt under arbeid..... | 37 |
| 6.3 Nasjonale kvalitetsregistre - resultater fra ledelsens gjennomgang | 38 |

1 Virksomhetsstyring, intern styring og kontroll

1.1 Oppdrag og bestilling. Handlingsplan 2017

Sykehuset har siden 2012 årlig arbeidet systematisk med å sammenfatte oppdragsdokument fra eier og sykehusets egne prioriteringer til en helhetlig og klinikkovergripende handlingsplan for sykehuset.

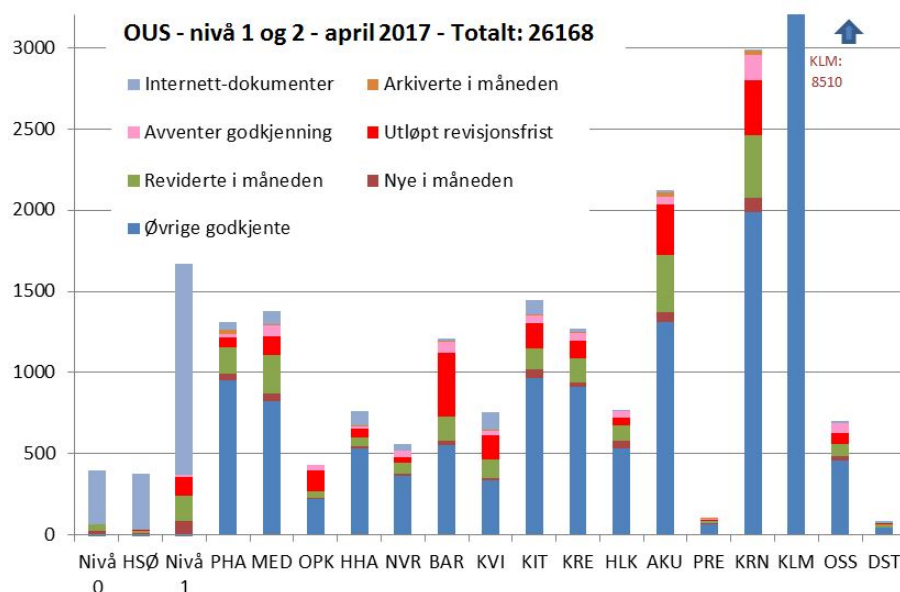
Oppdragsdokumentet er uttømmende ivaretatt i handlingsplanen, og deles opp i konkrete satsningsområder innen rammene av sykehusets fire strategiske hovedområder:

1. Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv (pasientbehandling)
2. Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt (arbeidsmiljø)
3. Fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon (forskning, innovasjon og utdanning)
4. God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør (økonomi og infrastruktur)

Handlingsplanen og målinger (aktivitetsindikatorer, pasientsikkerhetsindikatorer, kvalitetsindikatorer, HR-data mv) utgjør grunnlaget for de tertialvise oppfølgingsmøtene. Lederne opplever med dette en bedre sammenheng mellom de pålagte oppgaver og spørsmålene de får i lederoppfølgingen.

1.2 Styrende dokumentasjon som ledd i god intern styring og kontroll

Antallet dokumenter som av ledere beskriver hvordan tjenester og aktiviteter skal planlegges, utføres, kontrolleres og dokumenteres varierer mellom klinikkene. Totalt er det er nå 26 168 styrende dokumenter i bruk. Klinikk for laboratoriemedisin har flest dokumenter. De har ryddet og arkivert mange dokumenter slik at antallet nå er redusert til 8510 dokumenter. Klinikk for radiologi og nukleærmedisin har nesten 3000 dokumenter. For øvrig har de fleste klinikkene mellom 500 og 1 500 aktive dokumenter.



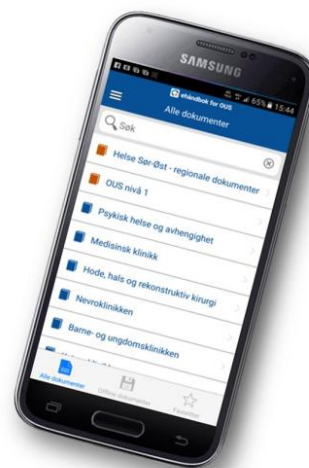
Figur 1. Totalt antall dokumenter pr. april 2017. Kilde: eHåndbok

Flere klinikker har begynt å arkivere dokumenter som anses som unødvendige. Totalt sett har sykehuset nå 150 dokumenter mer enn for 12 måneder siden.

Sykehuset presentert 344 regionale dokumenter i internettversjonen av eHåndbok for Helse Sør-Øst RHF som gjelder for alle helseforetak. Dette er primært dokumenter om DIPS, informasjonssikkerhet og medikamentell kreftbehandling. Særlig innen det siste området er det planlagt flere dokumenter da disse skal støtte gjennomføringen av ulike kurer innen kreftbehandlingen.

I den tertialvise dialogen med klinikkene har det vært særlig oppmerksomhet på at styringsdokumenter må fornyes, eventuelt slettes, eller at de blir flyttet til riktig nivå/mappe. Klinikkerne ble også anmodet om at de bør dele flere dokumenter på internett for å styrke samhandling med andre samarbeidende helsetjenester og helseforetak.

Sykehuset har utviklet en «app» for mobil og nettbrett tilgjengelig før sommeren på «Google Play» og «App Store». Hensikten er å gjøre sykehusets styrende dokumenter lettere tilgjengelig for medarbeiderne der de er. I tillegg kan appen fritt benyttes av samarbeidspartnere og andre.



Figur 2. Skjerm bilde av mobilappen

1.3 Kontinuerlig systematisk forbedringsarbeid og LEAN

Alle klinikkene har fått i oppdrag å jobbe systematisk med forbedringsarbeid som ledd i sykehusets virksomhetsstyring og kvalitetssystem, noe som har medført stor aktivitet i alle klinikker.

500 ansatte har nå gjennomført grunnopplæring i LEAN som dreier seg om å forbedre driften ved å fjerne sløsing, dobbeltarbeid og unødig venting. I tillegg er det gjennomført andre typer opplæring som kurs i tavlemøter og flytarbeid.

28. februar var om lag 1000 av sykehusets ledere samlet i Oslo kongressenter for å bli inspirert til fortsatt innsats til forbedring. På programmet var både eksterne foredragsholdere og interne presentasjoner fra vellykkede forbedringstiltak i sykehuset. Ledere fra andre sykehus og Oslo kommune var også invitert. Samlingen hadde tittelen «Ikke sløs med tiden min» - i et lederperspektiv, og var en oppfølger av ledersamlingen i 2015. Administrerende direktør delte for første gang ut en forbedringspris. Prisen har som formål å skape motivasjon og entusiasme for kontinuerlig forbedring og løfte fram gode eksempler på viktig arbeid i sykehuset. Årets vinner var «Seksjon for nevrokirurgisk operasjon» ved seksjonsleder Tone Stallemo.

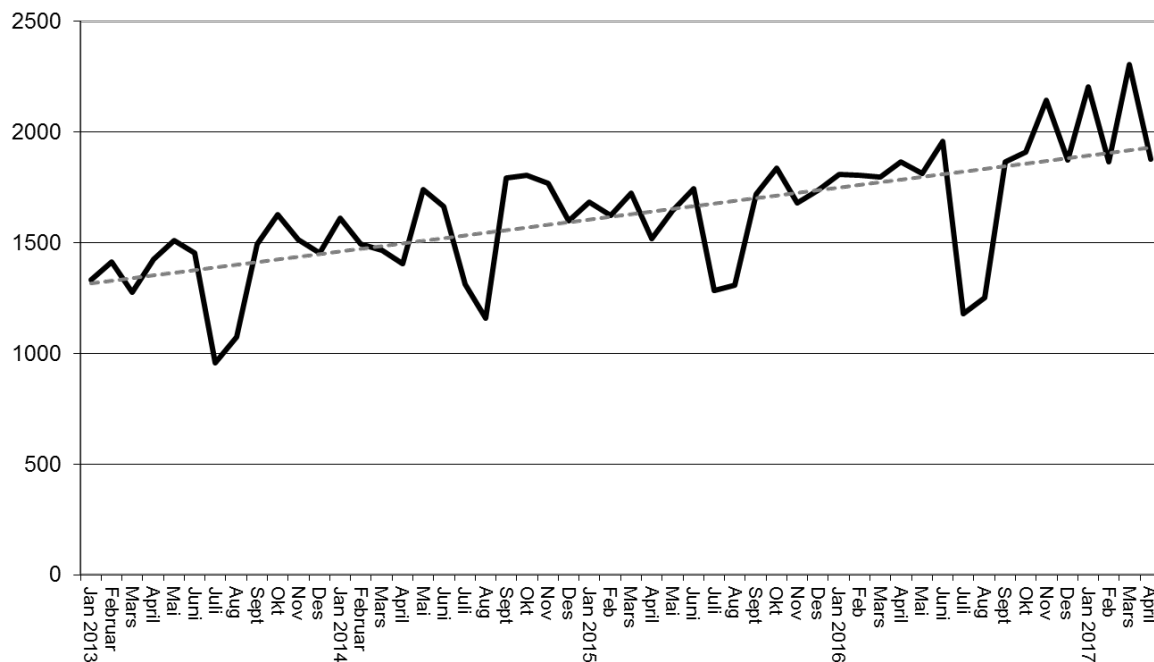
Sykehuset har etablert et samarbeid med andre helseforetak som Vestre Viken HF, Helse Stavanger HF og Sykehuset Innlandet HF (Lillehammer) for å fornye og sikre kunnskaps-overføring.

I 2016 ble «Det grønne korset» introdusert i sykehuset. Metoden understøtter pasientsikkerhet i hverdagssituasjoner og forbedrer pasientsikkerhetskulturen gjennom daglig visuell oppsummering og presentasjon av uønskede hendelser i enhetene til alle ansatte. Bruken er økende.

1.4 Hendelsesregistrering og avvikshåndtering

Det har blitt registrert 8253 uønskede hendelser/avvik og forbedringsforslag ved sykehuset i første tertial 2017. Dette er en økning på 13 % fra samme periode i fjor. Antall dokumenterte forbedringstiltak er 3543, en økning på 33 % i forhold til samme periode i 2016.

Erfaringen er også at de mest alvorlige hendelsene får en omfattende og grundig vurdering i klinikkens lokale pasientsikkerhets- og kvalitetsutvalg som blir dokumentert som en avslutning av saksbehandlingen. Det testes nå ut nye måter å tilgjengeliggjøre denne viktige informasjonen til alle ansatte i sykehuset.



Figur 3. Uønskede hendelser og risikoforhold – alle typer - registrert per måned med trendlinje. Kilde: Achilles

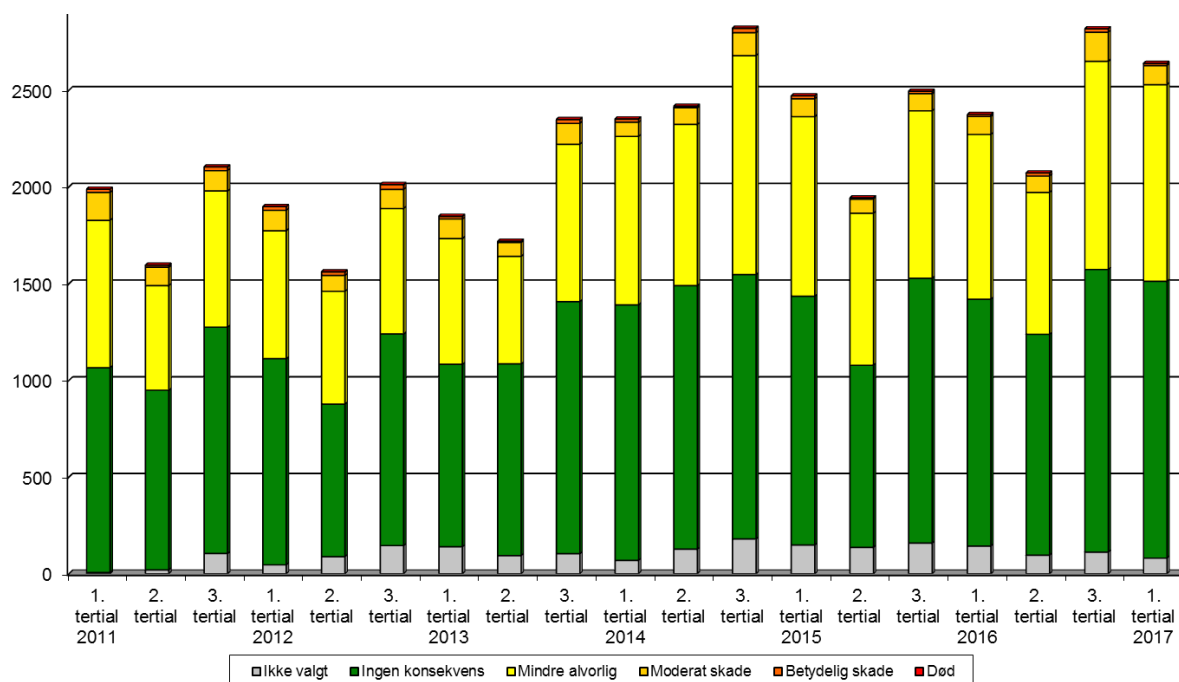
Et mål i det videre arbeidet er nå å forbedre analysene av de uønskede hendelsene for å kunne lage enda flere og mer målrettede forbedringstiltak. Det utvikles nå et eget analyseverktøy i Achilles basert på metodikken i «kjerneårsaksanalyse» til bruk for de lokale lederne og saksbehandlere.

En fortsatt økning i antall registreringer er en ønsket utvikling. Ferietid og redusert aktivitet medfører normalt færre registreringer i juli og august.

1.4.1 Andre avvik og forbedringsforslag

Alle avviksregistreringer kategoriseres i hovedkategoriene «Pasienthendelse» (figur 6), «HMS Hendelse» (figur 9) eller «Andre avvik og forbedringsforslag» (figur 5). Registreringer i kategorien «Andre avvik og forbedringsforslag» (figur 5) har økt med 11 % sammenliknet med samme periode i fjor.

25 % av registreringene er laboratorierelaterte avvik, i hovedsak med ingen eller mindre alvorlig konsekvens.



Figur 4. Registreringer i Achilles av typen "andre avvik og forbedringsforslag" inndelt i "Faktisk konsekvens". Kilde: Achilles

1.5 Revisjoner

Revisjonsområdene blir prioritert på bakgrunn av risikoanalyser og aktualitet (Styresak 29/2016). I perioden har det vært planlagt og utført tre stedlige interne revisjoner; En revisjon innen området «henvisninger og ventelister» og to revisjoner på området «personvern og informasjonssikkerhet». Konsernrevisjonen har gjennomført «revisjon av legemidler».

1.5.1 Revisjoner utført av Internrevisjonen

Revisjon innen «Henvisning og ventelister».

Revisjonen ble besluttet på bakgrunn av mediaoppslag i desember 2016, hvor det ble fremsatt påstander om ventelistejuks i Oslo universitetssykehus HF basert på håndtering av henvisninger knyttet til rettighetsvurdering. Formålet med revisjonen var å vurdere om aktuell avdeling arbeider på en forsvarlig måte med håndtering av henvisninger slik lovverket tilsier. Temaet var avgrenset til de deler av

henvisningsperioden som omhandlet mottak og registrering av henvisning, vurdering og registrering av vurdert henvisning, samt henvisninger til oppfølging- ferdig vurdert.

Revidert enhet var Nevrologisk avdeling, poliklinikk ved Ullevål sykehus og Rikshospitalet. Påstandene som fremkom i medieoppslaget kan ikke verifiseres og de ansatte kjenner seg ikke igjen i påstandene. Det ble gjort seks observasjoner. Disse knyttet seg til ledelse og organisering av området, mangler vedrørende opplæring og manglende kunnskap om henvisningspraksis. Revidert enhet har definert tiltak for å lukke avvikene og alle avvikene har nå status utført/lukket.

Revisjon innen «Intern styring og kontroll innen personvern og informasjonssikkerhet»
Som en del av internkontrollen med informasjonssikkerhet og personvern er det gjennomført revisjon ved bruk av Questback i alle klinikker og avdelinger¹. Det ble sendt ut i to versjoner: En til alle ledere og en til ansatte som er registrert som bruker av DIPS.

Temaer:

- Opplæring innen informasjonssikkerhet og personvern
- Lovlig grunnlag for oppslag i pasientjournal
- Uberettigede oppslag i pasientjournal
- Lagring av personopplysninger
- Bruk av mobiltelefon for bilde taking og bruk av e-post
- Melding av avvik innen personvern og informasjonssikkerhet

Arbeidet med oppsummering og rapportering fra revisjonen er ferdigstilt og ble presentert i sykehusets ledermøte 23. mai 2017. Det er videre gjennomført to stedlige revisjoner ved Medisinsk klinikk:

- Avdeling for endokrinologi, sykkelig overvekt og forebyggende medisin med fokus på forskningsprosjektet «STORK Groruddalen». Det ble identifisert 12 avvik, blant annet knyttet til lagring av sensitive personopplysninger. Dialog om tiltak pågår.
- Geriatrisk avdeling, med fokus på nasjonalt kvalitetsregister NORKOG med tilhørende forskningsbiobank. Det ble identifisert 8 avvik og 2 forbedringsområder, blant annet avvik knyttet til mangelfull ivaretagelse av databehandlingsansvar. Dialog om tiltak pågår.

1.5.2 Oppfølging av tidligere interne revisjoner

Revisjon innen «Tilberedning av legemidler»

Revisjonen ble gjennomført i fem enheter i november 2016. Legemiddelrevisjonen omfattet dokumentgjennomgang, befarung og stedlig revisjon. Formålet var å evaluere om sykehuset har etablert en gjennomgående struktur som sikrer god og forsvarlig tilberedning av legemidler i alle enheter.

¹ Revisjonsplan 2016/2017, styresak 29/2016 og ledermøtesak 384/2016).

Det ble funnet totalt 14 avvik som var forbundet med relativt høy risiko. Det ble gitt anbefalinger til reviderte enheter vedrørende risikovurdering, forsterking av opplæring knyttet til gjeldende prosedyrer, sikring av ordineringer og dobbeltkontroller, sikring av forsvarlige legemiddellager samt å sikre renhold av tilberedningsområder og aseptisk teknikk ved tilberedninger. Fortsatt gjenstår en del arbeid før alle avvik er lukket.

Revisjon innen «Systematisk HMS arbeid»

Revisjonen ble gjennomført i fire klinikker, i Direktørens stab (Stab pasientsikkerhet og kvalitet) og ved Arbeidsmiljøavdelingen i desember 2016. Revisjonen stilte spørsmål om det er etablert et gjennomgående strukturert HMS-arbeid ved Oslo universitetssykehus HF? Hovedkonklusjonen var at sykehuset har et etablert et system for det systematiske Helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid som i all hovedsak beskriver hvordan dette skal gjennomføres og følges opp, men at det fremkom observasjoner under revisjonen som kan få alvorlige konsekvenser eller risikoer.

En rapport fra samme periode med komplementære funn og anbefalinger er utredningen «Pasientsikkerhet, kvalitet og HMS – flere gjensidige avhengigheter». Rapportene sees i sammenheng og det pågår nå arbeid med å konkretisere det videre HMS arbeidet.

Revisjon innen «Medisinsk koding - området "pasientopplæring og tiltak i gruppe"»

Revisjonsgjennomføringen besto av dokumentstudier, brevrevisjon av 20 kurs avviklet i 2015, tradisjonell (stedlig) revisjon i to klinikker og gjennomgang av dokumentasjon og kodingen i 100 journaler fra deltagerne i de 20 avviklede kursene. Revisjonsperioden var fra september 2015 til desember 2015.

Det fremkom flere kritiske observasjoner som kunne medføre alvorlige konsekvenser eller risikoer hvis de ikke ble håndtert. Det ble utarbeidet handlingsplaner for området fra oktober 2016. Det er gjennomført en rekke sykehusomfattende og lokale tiltak, men det er fortsatt behov for fokus på området. Flere revisjonsfunn vil derfor fortsatt bli fulgt opp.

1.5.3 Revisjoner utført av Konsernrevisjonen

Revisjon innen «Legemidler ved Oslo universitetssykehus»

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst har gjennomført revisjon om «Legemidler ved Oslo Universitetssykehus » i perioden januar til mars 2017. Revisjonen har kartlagt og vurdert i hvilken grad det etablert tilfredsstillende intern styring og kontroll knyttet til anvendelse av nye, kostbare legemidler. Revisjonen ble gjennomført i Direktørens stab, Kreftklinikken og Oslo sykehusservise (Avdeling for aktivitetsdata og analyse).

Revisjonen hadde følgende problemstillinger:

1. I hvilken grad sikrer helseforetaket at Beslutningsforums vedtak om ibruktakelse av nye legemidler etterleves?
2. I hvilken grad sikrer helseforetaket et korrekt grunnlag for ISF-finansiering gjennom etterlevelse av rapporteringskrav til Norsk pasientregister (NPR) knyttet til rekvirering av legemidler?

Konsernrevisjonens vurdering og anbefaling:

- Konsernrevisjonens overordnede vurdering er at det er etablert intern styring og kontroll som i tilstrekkelig grad sikrer etterlevelse av krav og føringer for forskrivning av og koding knyttet til behandling med de aktuelle legemidlene.
- Konsernrevisjonen anbefalte imidlertid at helseforetaket formaliserer deler av internkontrollen i noe større grad. Disse anbefalingene er fulgt opp.

Revisjonsrapporten ble behandlet i styremøte 4.mai 2017 (Styresak 30/2017)

1.5.4 Oppfølginger av konsernrevisjoner fra tidligere tertial

Revisjon innen «Tiltaksarbeid etter tidligere revisjoner utført av konsernrevisjonen HSØ»

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF gjennomførte revisjon om «tiltaksarbeid etter tidligere revisjoner utført av konsernrevisjonen» i perioden august 2016 - oktober 2016. Revisjonen inkluderer styret, administrerende direktør, direktørens stab, Oslo sykehusservise, Kreftklinikken, Hjerte-, lunge-, karklinikken og Nevroklinikken.

Bakgrunnen for revisjonen er krav til helseforetakene om økt fokus på kvalitet, pasientsikkerhet og kontinuerlig forbedring, samt et ønske fra styret i det regionale helseforetaket om å undersøke hvordan det sikres at revisjonene bidrar til læring og forbedring. Målet med revisjonen var å kartlegge og vurdere om Oslo universitetssykehus HF har fulgt opp de anbefalinger som er gitt av konsernrevisjonen, og hvordan dette blir håndtert av helseforetakets ledelse.

Revisjonsrapporten ble behandlet i styremøte 17.februar (Styresak 7/2016)

Konsernrevisjonens hovedkonklusjon var:

- Oslo universitetssykehus HF har etablert et system for intern styring og kontroll som inkluderer oppfølgingsarbeid av revisjoner og tilsyn. Men konsernrevisjonen fant mangler i etterlevelsen av disse.
- Det ble fremhevet som svært viktig at helseforetaket får lik forståelse av den enkeltes rolle, ansvar og oppgaver slik at både stab og linje er innforstått med sitt individuelle ansvar og hvilke forventninger det er til oppfølgingen.
- Dersom Oslo universitetssykehus HF i større grad inkluderer oppfølgingsarbeidet i de ordinære styring- og oppfølgingsprosessene, vil det medføre bedre eierskap - som igjen vil øke effekten av tiltaksarbeidet.

Det ble utarbeidet handlingsplaner etter revisjonen som følges opp i Direktørens stab. Styret vil bli orientert om oppfølgingen av handlingsplan på et senere styremøte.

Revisjon innen «Tilgjengelige helsetjenester»

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF gjennomførte revisjon om «tilgjengelige helsetjenester» i perioden september 2015 til november 2015.

Målet med revisjonen var å undersøke hvordan Oslo universitetssykehus HF arbeider for å sikre at pasientene får helsehjelp innen fastsatte tidspunkt i alle deler av pasientforløpet. Revisjonen viste til dels kritiske observasjoner som kunne få alvorlige konsekvenser eller risikoer hvis de ikke ble håndtert.

Iverksatte tiltak:

- Sykehusomfattende og klinikkvise handlingsplaner er utarbeidet og skal evalueres i 2017.
- Flere av de «kritiske» områdene inngår i sykehusets ordinære drift, som ukentlig «gjennomgang av virksomheten» i sykehusets ledermøte hvor det pasientadministrative området gjennomgås ved rapportanalyser fra DIPS
- Det er igangsatt flere delprosjekter under programmet «Forbedret drift» som «Hvordan forbedre operasjonsvirksomheten i OUS» og «Hvordan kan vi forbedre drift av poliklinikkene i OUS»
- Det er iverksatt opplæringsprogram for ledere
- Direktørens stab er omorganisert som forventes å få styrket effekt på de pasientadministrative prosessene i sykehuset.

Funnene og tiltakene vil bli fulgt opp videre.

1.6 Eksterne tilsyn

Oslo universitetssykehus HF forholder seg til en rekke statlige organer med overordnet tilsynsmyndighet innenfor sine fagområder, og som alle skal kontrollere og sikre utøvelse i samsvar med lover og forskrifter. I perioden har det vært syv tilsynsbesøk fra fem ulike tilsynsmyndigheter. Nedenfor gis en kort oppsummering av de viktigste:

Statens helsetilsyn var 24. januar 2017 på tilsyn hos Avdeling for transplantasjonsmedisin. Temaet var Humane organer beregnet til transplantasjon, - med særlig fokus på koordinering og allokering av organer fra donor til mottaker.

Det ble gitt ett avvik:

1. Oslo universitetssykehus HF sikrer ikke at rutiner og retningslinjer for opplæring og kompetanse for personell som utfører oppgaver knyttet til transplantasjonsvirksomheten, er dokumentstyrt og blir etterlevd i praksis.

Det er startet arbeid med ulike tiltak innen opplæring og kompetanse samt utarbeidelse og samling av skriftlige prosedyrer. Handlingsplan oversendes innen fristen 1. juni 2017.

Mattilsynet har vært på to tilsyn.

1. 17. februar 2017 var de på inspeksjon på dyreavdelingen ved Avdeling for komparativ medisin, Rikshospitalet.
Det ble gitt to avvik: Ett i forhold til vedlikehold av overflater i vaskerom og det andre gjaldt gnagersikring av fôrlager. Tiltak planlegges og gjennomføres innen fristen 1. mars 2018.
2. 4. april 2017 var de på oppfølgingstilsyn på hovedkjøkkenet på Ullevål sykehus etter en inspeksjon høsten 2016. Saken er lukket da det ikke ble gitt avvik.

For de øvrige tilsynene har vi foreløpig ikke mottatt rapport (se fullstendig oversikt i kapittel 6.1).

1.7 Miljø-sertifisering i henhold til ISO14001-2015

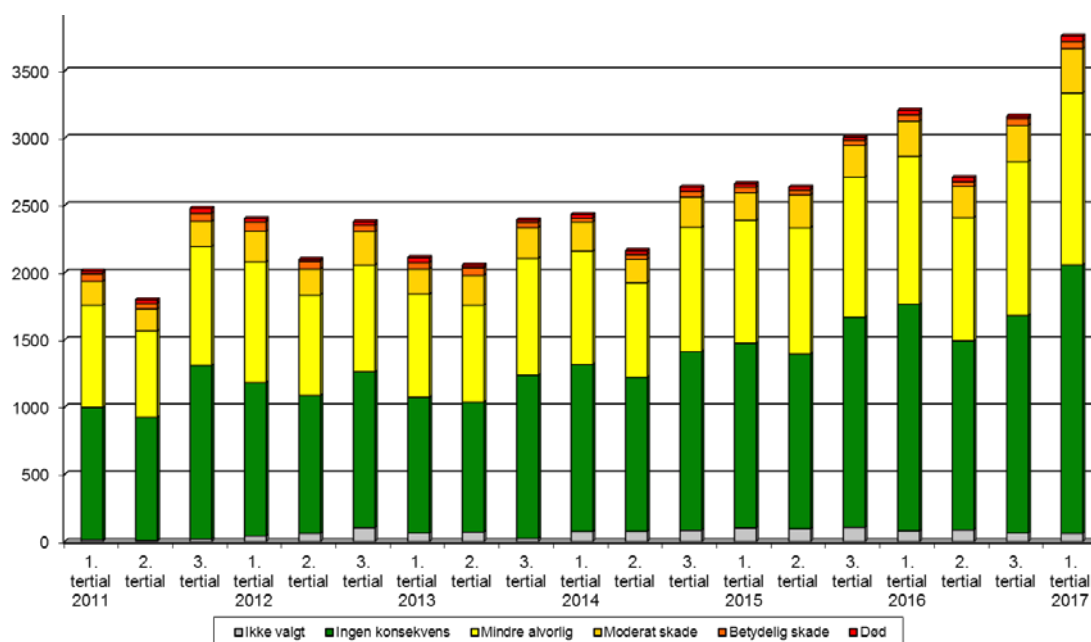
Det er pt. ikke prioritert å søke om miljø-sertifisering i henhold til ISO 14001. Det jobbes fortsatt med å forbedre systemene, organisere og sikre en struktur på aktiviteten og det vil bli vurdert å søke om sertifisering i løpet av 2018.

2 Pasientbehandling med fokus på pasientsikkerhet og samhandling

2.1 Uønskede pasienthendelser

Uønskede pasienthendelser

Det er en fortsatt økning i antallet registrerte uønskede pasienthendelser, opp 17 % sammenliknet med samme periode i fjor. Dette er en ønsket utvikling som i stor grad tilskrives god meldekultur.



Figur 5. Registrering av pasientrelaterte hendelser og faktisk konsekvens. Kilde: Achilles

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

| | | Totalt | Ingen konsekvens | Mindre alvorlig | Moderat skade | Betydelig skade | Dødsfall | Ikke valgt |
|-----------------------------|------|--------|------------------|-----------------|---------------|-----------------|----------|------------|
| Pasienthendelse | | 3758 | 1997 | 1276 | 330 | 54 | 40 | 61 |
| Behandling og pleie | 24 % | 904 | 445 | 303 | 115 | 14 | 21 | 6 |
| Diagnostikk / utredning | 11 % | 408 | 194 | 148 | 34 | 15 | 7 | 10 |
| Dokumentasjon / informasjon | 10 % | 367 | 225 | 117 | 19 | 1 | 0 | 5 |
| Fall og uhell | 6 % | 243 | 123 | 79 | 31 | 5 | 4 | 1 |
| Infeksjon | 1 % | 28 | 10 | 10 | 4 | 2 | 1 | 1 |

| | | | | | | | | |
|-----------------------------|------|-----|-----|-----|----|---|---|----|
| Legemidler og blodprodukter | 18 % | 675 | 420 | 223 | 23 | 3 | 2 | 4 |
| Medisinsk utstyr | 5 % | 201 | 123 | 62 | 13 | 2 | 0 | 1 |
| Pasientadferd | 2 % | 61 | 12 | 27 | 17 | 2 | 3 | 0 |
| Pasientadministrasjon | 17 % | 641 | 343 | 240 | 41 | 7 | 1 | 9 |
| Ikke kategorisert | 6 % | 230 | 102 | 67 | 33 | 3 | 1 | 24 |

Tabell 1. Fordeling av pasienthendelser i hovedkategorier. Kilde: Forbedringssystemet Achilles.

Fordelingen pr kategoriene har små prosentvise endringer.

| | 1. tertial 2015 | 2. tertial 2015 | 3. tertial 2015 | 1. tertial 2016 | 2. tertial 2016 | 3. tertial 2016 | 1. tertial 2017 |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Andel betydelig skade / død | 2,6 % | 2,4 % | 2,1 % | 2,6 % | 2,4 % | 2,2 % | 2,5 % |
| Andel med ingen konsekvens / nesten-uhell | 52 % | 49 % | 52 % | 53 % | 52 % | 51 % | 53 % |

Tabell 2. Prosentvis fordeling av kategoriserte hendelser. Kilde: Achilles

2.2 Publisering av uønskede hendelser på sykehusets nettsider

Læring av uønskede hendelser er viktig for å tilstrebe at tilsvarende hendelser ikke skal oppstå på nytt. Det er publisert² 57 saker med læring etter anonymiserte uønskede hendelser som berørte pasienter på sykehusets internettsider i første tertial 2017. Disse sakene og erfaringene fra dem, er derved tilgjengelig for alle helsearbeidere i Norge som kilde til lokale forbedringer.

Sykehusets erfaringer er at åpenhet om alvorlige uønskede hendelser medvirker til økt tillit. Selv om man kunne mistenke at blottlegging av uønskede hendelser for pasienter, pårørende og media kan svekke sykehusets omdømme, oppfattes det overveiende positivt at helsepersonell deler innsikt, erfaring og mulighet for læring og forebygging av tilsvarende nye hendelser.

2.3 Sykehusinfeksjoner

Sykehusinfeksjoner er komplikasjoner for alle typer sykehusinnleggelse. Slike infeksjoner påfører pasienter lidelser og har stor økonomisk og ressursmessig betydning for sykehusdrift. Sykehusinfeksjoner er en vedvarende pasientsikkerhetsutfordring, både for enkeltpasienter og for sykehusets drift og dermed tilbudet også til øvrige pasienter. Aktuelle eksempler er utbrudd av noro-virus på Gaustad hotell med midlertidig stengning for inntak av planlagte pasienter, og utbrudd av VRE (vankomycinresistente enterokokker) med redusert kapasitet på sengeposter pga isolasjonstiltak og behov for testing av godt over 1000 potensielt eksponerte pasienter.

Det foretas jevnlig prevalensundersøkelser for å forebygge forekomst av sykehusinfeksjoner. Prevalensandelen ved målingen 15. februar var 6,8 % (infeksjoner

² <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/kvalitet/uonskede-hendelser>

som skal meldes til FHI). I dette er inkludert infeksjoner som var mottatt fra andre sykehus (1,1%). Som følge av at andelen var så høy, er det planlagt en ekstra gjennomgang og kvalitetssikring av registreringen. Som følge av det er brukt svært mye ressurser til oppfølging av de store utbruddene med VRE siden slutten av mars, har det imidlertid ikke vært mulig å gjennomføre denne kvalitetssikringen ennå. Prevalensen i mai var 4,9 %. Det vil bli gitt ytterligere informasjon om denne i senere rapporteringer.

OUS trenger å ha fortløpende oversikt over antibiotikabruk i sykehuset for å nå målet om å redusere bruk av bredspektrede midler med 30% fra 2012 til 2020. Et viktig verktøy for å oppnå dette er å innføre tavlemøter for daglig styring med fokus på å implementere retningslinjer, bytte til mer smalspektrede midler) når prøvesvar foreligger, seponere på rett tidspunkt og bruke forbruksdata fra egen enhet i forbedringsarbeidet. Kurvesystemet MetaVision har fra 15. mai i år registrering av årsak til forordning av antibiotika og funksjonalitet for å hente ut forbruksrapporter i egen enhet.

OUS har etablert et antibiotikateam og oppnevnt kontaktpersoner i alle klinikker for å støtte arbeidet med bedre styring av antibiotikabruk. Antibiotikateamet har gjennomført kursing ved det nasjonale kompetansesenteret. Kick-off med klinikkens kontaktpersoner ble avholdt i april.

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

For å sikre tilsynsmessig oppfølging skal helseforetak straks varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko. I 1. tertial 2017 er det sendt 36 varsler til Statens helsetilsyn fra Oslo universitetssykehus HF etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a. Varslene medførte tilsynsmessig oppfølging i 18 av sakene.

| | 2015 | | | 2016 | | | 2017 |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 1.tertia | 2.tertia | 3.tertia | 1.tertia | 2.tertia | 3.tertia | 1.tertia |
| Avsluttet etter innledende undersøkelser | 12 | 16 | 4 | 15 | 12 | 12 | 15 |
| Oppfølging - anmodning om redegjørelse | 4 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 3 |
| Tilsynsmessig oppfølging av fylkesmannen | 3 | 1 | 5 | 13 | 7 | 11 | 18 |
| Skriftlig tilsyn v/Statens helsetilsyn | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | |
| Stedlig tilsyn v/Statens helsetilsyn | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 |
| Ikke ferdigbehandlet | - | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Totalt | 19 | 22 | 14 | 34 | 23 | 25 | 36 |

Tabell 3. Antall varsler til Statens helsetilsyn med påfølgende oppfølging

2.5 Meldinger til Kunnskapscenteret, § 3-3

Helseinstitusjon skal også sende melding til Meldeordningen i Helsedirektoratet (Tidligere Kunnskapscenteret) iht. Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 om betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient

skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade. Oslo universitetssykehus HF sender meldepliktige hendelser som registreres i Achilles til Meldeordningen i Helsedirektoratet. Dette omfatter alle pasienthendelser som etter medarbeidernes initiale vurdering er kategorisert med «betydelig skade» som potensiell konsekvens.

| År | Antall saker |
|----------------|--------------|
| 2014 | 1246 |
| 2015 | 1402 |
| 2016 | 1573 |
| T1 2017 | 597 |

Tabell 4. Antall saker per år varslet fra Oslo universitetssykehus HF til Kunnskapscenteret/Helsedirektoratet. Kilde: Achilles

2.6 Klage og tilsynssaker om forsvarlighet i pasientbehandlingen

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

| | 2015 | | | 2016 | | | 2017 |
|---------------------------------|------|----|----|------|----|----|------|
| | T1 | T2 | T3 | T1 | T2 | T3 | T1 |
| Fra Fylkesmannen | 43 | 39 | 51 | 54 | 24 | 22 | 24 |
| Fra Pasientombud | 21 | 21 | 17 | 12 | 16 | 24 | 14 |
| Tilsynssaker fra Fylkesmannen * | - | - | - | 14 | 27 | 38 | 36 |

Tabell 5. Nye klager og klagerelaterte saker. Kilde: Avvikssystemet Achilles.

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

Fylkesmannens konklusjoner i tilsynssaker som er avsluttet i perioden:

| | 1. tertial 2016 | | 2. tertial 2016 | | 3. tertial 2016 | | 1. tertial 2017 | |
|---------------------------------|-----------------|-------|-----------------|--------|-----------------|--------|-----------------|-------|
| | Antall | Andel | Antall | Antall | Andel | Antall | Antall | Andel |
| Avsluttet uten anmerkning | 4 | 18 % | 7 | 37 % | 12 | 7 % | 10 | 40 % |
| Avsluttet med anmerking | 3 | 14 % | 3 | 16 % | 2 | 11 % | 3 | 12 % |
| Brudd på informasjonsplikt | 0 | 0 % | 0 | 0 % | 3 | 0 % | 2 | 8 % |
| Brudd på pasientrettigheter | 0 | 0 % | 0 | 0 % | 0 | 11 % | 0 | 0 % |
| Brudd på krav til journalføring | 1 | 5 % | 2 | 11 % | 3 | 22 % | 2 | 8 % |
| Brudd på forsvarlighet | 12 | 55 % | 6 | 32 % | 6 | 0 % | 8 | 32 % |
| Brudd på helsepersonelloven | 2 | 9 % | 0 | 0 % | 0 | 4 % | 0 | 0 % |
| Brudd på taushetsplikt | 0 | 0 % | 1 | 5 % | 1 | 7 % | 0 | 0 % |
| SUM | 22 | 100 % | 19 | 100 % | 27 | 100 % | 25 | 100 % |

Tabell 6. Fylkesmannens konklusjoner i avsluttede tilsynssaker.

Sykehuset har i 1. tertial 2017 mottatt 25 avsluttede tilsynssaker fra Fylkesmannen i Oslo og Akershus eller Statens helsetilsyn, hvorav 12 med brudd lov eller forskrift.

8 gjelder brudd på forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven. I tillegg foreligger det brudd på dokumentasjonsplikten og informasjonsplikten. Tre saker hadde utgangspunkt i varsler sendt fra Oslo universitetssykehus HF til Statens helsetilsyn.

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

| Klinikk | Hvem klager til Oslo universitetssykehus HF | Brudd på forsvarlighetskravet § 2-2 i SHTL | Brudd på andre lover, forskrifter |
|---|---|--|--|
| Kreftklinikken | Pasient/ Fylkesmannen i Oslo og Akershus | X | |
| Kreftklinikken | Pasient/ Pasient-ombudet | | Brudd på informasjonsplikten i spesialisthelsetjenesteloven § 3-11. |
| Kreftklinikken | Pasient/ Pårørende | | Brudd på informasjonsplikten i spesialisthelsetjenesteloven § 3-11. |
| Prehospital klinikk | Pårørende | X | |
| Prehospital klinikk | Pårørende | X | |
| Medisinsk klinikk og Nevroklinikken | Pårørende | X | |
| Klinikk for hode-, hals- og rekonstruktiv kirurgi | Varsel | X | |
| Barneklubben | Pårørende | | Brudd på kravet til journalføring i spesialisthelsetjenesteloven § 3-2, jfr helsepersonelloven § 40. |
| Klinikk for psykisk helse og avhengighet | Varsel | X | |
| Kvinneklubben | Pasienten/ Fylkesmannen i Oslo og Akershus | | Brudd på kravet til journalføring i spesialisthelsetjenesteloven § 3-2, jfr helsepersonelloven § 40. |
| Hjerte-, lunge- og karklinikken | Varsel | X | |

Tabell 7. Saker der sykehuset har fått brudd på lov eller forskrift

Kort beskrivelse av sakene:

- En kvinne ble av fastlegen henvist til et privat røntgensenter for utredning av en kul i brystet. Hun fikk av røntgensenteret beskjed om at alt var normalt. Ved en ny undersøkelse på Oslo universitetssykehus HF ble det ønsket mer billeddiagnostikk –

dette ble bestilt fra samme røntgensenter. Radiologen ved røntgensenteret gjorde ikke den billeddiagnostikken som var bestilt, og beskrev også resultatene etter denne undersøkelsen som normale. Pasientkoordinator ved Oslo universitetssykehus HF avsluttet saken.

Fastlegen henviste deretter pasienten til Akershus universitetssykehus der det ble påvist en stor tumor. Brystet ble fjernet. Radiologen ved det private røntgensenteret fikk personlig advarsel av Helsetilsynet. Oslo universitetssykehus HF fikk brudd på faglig forsvarlighet fordi rutinene for oppfølging av pasienter etter undersøkelser ved private institutter ikke var forsvarlig.

- En kvinne klager på forsinket oppstart av cellegiftbehandling etter operasjon. Hun ble ikke innkalt til behandling og måtte selv purre flere ganger på telefon før behandlingen startet. Avdelingen beklager at pasienten ikke fikk kontakt med poliklinikken, men skriver at hun fikk behandling innen den tidsrammen som var avtalt. Avdelingen begrunner lange ventetider med kapasiteten på patologisk avdeling, men har igangsatt purring to uker etter operasjon rutinemessig. Fylkesmannen finner at det foreligger brudd på informasjonsplikten i spesialisthelsetjenesteloven § 3-11. Avdeling for gynekologisk kreft erkjenner i sitt tilsvarende svar til saken at det foreligger utfordringer vedrørende kommunikasjon, pasientlogistikk og forsinkelser i diagnostikk og behandling, og at det er behov for forbedringer på disse områdene. Fylkesmannen vil følge opp angitte pågående tiltak for bedre pasientflyt ved avdelingen videre. Fylkesmannen forventer at avdelingen i 2017 realiserer tiltak som reduserer svikt i pasientflyten. De ber om en tilbakemelding om status tiltak innen 1. juli 2017.
- En kvinne som har hatt brystkreft ble behandlet med Tamoxifen, som ble avsluttet etter 5 års bruk i henhold til retningslinjene. Kort tid etter dette ble det oppdaget metastaser. Pasienten klager over at behandlingen ikke ble forlenget fordi hun visste at retningslinjene var under revidering. Hun mente hun kunne unngått tilbakefall. Fylkesmannen finner i 2015 ikke at Oslo universitetssykehus HF har brutt forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Pasienten klaget på nytt og Fylkesmannen konkluderer med at Oslo universitetssykehus HF har brutt informasjonskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 3-11, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1 og 3-2.
- Pårørende ringte 113 fordi hans kone hadde sterke smerter i magen. Han ble satt videre til Askim legevakt der hun ble avvist fordi de ikke hadde lege tilgjengelig på to timer. Pårørende følte han ikke ble tatt på alvor. Dagen etter ringte de Volvat som tok henne imot og la henne inn på sykehus der de påviste sprukken tarm med påfølgende sepsis. AMK mente de handlet rett i henhold til sine retningslinjer (Norsk Indeks for Medisinsk nødhjelp) ved å vurdere dette som «gul respons» som kan settes over til legevakten. Fylkeslegen mener at pasienten burde vært vurdert som «rød respons» og innlagt sykehus. Fylkesmannen i Østfold har funnet at Oslo universitetssykehus HF har brutt forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.
- En gravid kvinne i uke 4-6 uker fikk plutselig akutte magekramper. Hun ringte AMK som ikke ville sende ambulanse. Hun ble kjørt til Halden legevakt, innlagt sykehuset og operert for en ekstrauterin graviditet. Hun hadde stort blodtap og måtte fjerne den ene eggstokken. AMK beklager at de ikke utspurte innringer nærmere. Fylkesmannen finner at Norsk Indeks for Medisinsk nødhjelp (NIM) ikke ble benyttet systematisk etter retningslinjene, og at operatørene unnlot å stille relevante

tilleggsspørsmål til de symptomene som ble presentert. Fylkesmannen finner at avviket er så markant at det er å anse som brudd på forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

- En mann fikk akutt hjerneslag og ble brakt til Ullevål sykehus. Han ble videre flyttet til Rikshospitalet for trombectomi, men denne lot seg ikke gjennomføre. Det ble så avtalt tilbakeflytting til Ullevål sykehus til Medisinsk intensiv (MIO), men han ble først lagt på slagposten. Dagen etter fikk han trykkøkning i hodet og måtte opereres. Pårørende klager over at han ble overflyttet til Rikshospitalet og tilbake til Ullevål sykehus mens han var svært syk, og at det tok lang tid å avklare hvor han skulle ligge da han ble flyttet tilbake til Ullevål sykehus. Fylkesmannen har kommet til at manglende overvåkning av pasienten etter overflytting tilbake til Ullevål sykehus ikke var medisinsk forsvarlig, og at det dermed foreligger brudd på kravet til forsvarlig behandling.
- En pasient med grønn stær ble innlagt til operasjon på ett øye. Det oppstod brannskade under operasjon og pasienten fikk synsskade. Skaden forklares med at apparatet stod feil innstilt etter service. Skaden ble oppdaget umiddelbart og forsøkt reparert med donorhornhinne. Hendelsen ble varslet Helsetilsynet. Pasienten er fulgt nøye opp i avdelingen og det er vanskelig å si hva omfanget av synsskaden vil bli. Fylkeslegen finner at sykehuset har brutt forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.
- Etter klage fra Nordlandssykehuset/pårørende finner Fylkesmannen at relevante og nødvendige informasjon ikke ble journalført i forbindelse med konsultasjon, overflytting og behandling av et 3 måneder gammel barn som fikk påvist hjertefeil og trengte operasjon. Det fremgår av journal at det hadde vært telefonkontakt mellom sykehusene før innleggelsen, og at det var gitt råd til Nordlandssykehuset fra Rikshospitalet om medisinerings. Fylkesmannen finner at Oslo universitetssykehus HF har brutt kravet til journalføring etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-2, jfr. helsepersonelloven § 40 og journalføringsplikten § 8.
- En ung mann var innlagt akuttpsykiatrisk avdeling for en depressiv psykotisk tilstand. Han var også under utredning for epilepsi og brukte antiepileptika, men dette ble seponert under oppholdet med begrunnelse i at det ga psykiske bivirkninger. Nevrologene mente han hadde fokale epileptiske anfall. Pasienten hadde flere anfall i avdelingen. Time hos nevrolog ble avbestilt fordi han var for dårlig til å møte der. Han ble funnet med blod om munnen og med lammelser i begge ben og man mistenkte et epileptisk anfall. Det ble det blant annet påvist brudd i 4 thorakale virvler, rhabdomyolyse og nyresvikt. Epilepsi ble påvist. Antipsykotika seponert. Han har ikke vært psykotisk siden. Omfanget av skadene er usikre. Hendelsen ble varslet til helsetilsynet. Mor hevder at avdelingen ikke tok hans epilepsi på alvor. Antipsykotika senker krampeterskelen og dette ble ikke problematisert. Pasienten hadde flere epilepsilikende anfall under oppholdet, men nevrolog ble ikke kontaktet. Helsetilsynet mener det var uforsvarlig å ikke kontakte nevrolog. Statens helsetilsyn har vurdert at håndteringen av pasientens mulige epilepsi i behandlingsforløpet var uforsvarlig. Det er ikke retningslinjer for samarbeid med nevrologisk avdeling til tross for at psykiatri og nevrologi ofte grenser opp mot hverandre. Statens helsetilsyn mener virksomheten har brutt forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Helseforetaket bes om å redegjøre for hvilke tiltak som er iverksatt med tanke på å sikre tilstrekkelige rutiner for utredning og behandling ved mistanke om organisk sykdom i

kombinasjon med psykisk sykdom. Helseforetaket bes om å redegjøre for hvordan hendelsen er eller vil bli benyttet i det videre forbedrings- og kvalitetsarbeidet.

- En kvinne fikk en symfyseruptur under fødsel, og klager på manglende oppfølging. Hun greide knapt å gå men plagene ble bagatellisert. Hun ble utskrevet tre dager etter fødsel. Dagen etter ble hun reinnlagt med feber og høy CRP. Klagen retter seg mot en navngitt jordmor. Legetilsyn er ikke dokumentert i journalen og i epikrisen framkommer det ikke at kvinnen hadde gangvansker ved utreise. Jordmor har journalført eget notat ved utskrivelse. Fylkesmannen finner at Oslo universitetssykehus HF har brutt kravet til journalføring i spesialisthelsetjenesteloven § 3-2, jf. helsepersonelloven § 40.
- En pasient ble henvist for stenose i aortaklaffen og lekkasje i trikuspidalklaffen. Det ble utført «transthoracal ekko» uten at tromber i venstre forkammer kunne påvises. «Transøsfageal ekko» ble ikke utført. Det ble funnet indikasjon for operasjon. Det var planlagt monitorering med «transøsfageal ekko» under hele operasjonen, men dette kunne ikke utføres fordi avdelingens eneste ekkoapparat var i bruk hos en annen pasient. Operasjonen gikk etter planen. Ved avslutning av operasjonen hadde man fått ekkoapparat tilgjengelig, og man påviste en stor trombe i venstre forkammer. Det ble påny tilkoplek hjertelungemaskin, venstre forkammer ble åpnet og tromben ble hentet ut. Etter at pasienten hadde våknet og var koplet fra respirator, ble det klart det hadde oppstått lammelse av venstre kroppshalvdel. Angiografi kunne bekrefte blodpropp i høyre hjernes arterier. Med all sannsynlighet skyldtes dette løsning av deler av tromben i venstre forkammer under operasjonen.

Sakkyndig skriver: «TØE er nå en vanlig undersøkelse. At man bare har ett apparat for slike undersøkelser ved et hjertekirurgisk senter, må i dag ansees som betenkelig. Operasjonen var helt klart indisert, men ikke på akutt grunnlag. Det ville derfor etter min mening vært riktig å utsette inngrepet til apparatet for TØE var tilgjengelig. Emboli og hjerneslag kunne dermed etter all sannsynlighet blitt forhindret.»

Fylkesmannen slutter seg til sakkyndiges vurderinger og uttalelser i saken. Fylkesmannen forutsetter at helseforetaket har merket seg vurderingen og innretter sin virksomhet i henhold til denne i fremtiden. Fylkesmannen finner at Oslo universitetssykehus HF har brutt forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

2.7 Nasjonale kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre

2.7.1 Nasjonale kvalitetsindikatorer

Styret ble 24. mai orientert om publiseringen av resultatene fra de siste publiserte nasjonale kvalitetsindikatorene. I ledelsens gjennomgang ble klinikkene fulgt opp på de nasjonale indikatorene som legger grunnlag for regional kvalitetsbasert finansiering. Resultatene som vises i oversikten er fra 2016, hvor Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst samlet har hatt en positiv utvikling det siste året.

| Kvalitetspoeng 2017 | | | | | | | | | | | Samlet MHH, REV, BET | Totale poeng | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------------------|--------------|--------------|
| Radet | Ahus HF | OUS HF | STHF | SIV HF | SØHF | SIHF | SSHF | VVHF | SUN | DHS | LDS | | |
| Resultatindikatorer | | | | | | | | | | | | | |
| Perinealruptur (fødselsrifter) 3. og 4. grad | 188 | 938 | 1238 | 738 | 438 | 538 | 188 | 738 | | | | | 5000 |
| 30-dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse ved hoftebrudd | 967 | 167 | 767 | 667 | 167 | 167 | 167 | 667 | | 1267 | | | 5000 |
| 30-dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse ved hjerteinfarkt | 524 | 436 | 324 | 136 | 324 | 336 | 324 | 824 | | 324 | 324 | 1124 | 5000 |
| 30-dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse ved hjemmeslag | 450 | 150 | 650 | 150 | 150 | 150 | 150 | 950 | | 1450 | 750 | | 5000 |
| 30-dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse uansett årsak | 551 | 351 | 436 | 651 | 636 | 136 | 136 | 551 | | 851 | 351 | 351 | 5000 |
| Totalt resultatindikatorer | 2679 | 2041 | 3414 | 2341 | 1714 | 1327 | 964 | 3729 | 0 | 3891 | 1425 | 1475 | 25000 |
| Prosessindikatorer | | | | | | | | | | | | | |
| Andel (%) pasienter med spesifisert diagnoser PHV | 212 | 201 | 109 | 205 | 273 | 109 | 212 | 109 | | | | 109 | 1538 |
| Andel (%) pasienter med spesifisert diagnoser TSB | 109 | 109 | 171 | 205 | 201 | 109 | 263 | 171 | | | | 201 | 1538 |
| andel fristbrudd | 38 | 100 | 192 | 90 | 90 | 90 | 167 | 90 | 167 | 244 | 182 | 167 | 1538 |
| andel fristbrudd PHUB | 42 | 93 | 93 | 155 | 93 | 186 | 155 | 42 | | 216 | 93 | 370 | 0 |
| andel fristbrudd PHV | 84 | 238 | 84 | 135 | 84 | 84 | 176 | 135 | | 84 | 135 | 299 | 0 |
| andel fristbrudd TSB | 88 | 150 | 211 | 103 | 103 | 196 | 88 | 103 | | 211 | 88 | 196 | 1538 |
| Andel tilbakemeldinger sendt innen 7 dager PHV | 128 | 51 | 51 | 282 | 51 | 128 | 221 | 128 | | | | 190 | 0 |
| Andel tilbakemeldinger sendt innen 7 dager TSB | 216 | 124 | | 124 | 277 | 185 | 124 | 124 | | | | 58 | 1538 |
| Korridorpatienter | 165 | 100 | 42 | 100 | 165 | 161 | 161 | 100 | | 192 | 100 | 253 | 1538 |
| Epikriser sendt innen 7 dager | 80 | 38 | 80 | 234 | 80 | 80 | 142 | 80 | 80 | 173 | 80 | 173 | 1538 |
| Hoftebruddsoperasjoner innen 48 timer | 221 | 51 | 51 | 190 | 51 | 282 | 282 | 221 | | 190 | | | 1538 |
| Utsettelse av planlagte operasjoner | 42 | 134 | 93 | 93 | 93 | 186 | 93 | 247 | | 93 | 155 | 309 | 1538 |
| Trombolysbehandling | 154 | 154 | 154 | 154 | 154 | 154 | 154 | 154 | | 154 | 154 | | 1538 |
| Totalt prosessindikatorer | 1579 | 1543 | 1332 | 2070 | 1717 | 1949 | 2098 | 1842 | 170 | 1464 | 1080 | 2232 | 19077 |
| Brukererfaringsindikatorer | | | | | | | | | | | | | |
| Informasjon | 0 | 467 | 0 | 233 | 500 | 233 | 417 | 167 | 233 | 0 | 417 | 667 | 3333 |
| Legene | 0 | 300 | 0 | 233 | 500 | 167 | 233 | 167 | 533 | 0 | 533 | 667 | 3133 |
| Organisering | 100 | 567 | 0 | 0 | 0 | 167 | 567 | 167 | 467 | 167 | 467 | 667 | 3333 |
| Pleiepersonalet | 50 | 183 | 133 | 133 | 50 | 133 | 433 | 133 | 433 | 883 | 133 | 633 | 3333 |
| Pårørende | 533 | 133 | 133 | 133 | 0 | 133 | 533 | 0 | 433 | 133 | 533 | 633 | 3333 |
| Samhandling | 667 | 100 | 167 | 367 | 300 | 167 | 567 | 167 | 167 | 100 | 0 | 567 | 3333 |
| Standard | 467 | 200 | 167 | 167 | 500 | 167 | 233 | 0 | 533 | 233 | 0 | 667 | 3333 |
| Utskriving | 0 | 367 | 167 | 400 | 0 | 167 | 167 | 167 | 867 | 0 | 367 | 667 | 3333 |
| Ventetid | 100 | 133 | 633 | 233 | 133 | 533 | 0 | 133 | 133 | 633 | 133 | 533 | 3333 |
| Totalt brukererfaringsindikatorer | 1917 | 2450 | 1400 | 1900 | 1983 | 1867 | 3150 | 1100 | 3800 | 2150 | 2583 | 5700 | 30000 |
| Totalsum kvalitetspoeng Helse Sør-Øst | 6174 | 6035 | 6147 | 6311 | 5415 | 5143 | 6212 | 6670 | 3970 | 7505 | 5087 | 9407 | 74077 |

Figur 6. Indikatorer med kvalitetsbasert finansiering Kilde: HSØ

2.7.2 Nasjonale kvalitetsregistre

Det er viktig for Oslo universitetssykehus HF å levere data til innsamling av nasjonale registre som forvaltes av interne ressurser i sykehuset, men også eksternt av andre regionssykehus. I tillegg er det viktig at registrene benyttes til kvalitetsutvikling i tjenestene i tillegg til forskning og publisering. Klinikkenes bruk og oppfølging av de nasjonale kvalitetsregistre ble fulgt opp i Ledelsens gjennomgang (LGG) 1. og 2. tertial 2016. Oppfølgingen ble videreutviklet i LGG 2017 1. tertial med fokus på tre kvalitetsindikatorer fra ett sentralt kvalitetsregister i hver klinikk som har nasjonale kvalitetsregistre knyttet til sin virksomhet med de konkrete oppgavene:

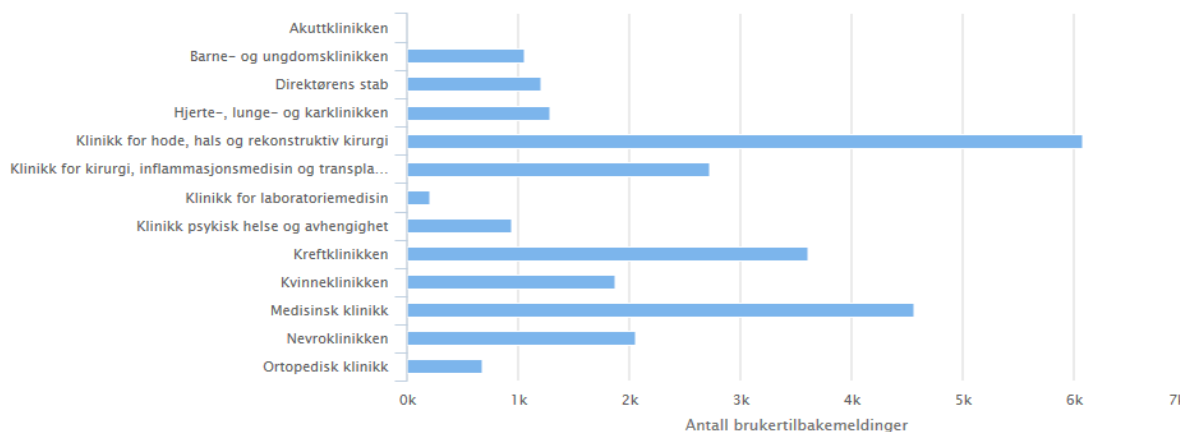
- Presenter tre sentrale **kvalitetsindikatorer** fra registeret
- Presenter og kommenter **måloppnåelse** for disse tre indikatorer i OUS (2015-data)

Valg av aktuelt nasjonalt kvalitetsregister å knytte oppgaven til ble gitt i samarbeid med leder av servicemiljøet for nasjonale kvalitetsregistre i Helse Sør Øst, og i hovedsak foretrakk klinikken å presentere et register de selv hadde nasjonalt ansvar for. Registeraktiviteten som ble diskutert var: Barnediabetesregisteret, Norsk kvalitetsregister for leppe-kjeve-ganespalte, Norsk hjertekirurgiregister, Norsk nyreregister, Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft (NBCR), Norsk kvinnelig inkontinensregister, Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten (NorKog), Norsk MS-register og biobank, Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi og Norsk kvalitetsregister for spiseforstyrrelser (NorSpis). Tilbakemeldingene fra klinikkene er oppsummert i en tabell (vedlagt).

2.8 Brukerundersøkelsen

Det er sendt 99205 SMS til pasienter med invitasjon til å gi sykehuset tilbakemelding i løpet av perioden. Invitasjon ble sendt til pasienter utskrevet fra sengeposter og til pasienter som hadde besøkt poliklinikk. Dette har gitt 26266 svar, en svarprosent på ca. 27 %. I disse besvarelsene var det i ca. 28 % inkludert en kommentar.

Brukertilbakemeldinger pr. organisasjonsenhet



Figur 7. Brukertilbakemeldinger per klinikk. Kilde: Achilles

2.8.1 Andel positive av de som har besvart det enkelte spørsmål:

| Spørsmål | Positiv respons |
|---|-----------------|
| Behandlerne snakket så jeg forsto dem | 95 % |
| Tillit behandlernes faglige dyktighet | 95 % |
| Tillit øvrige personalets faglige dyktighet | 92 % |
| Tilstrekkelig info om diagnose / plager | 85 % |
| Behandlingen var tilpasset min situasjon | 89 % |
| Involvert i avgjørelser om behandlingen | 71 % |
| Arbeidet var godt organisert | 84 % |
| Utstyret var i god stand | 87 % |
| Tilfredsstillende hjelp, alt i alt | 90 % |
| Ble ikke feilbehandlet | 94 % |
| Ventetid | 81 % |
| Utbytte av behandlingen, alt i alt | 83 % |

Tabell 8. Positive svar på spørsmål i skjema for brukertilbakemelding. Kilde: Achilles

Fritekst kommentarene er ansett som det mest nyttige innholdet i svarene. Eksempler på slike kommentarer (uredigert):

- *Har måtte forholde meg til 6 forskjellige leger/ spesialister...*
- *Skulle gjerne hatt opplysninger på forhånd om hvordan jeg skulle leve ETTER operasjonen, f.eks at jeg ikke måtte løfte mer enn 2 kg på hele 6 uker! Hadde jeg vært klar over dette i forkant kunne jeg ha tatt forhåndsregler og f.eks hamstret mat mm!*
- *Overleger med nesa i været holdning. Burde kurses i holdninger og behandling av pasienter. Mye ros til sykepleiere, vil man vite noe eller ha gjort noe oppsøk sykepleiere dem kan faget og pasienten.*

- *Jeg reiste til Oslo på 3 mnd kontroll. 15 min var det legen ga meg. Han spurte meg ikke om noe, men sa at jeg må skulle forholde meg til mitt lokale sykehus. Det kunne han ringt og sagt slik at jeg slapp å koste på dyr flyreise og bruke energi på å reise.*

2.9 Pasientsikkerhetsvisitter

Administrerende direktør har i løpet av 1. tertial 2017 gjennomført tre pasientsikkerhets-visitter. En pasientsikkerhetsvisitt er et møte mellom sykehusets ledelse og de ansatte i en avdeling/ enhet, der det avdekkes risiko- og forbedringsområder i samtaler med de ansatte. I etterkant av visittene avholdes det møter med klinikk-, avdelings- og enhetslederne hvor ansvar for gjennomføringen av konkrete forbedringstiltak blir fordelt. Enhetene 1. tertial var:

- Nevrologisk avdeling, Ullevål
- Gastrokirurgisk avdeling, Ullevål
- Medisinsk genetikk, Seksjon for arvelig

Fra av pasientsikkerhetsvisittene er det utledet 14 ulike tiltak som planlegges gjennomført og fulgt opp i ledelsens gjennomgang med klinikkene.

2.10 Etiske drøftinger

Klinisk etikk komité skal bidra til at vanskelige spørsmål blir gjenstand for grundig gjennomtenkning, at pasienter/pårørende som er i tvil om avgjørelser skal kunne få drøftet disse, og at sykehusets ansatte skal ha et åpent «refleksjonsrom» for vanskelige og krevende avgjørelser. Kort om problemstillinger i perioden:

Avslutning av livsforlengende behandling (sykehjemspasient)

Drøfting om å stanse tilførsel av kunstig ernæring etter anmodning fra sykehjemslege. Representanter fra sykehjemmet og pasientens pårørende deltok i drøftingen. Komitéen støttet personalet og pårørende i at det ville være etisk akseptabelt i denne situasjonen, hvor også pasientens tidligere uttalte ønske spilte inn.

Eksperimentell kirurgi for å lindre smerter, uhelbredelig sykdom (barn)

Det etisk utfordrende var om det ville være forsvarlig å foreta irreversibel, eksperimentell behandling med smertelindring som indikasjon. Da barnets smerter ikke lot seg lindre på annen måte og sykdommen var uhelbredelig, støttet komitéen at dette kunne gjøres. Forslaget hadde også støtte fra et tverrfaglig behandlerteam og barnets foreldre.

Mulig bruk av tvang overfor en fødende for å øke barnets sjanse til overlevelse.

Bruk av tvang i somatisk medisin er en svært utfordrende problemstilling. Dette var en retrospektiv drøfting. Et tverrfaglig behandlerteam ønsket å gjennomgå en krevende sak for læring. Saken dreide seg også om kommunikasjon mellom de ulike behandlerne, og mellom behandlerne (10 ulike leger) og foreldre. Komitéen skrev blant annet i sin oppsummering: «*Bruk av tvang overfor gravide for «barnets beste» er etisk og juridisk problematisk. Barnets interesser vektet sterkere ettersom det anses levedyktig. Når det er*

motstand mot inngrep av *lite* inngripende karakter må dette kunne gjennomføres dersom det bedrer barnets prognose».

Aldersbestemmelse av asylsøkere

Spørsmålet gjaldt om leger skal delta i aldersdiagnostikk på unge asylsøkere og hvilke krav som må stilles i slike saker. Foretakstillitsvalgt, representanter fra rettsmedisinsk avdeling, Barneradiologisk avdeling, Barneavdelingen og Gynekologisk avdeling deltok i drøftingen. Komitéen oppsummerte slik: *«Klinisk etisk komité støttet bekymringen for den praksisen som hadde vært og usikkerheten framover. Alle på møtet var enige om at hvis leger skal utføre disse testene, må de være faglig akseptable og forsvarlige, prosedyrene rundt må være transparente og gjenstand for mulighet til åpen kritikk og rettsikkerhet. Hensynet til den svake parten må stå sentralt. Hvis ikke disse kravene kan oppfylles, bør ikke leger delta, og Oslo universitetssykehus HF bør da heller ikke akseptere ansvaret for slike undersøkelser. Samfunnet kan heller ikke tvinge leger til å utføre oppgaver der disse hensynene ikke er oppfylt. Helsepersonell-loven må her kunne hevdes å trumfe styringsretten»*. Klinisk etikk komité's referat ble brukt i den videre behandlingen av saken i sykehuset.

Frivillig deltagelse i miljøterapi

Pasienter som nekter å stå opp og dermed ikke deltar i aktivitetene i avdelingene, går glipp av viktig miljøterapi. Dette er en kjent problemstilling i psykiatrien. Spørsmålsstillingen var om man kunne tvinge pasientene til å delta. Komitéen oppsummerte: *«Avdelingen må ha en kultur for at «alle» skal delta i miljøet, det skal ikke bare stå i en behandlingsplan eller husordensregler. Ledelsen har en sentral rolle for kulturen»*. Viktigheten av god relasjon til pasienten, tålmodighet og erfaring, ble fremhevet. Videre: *«Hvis det ikke er noen annen utvei enn å fatte vedtak om bruk av tvang til å få pasienten til å stå opp og delta i miljøet, må det foregå så omsorgsfullt som mulig og god oppfølging videre. Hvis tvang benyttes (unntaksvis), vil det kunne påvirke miljøet og skape en presedens»*.

Pasienters valg av helsepersonell

Hvordan bør pasienters ønske om å velge helsepersonell på grunnlag av kjønn, etnisk bakgrunn, seksuell orientering eller alder håndteres? På bakgrunn av at slike retningslinjer nå skal utarbeides var det ønskelig med en drøfting. Komitéen oppsummerte: *«Praksis i dag er stort sett at man bruker det personalet som er tilgjengelig og tilpasser seg så godt det lar seg gjøre, uten at det går på bekostning av faglig standard, forsvarlig ressursbruk og andre pasienter. Det bør man fortsette å gjøre. Pasienter kan takke nei til helsetjenester. Hvis liv og helse står på spill, kan det også være aktuelt for helsepersonell å strekke seg langt, - det blir er vurdering av situasjonen fra gang til gang»*.

Kjernejournal – livstestament

Nasjonal kjernejournal er nå innført. Der kan blant annet pasienten i samråd med sin fastlege få lagt inn at han/hun ikke ønsker livsforlengende behandling hvis vedkommende er døende. Behandlerne spør om dette skal oppfattes som et «livstestamente».

Helsedirektoratet er ansvarlig for utviklingen av kjernejournal. I etterhånd har Klinisk etikk komité fått bekreftet at det antagelig ikke har vært noen reell prosess rundt temaet livstestament i forbindelse med innføring av kjernejournalen. Det vurderes nå av

direktoratet om en form for «livstestament» skal kunne inngå i kjernejournalen. Saken er derved ikke endelig avklart fra myndighetenes side.

2.11 Pasientforløpsarbeidet - pasientforløp innen kreft

Sentralt for arbeidet med gode pasientforløp er føringer gitt i nasjonal kreftstrategi, i oppdragsdokumentet, sykehusets egen kreftstrategi vedtatt sommeren 2016 og de kvalitetsstandarder som er gitt av «Organisation of European Cancer Centres» (OECI). Kvalitetsstandardene fra OECI er førende for sykehus som søker om å bli et Comprehensive Cancer Centre (CCC).

I april 2017 ble Oslo universitetssykehus HF godkjent som Comprehensive Cancer Centre av OECIs styre. Som grunnlag for dette ligger blant annet en handlingsplan der videre utvikling av standardiserte pasientforløp er et hovedområde. OECIs kvalitetsstandarder for pasientforløp har et bredere fokus enn innretningen i våre nasjonale krav i pakkeforløpene. Kvalitetsstandarden inkluderer andre kvalitetsvariabler i diagnostikk og behandling, og har fokus på standardisering og systematisk ledelsesmessig oppfølging i hele forløpet - inklusive oppfølging, rehabilitering og seineffekter.

2.12 System for ledelsesoppfølging og forbedringsarbeid i kreftforløp

I november 2016 ble det etablert et internt driftsstyre for kreftområdet i Oslo universitetssykehus HF. Driftsstyret består av nivå 2 og 3 linjeledere knyttet til kreftområdet innen både behandling og forskning, leder av Kreftregisteret og brukerrepresentant. Driftsstyret skal sikre en koordinert utvikling innen kreftområdet på tvers av klinikkgrenser, mot andre sykehus og mot primærhelsetjenesten.

Driftsstyret ivaretar sin sentrale rolle i forhold til pasientforløp for kreft ved følgende grep:

- Tydeliggjøre forløpsledelsen ansvar og styrke deres rolle i oppfølging og problemløsning i egne pasientforløp. Blant annet ble det i februar vedtatt egen funksjonsbeskrivelse for forløpsleder og forløpsledelse.
- Tydeliggjøre Driftsstyret rolle som et organ som følger opp utfordringer når disse ikke er mulig å løse innen den enkelte klinikk, avdeling eller forløpsledelse. Flere slike saker er allerede håndtert i Driftsstyret som vil medføre nye eller endrede retningslinjer.
- Følge opp handlingsplanens punkt om utarbeidelse av dokumenterte standardiserte pasientforløp i alle forløp. Utgangspunktet er erfaringer fra utarbeidelsen av standardisert pasientforløp for livmorhalskreft (prosess i april/mai i år).
- Gjennomføre samarbeidsmøter med representanter for andre helseforetak og sykehus, og lage forbedringsplaner på basis av disse.
- Etablere felles ledelsesinformasjon innen kreftområdet og et årshjul for styringsmessig oppfølging av denne.

Utvikling i forhold til måltall på pakkeforløp

Målet for pasienter inkludert i pakkeforløp er 70 % (OA1). Samlet sett ligger sykehuset fortsatt stabilt rundt dette. Det er variasjoner mellom forløpene.

Driftsstyret for kreft diskuterer to spørsmål i tilknytning til dette:

1. Måltallet vil avhenge av hva som ligger til grunn for totaltallet (N=100 %) som prosentatsen regnes ut på grunnlag av. Det bør avklares om det er tydelig nok retningslinjer og ensartet praksis som ligger til grunn for dette.
2. Bør sykehusets ambisjoner være høyere enn 70 %, for eksempel 90 %?

Driftsstyret vil forfølge begge problemstillingene.

| OA1 | Antall nye kreftpasienter | | Andel i pakkeforløp | |
|-----------------|---------------------------|---|---------------------|---|
| 1. tertial 2016 | 1659 | | 78 % | |
| 2. tertial 2016 | 1429 | ↓ | 71 % | ↓ |
| 3. tertial 2016 | 1514 | ↑ | 69 % | ↓ |
| 1. tertial 2017 | 1575 | ↑ | 71 % | ↑ |

Tabell 9. Antall nye kreftpasienter

Den viktigste indikatoren for pakkeforløpstid er tid fra mottatt henvisning til oppstart av første behandling (OF4). Her er ambisjonen 70 %. Samlet sett nærmer sykehuset seg målet, men det er variasjoner både mellom de forskjellige forløp og i forhold til om første behandling er medikamentell behandling, strålebehandling eller kirurgi. Det er også usikkerhet knyttet til registreringspraksis og dermed sammenlignbarhet over tid.

Driftsstyret har identifisert områder der sykehuset ser ut til å ha særlige utfordringer knyttet til forløpstider. På noen områder handler det om kjente årsaker. På andre områder kreves et analysearbeid for å finne årsaken(e) til utilfredsstillende framdrift. Noen problemstillinger skyldes svikt i samhandling med andre sykehus. Identifisering av svake punkter har derfor vært viktige tema i samarbeidsmøtene med de andre helseforetakene i regionen. Det forventes at klinikk-, avdelings- og forløpsledelse følger opp utfordringene ved å løfte dem til Driftsstyret dersom de selv ikke disponerer nødvendige virkemidler. De identifiserte utfordringene vil bli fulgt opp jevnlig i Driftsstyret.

For tiden er følgende tema prioritert:

- Henvisning, kvalitet og tidsbruk og informasjon
- Patologisvar – tidsbruk ved operasjon
- Stråleterapi tid til første behandling og god logistikk i forløpet ved enkelte forløp
- Kirurgi – kapasitet/tid til første behandling gynekologisk kreft, lungekreft (på Rikshospitalet) og tykktarmskreft
- Prostata – forløpstid både i forhold til onkologi og kirurgi som første behandling

| OF4 | Totalt antall forløp | Andel innen forløpstid | | |
|-----------------|----------------------|------------------------|------|---|
| 1. tertial 2016 | 1099 | | 62 % | |
| 2. tertial 2016 | 1146 | ↑ | 63 % | ↑ |
| 3. tertial 2016 | 1229 | ↑ | 65 % | ↑ |
| 1. tertial 2017 | 1131 | ↓ | 66 % | ↑ |

Tabell 10. Andel innen forløpstid

3 Utdanning av helsepersonell

3.1 Ny overordnet handlingsplan til Utdanningsstrategien 2017-2018

Ny overordnet handlingsplan for utdanning er vedtatt og er under innføring. Det utarbeides nå med klinikkvise handlingsplaner.

Spesialistutdanning av leger (LIS)

I det nasjonale prosjektet har det i perioden vært jobbet mye med struktur, e-læring, system for kurshåndtering etc. Det nasjonale prosjektet har inntil videre et overordnet ansvar for å planlegge implementering av ny LIS-utdanning inntil de regionale utdanningssentrene er etablert.

Ved Oslo universitetssykehus er det gjennomført et prosjekt for implementering av del en av ny spesialistutdanning. Læringsmålene for del to og tre for alle 45 medisinske spesialiteter har vært på høring, og det planlegges nå et prosjekt for implementering av disse så snart de er vedtatt. Det pågår også et arbeid med å forbedre spesialistutdanningen i større fag, der rotasjonsordninger og vaktbelastning er en utfordring med hensyn til å oppnå læringsmålene.

Spesialsykepleiere

På grunn av mangel på intensivsykepleiere har helseforetaket ansatt flere grunnutdannede sykepleiere på intensivavdelingene. Disse sykepleierne inngår i et «trainée-program», før de kan få ansvar for pasienter. Sykehuset samarbeider med Lovisenberg diakonale høyskole om en mulig integrasjon av «trainée-programmet» i intensivsykepleier utdanningen, for å spare ressurser.

Praksisplasser

Det er fortsatt utfordrende å skaffe et tilstrekkelig antall praksisplasser. Dette gjelder særlig for bachelorutdanning i sykepleie (innen kirurgi) og for spesialsykepleier utdanning i intensiv- og operasjonssykepleie.

Bachelor i sykepleie

Det er etablert et samarbeid med alle høyskolene i Osloregionen med den hensikt å forbedre utdanningens innhold for legemiddelhåndtering.

Sykehuset er representert i prosjektgruppen som skal utvikle ny programplan på Høgskolen i Oslo og Akershus.

Helsesekretærer

For å sikre at ferdigutdannede helsesekretærers kompetanse er i tråd med sykehusets behov har sykehuset gjennom samarbeide med Hersleb videregående skole satset på å styrke kvaliteten i helsesekretærutdanningen. Sykehuset har bidratt med blant annet relevante forelesninger og etablert refleksjonsgrupper. Det er også knyttet et forskningsprosjekt til denne satsingen.

Utdanning på fagskolenivå

Sykehuset har inngått et samarbeid med Fagskolen i Østfold om en nyetablert utdanning innen logistikk og service i helsetjenesten.

Helsefagarbeiderlæringer

Sykehuset skal høsten 2017 ta i mot sitt andre kull med læringer fra Kuben videregående skole. Neste års kull består av 10 læringer.

4 Forskning og utvikling

4.1 Forskning

Tall for publisering og doktorgrader presenteres nå i oppdatert versjon for 2016 totalt (foreløpige tall presentert i rapporten for 3. tertial 2016). Totalvurderingen er at aktiviteten er god og i tråd med målsettingen. I tillegg presenteres en ny rapport for pågående kliniske studier (pr. 1. tertial 2017), begrenset til avtaler med industripartner. Tall for andre typer pågående studier/forskningsprosjekter vil vi presentere og videreutvikle i kommende tertialrapporter (forutsetter noen eksterne dataleveranser).

Vitenskapelige artikler

Tall er hentet fra Publika (sykehusets publikasjonsdatabase) 10. mai 2017. For helseforetaket samlet er det en liten økning også fra 2015 til 2016, mens utviklingen på klinikknivå er mer varierende. Foreløpige tall for 1. tertial 2017 viser fortsatt god utvikling (akkumulerte tall presenteres fra og med 2. tertial).

| Antall artikler | 2014 | 2015 | 2016 |
|--|-------------|-------------|-------------|
| Klinikk psykisk helse og avhengighet | 124 | 151 | 138 |
| Medisinsk klinikk | 294 | 307 | 295 |
| Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi | 28 | 26 | 52 |
| Nevroklippen | 184 | 185 | 181 |
| Ortopediklinippen | 80 | 63 | 67 |
| Barne- og ungdomsklinippen | 115 | 112 | 141 |
| Kvinneklippen | 67 | 63 | 85 |
| Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon | 229 | 274 | 264 |
| Kreftklippen | 363 | 399 | 416 |
| Hjerte-, lunge- og karklinippen | 155 | 163 | 174 |
| Akuttklippen | 130 | 183 | 132 |
| Prehospital klinikk | 10 | 15 | 12 |
| Klinikk for laboratoriemedisin | 418 | 418 | 406 |
| Klinikk for radiologi og nukleærmedisin | 97 | 104 | 92 |
| Oslo sykehusservice | 77 | 106 | 93 |
| Direktørens stab | 4 | 6 | 3 |
| <i>Totalt OUS (unike artikler)</i> | <i>1765</i> | <i>1835</i> | <i>1873</i> |

Tabell 11. Antall publiserte vitenskapelige artikler, akkumulert pr 3. tertial . Antall publikasjoner i perioden er målt via søk mot PubMed og Web of Science (WOS) som løpende oppdaterer helseforetakets database www.publika.no. Denne er basert på registrerte forskningsaktive personer ved Oslo universitetssykehus og adressering av artikler med Oslo universitetssykehus. Kun kategoriene vitenskapelige artikler og vitenskapelige oversiktsartikler (reviews) inngår i tabellen. Tallene er tatt ut 10.5.2017, etter at en del ikke-tellende artikler er tatt ut. Merk at artikler telles hos flere klinikker når det er forfattere fra flere klinikker. I tallet for TOTALT er hver artikkel kun talt én gang, og dette er dermed lavere enn summen av klinikktallene.

Tidsskriftnivå/klassifisering

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

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

Andelen artikler i nivå 2-tidsskrifter er for sykehuset totalt sett ganske stabilt, mens det er visse klinikkvise svingninger (dels en følge av små absolutte tall i mange klinikker).

| Andel artikler Nivå 2 | 2014 | 2015 | 2016 |
|--|---------------|---------------|---------------|
| Klinikk psykisk helse og avhengighet | 33,9 % | 33,8 % | 32,6 % |
| Medisinsk klinikk | 21,4 % | 21,8 % | 18,6 % |
| Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi | 17,9 % | 11,5 % | 15,4 % |
| Nevroklubnikken | 21,2 % | 21,6 % | 21,0 % |
| Ortopediklubnikken | 23,8 % | 20,6 % | 29,9 % |
| Barne- og ungdomsklubnikken | 17,4 % | 17,0 % | 23,4 % |
| Kvinneklubnikken | 22,4 % | 30,2 % | 29,4 % |
| Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon | 23,6 % | 25,9 % | 25,8 % |
| Kreftklubnikken | 28,4 % | 27,8 % | 24,5 % |
| Hjerte-, lunge- og karklubnikken | 23,9 % | 22,1 % | 20,7 % |
| Akuttklubnikken | 24,6 % | 16,4 % | 19,7 % |
| Prehospital klinikk | 0,0 % | 6,7 % | 0,0 % |
| Klinikk for laboratoriemedisin | 27,0 % | 22,5 % | 24,9 % |
| Klinikk for radiologi og nukleærmedisin | 33,0 % | 18,3 % | 19,6 % |
| Oslo sykehusservice | 19,5 % | 17,9 % | 23,7 % |
| Direktørens stab | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % |
| <i>Totalt (basert på unike artikler)</i> | <i>24,4 %</i> | <i>23,3 %</i> | <i>23,8 %</i> |

Tabell 82. Andel av artiklene som er publisert i tidsskrifter på nivå 2. Fra Publika pr. 10. mai 2017

Publiseringspoeng:

Tallene er basert på ufullstendig adresseinformasjon, noe som skyldes registreringsforsinkelser i internasjonale databaser. Antall poeng kan derfor bli noe høyere til slutt. Tall fra den nasjonale CRISTin-databasen tilsier imidlertid også en utflating i 2016.

| Antall publiseringspoeng | 2014 | 2015 | 2016 |
|--|---------------|---------------|---------------|
| Klinikk psykisk helse og avhengighet | 102,5 | 126,7 | 105,9 |
| Medisinsk klinikk | 174,8 | 183,3 | 162,9 |
| Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi | 16,6 | 13,7 | 28,4 |
| Nevroklubnikken | 126,8 | 124,2 | 115,4 |
| Ortopediklubnikken | 61,5 | 46,8 | 54,2 |
| Barne- og ungdomsklubnikken | 58,4 | 52,9 | 83,9 |
| Kvinneklubnikken | 44,0 | 42,6 | 55,3 |
| Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon | 130,2 | 169,5 | 156,3 |
| Kreftklubnikken | 275,3 | 299,1 | 270,2 |
| Hjerte-, lunge- og karklubnikken | 97,9 | 95,0 | 95,5 |
| Akuttklubnikken | 81,5 | 101,0 | 68,3 |
| Prehospital klinikk | 3,7 | 7,7 | 6,4 |
| Klinikk for laboratoriemedisin | 259,0 | 235,2 | 228,4 |
| Klinikk for radiologi og nukleærmedisin | 51,3 | 37,7 | 39,5 |
| Oslo sykehusservice | 34,6 | 36,7 | 40,1 |
| Direktørens stab | 1,7 | 1,7 | 0,9 |
| <i>Totalt (basert på nasjonal beregningsmåte med kvadratrot)</i> | <i>1549,5</i> | <i>1584,9</i> | <i>1550,4</i> |

Tabell 13. Publiseringspoeng. Tall fra Publika 10. mai 2017

Doktorgrader avlagt ved universiteter og høyskoler og utført ved helseforetaket

Antall doktorgrader som hovedsakelig er utført ved Oslo universitetssykehus nådde i 2012 en topp på 151, men har falt de siste årene til 111 i 2016. Dette skyldes i stor grad en vridning av ekstern finansiering bort fra doktorgradsstipend og over mot flere postdoktorstipend og annen støtte. Dette er også en utvikling vi ser nasjonalt.

| Doktorgrader utført ved helseforetaket | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|------------|------------|------------|
| Klinikk psykisk helse og avhengighet | 3 | 8 | 6 |
| Medisinsk klinikk | 17 | 9 | 8 |
| Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi | 5 | 1 | 4 |
| Nevroklubnikken | 11 | 17 | 12 |
| Ortopediklubnikken | 7 | 3 | 3 |
| Barne- og ungdomsklubnikken | 11 | 4 | 4 |
| Kvinneklubnikken | 7 | 4 | 3 |
| Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon | 10 | 11 | 12 |
| Kreftklubnikken | 30 | 28 | 24 |
| Hjerte-, lunge- og karklubnikken | 6 | 9 | 6 |
| Akuttklubnikken | 3 | 7 | 4 |
| Prehospital klinikk | 0 | 0 | 0 |
| Klinikk for laboratoriemedisin | 26 | 10 | 23 |
| Klinikk for radiologi og nukleærmedisin | 1 | 4 | 2 |
| Oslo sykehusservice | 2 | 0 | 0 |
| Direktørens stab | 1 | 0 | 0 |
| <i>Totalt OUS (uten hensyn til delinger med andre helseforetak)</i> | <i>140</i> | <i>115</i> | <i>111</i> |

Tabell 14. Doktorgrader utført ved Oslo universitetssykehus HF.

Kliniske studier

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

| Løpende avtaler med industripartner, håndtert av Inven2 | Pågående pr 1. tertial 2017 |
|--|-----------------------------|
| Klinikk psykisk helse og avhengighet | 0 |
| Medisinsk klinikk | 59 |
| Ortopedisk klinikk | 3 |
| Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi | 1 |
| Nevroklubnikken | 18 |
| Kvinneklubnikken | 1 |
| Barne- og ungdomsklubnikken | 12 |
| Kreftklubnikken | 127 |
| Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon | 13 |
| Hjerte-, lunge- og karklubnikken | 12 |
| Akuttklubnikken | 5 |
| Prehospital klinikk | 1 |
| Klinikk for radiologi og nukleærmedisin | 1 |
| Klinikk for laboratoriemedisin | 4 |
| Oslo sykehusservice og Direktørens stab | 0 |
| <i>Sum løpende avtaler - studier med industripartner</i> | <i>257</i> |

Tabell 15. Pågående studier - løpende avtaler med industripartner håndtert av Inven2

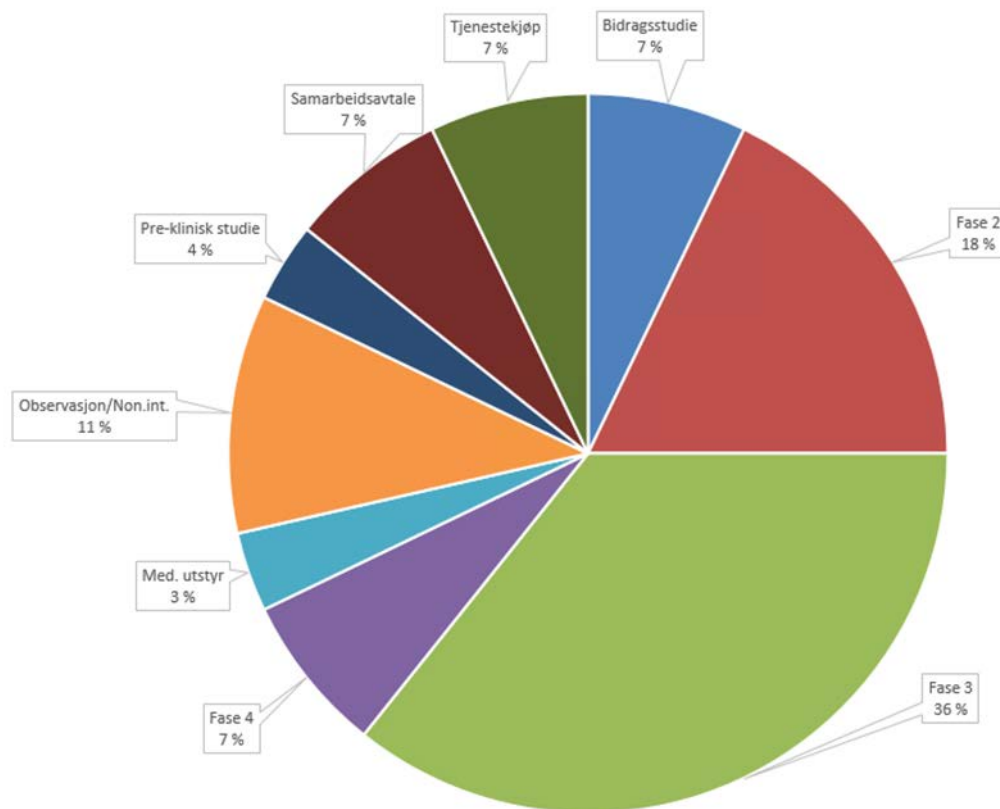
Bakenforliggende tall fra Inven2 tyder på at antall nye studier som er inngått med industripartner i 1. tertial 2017 er noe lavere enn i samme periode de to foregående år. Siden isolerte tertialtall er små og naturlig svingende, er det for tidlig å trekke en sikker

konklusjon om utviklingen. Inven2s vurdering er imidlertid at hovedutfordringene er knyttet til følgende faktorer:

- Nok ressurser til å påta seg nye studier samt å prioritere oppstartsarbeidet
- Lang behandlingstid for forespørsler om deltakelse i nye studier hos sentrale serviceavdelinger (Avdeling for medisinsk biokjemi og Avdeling for radiologi og nukleærmedisin)
- Usikkerhet og manglende erfaring hos studiesykepleier/prosjektkoordinator

Industrien rapporterer til Inven2 om manglende kapasitet til å påta seg nye studier i miljøer hvor de har mange studier/produkter planlagt fremover; gastro, infeksjonsmedisin, nevrologi, hudsykdommer, revmatologi og sjeldne diagnoser.

Avtalene fordeler seg som følger på ulike typer studier:



Figur 8

Andre kliniske studier og forskningsprosjekter

Det pågår et nasjonalt arbeid med å etablere et felles system for registrering av alle typer kliniske studier, med utgangspunkt i REKs registreringer og CRISTin-systemet.

Inntil en slik felles databaser er på plass, vil vi ikke ha tilstrekkelig informasjon om alle typer pågående kliniske studier. Fra og med neste tertial tas det sikte på å presentere en noe utvidet oversikt, der det suppleres med REK-prosjekter fra databasen Forpro (forutsetter at oppdaterte data-uttrekk leveres fra Sykehuspartner).

4.2 Innovasjon

Alle ideer/oppfinnelser som kan kommersialiseres og/eller gi opphav til næringsutvikling vurderes og håndteres av Inven2³. Innovasjonsavdelingen i Oslo universitetssykehus HF mottar og viderefører øvrige ikke-patenterbare ideer knyttet til produkt-, prosess- og tjenesteinnovasjoner. Innovasjonsavdelingen og Inven2 bistår med innovasjonsarbeid også for andre sykehus i regionen. Antall innmeldte oppfinnelser til Inven2 er meget tilfredsstillende i første tertial 2017 når man ser på totalnivået i 2015 og 2016. Antallet innmeldte ideer til Idépoliklinikken er noe redusert, trolig som følge av at det ble varslet redusert behandlingsskapasitet for nye ideer i 3. tertial 2016 (reduisert bemanningskapasitet og høy turnover i 2016). Innovasjonsavdelingen er nå fullt bemannet, og ny leder er på plass. Det planlegges en relansering av innovasjonsportalen for Oslo universitetssykehus HF («Idepoliklinikken») i løpet av høsten 2017, som også vil ta innover seg det pågående arbeidet med utvikling av nasjonale indikatorer for innovasjonsaktiviteten ved helseforetakene. Dette vil trolig føre til økt innrapportering og aktivitet på prosjekter som håndteres av Innovasjonsavdelingen via «Idepoliklinikken».

| Klinikk | Totalt 2015 | | Totalt 2016 | | 1. tertial 2017 | |
|--|-------------|------------------|-------------|------------------|-----------------|------------------|
| | Inven2 | Idépoliklinikken | Inven2 | Idépoliklinikken | Inven2 | Idépoliklinikken |
| Klinikk psykisk helse og avhengighet | 8 | 2 | 4 | 3 | | |
| Medisinsk klinikk | 3 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 |
| <i>Klinikk for kirurgi og nevrofag</i> | 3 | 3 | 3 | - | | |
| Ortopedisk klinikk | - | - | - | 1 | | |
| Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi | - | - | - | 3 | 2 | |
| Nevroklirikken | - | - | - | 0 | 3 | |
| <i>Kvinne- og barneklirikken</i> | 2 | 1 | 3 | - | | |
| Kvinneklirikken | - | - | - | 1 | | |
| Barne- og ungdomsklinikken | - | - | - | 0 | 1 | 1 |
| <i>Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklirikken</i> | 13 | 0 | 19 | 1 | | |
| Kreftklirikken | - | - | - | 1 | 5 | |
| Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon | - | - | - | 0 | 3 | 1 |
| Hjerte-, lunge- og karklinikken | 2 | 1 | 4 | 0 | 1 | |
| Akuttklirikken | 6 | 10 | 4 | 1 | 3 | |
| Prehospital klinikk | - | - | 0 | 0 | | |
| <i>Klinikk for diagnostikk og</i> | 35 | 1 | 31 | - | | |

³ Inven2 er Norges største aktør innen kommersialisering av forskning og eies av Universitetet i Oslo og Oslo Universitetssykehus HF.

| Klinikk | Totalt 2015 | | Totalt 2016 | | 1. tertial 2017 | |
|---|-------------|-----------|-------------|-----------|-----------------|----------|
| <i>intervensjon</i> | | | | | | |
| Klinikk for radiologi og nukleærmedisin | - | - | - | 2 | | 1 |
| Klinikk for laboratoriemedisin | - | - | - | 4 | 10 | |
| Oslo sykehusservice og Direktørens stab | 0 | 16 | 2 | 10 | | |
| Totalt | 65 | 36 | 72 | 30 | 28 | 5 |

Tabell 96. Nye innmeldte oppfinnelser (DOFI) til Inven2 og ideer til Idépoliklinikken ved Oslo universitetssykehus. *Merknad: tall fra Inven2 AS følger i 2015/2016 gammel klinikkstruktur*

Andelen pågående innovasjonsprosjekter som ligger hos Idépoliklinikken er økende. Tallet kan reflektere at tidligere innmeldte ideer har vært bæredyktige prosjekter som videreføres fra forprosjekt til pilotering og videre til implementering. Antall pågående innovasjonsprosjekter hos Inven2 er noe redusert, men stabilt.

| Klinikk | Innovasjonsprosjekter hos Inven2 | Innovasjonsprosjekter hos Idépoliklinikken |
|--|----------------------------------|--|
| Klinikk psykisk helse og avhengighet | 1 | 4 |
| Medisinsk klinikk | 2 | 3 |
| Ortopedisk klinikk | | 1 |
| Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi | | 1 |
| Nevroklinikken | 1 | 1 |
| Kvinneklinikken | 1 | 1 |
| Barne- og ungdomsklinikken | 2 | |
| Kreftklinikken | 22 | |
| Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon | 7 | 1 |
| Hjerte-, lunge- og karklinikken | 3 | 1 |
| Akuttklinikken | 9 | 6 |
| Prehospital klinikk | | |
| Klinikk for radiologi og nukleærmedisin | 4 | 2 |
| Klinikk for laboratoriemedisin | 17 | 2 |
| Kreftregisteret | | 1 |
| Oslo sykehusservice og Direktørens stab | 1 | 8 |
| Næringsliv/andre | | 5 |
| Totalt | 59 | 37 |

Tabell 107. Pågående innovasjonsprosjekter i porteføljen til Oslo universitetssykehus HF. I likhet med DOFI telles prosjekter hos flere klinikker når ideen involverer flere klinikker. I totalsum er hvert prosjekt kun talt én gang,

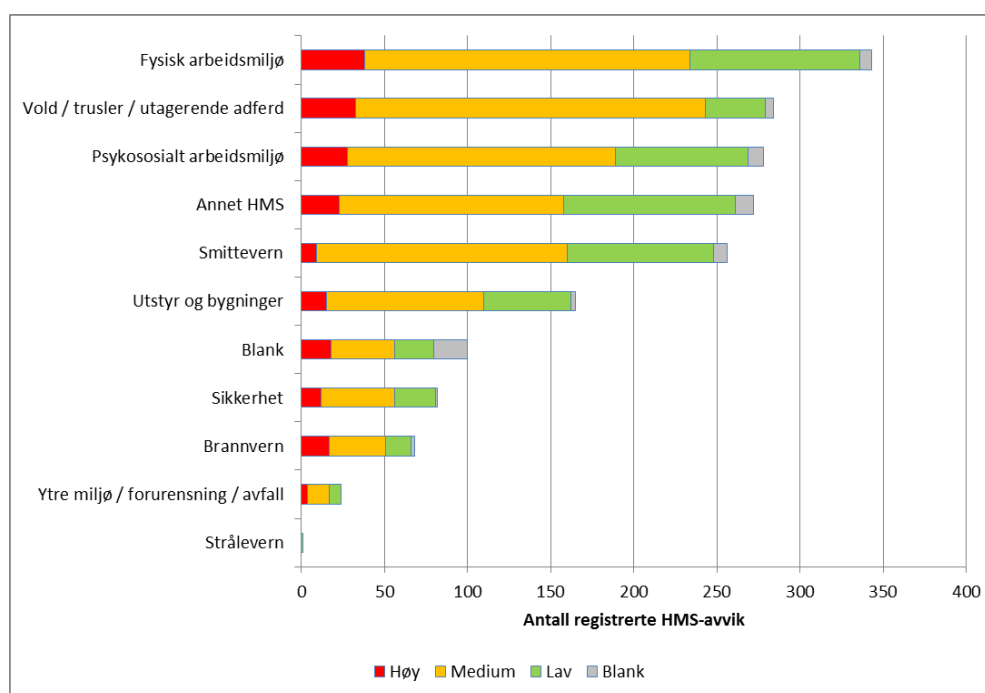
Det er fortsatt en utfordring at flere klinikker melder om vedvarende tidspress og kapasitetsproblemer når det gjelder ressurser til forskning og innovasjon. Antall aktive ideer og prosjekter er delvis avhengig av kapasiteten til Inven2, Idépoliklinikken og klinikkene. Etter hvert som innovasjonskulturen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

idétilfanget, da man i større grad vil være i stand til å dedikere tiden som kreves til idéutvikling, testing og implementering.

5 Arbeidsmiljø - HMS-avvik

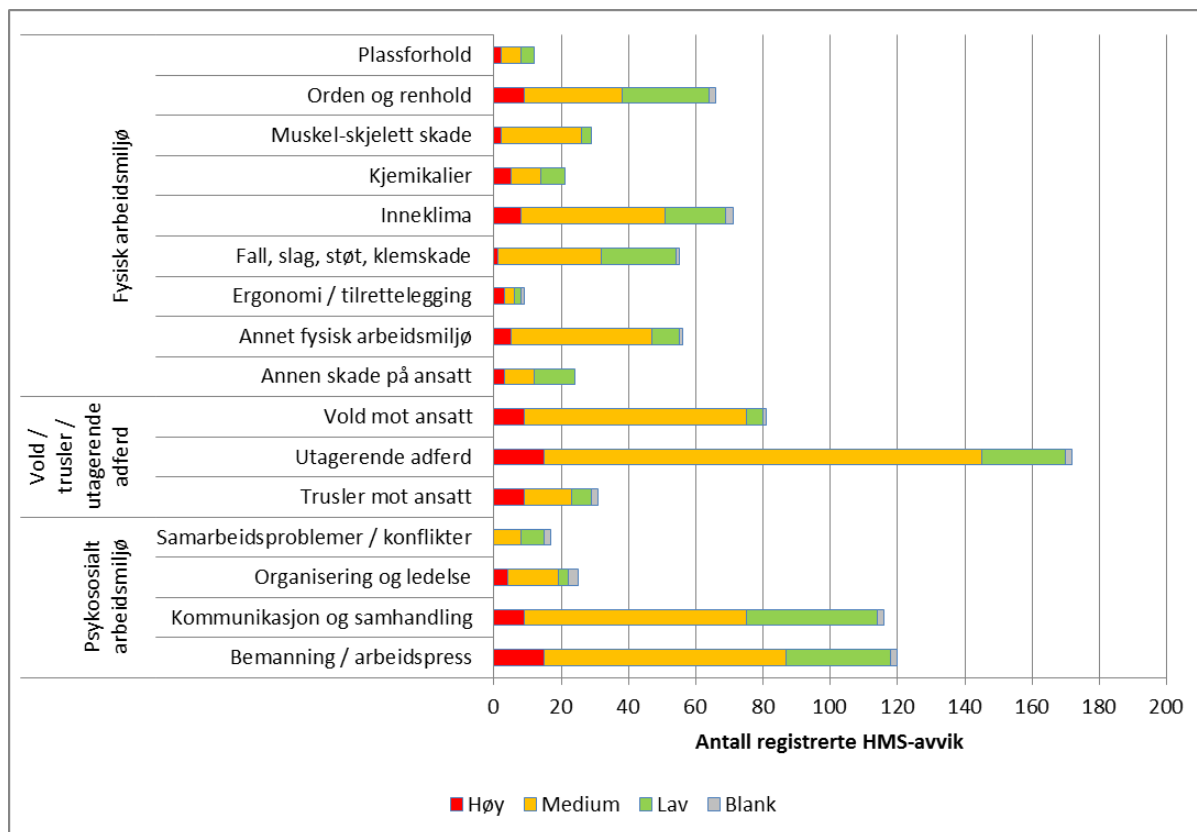
5.1 Fordeling av innmeldte saker

HMS-avvik er i Oslo universitetssykehus HF definert som «Hendelser eller forhold som påvirker arbeidsmiljøet, ansattes helse eller ytre miljø negativt». Når et HMS-avvik blir registrert i Achilles, skal nærmeste linjeleder til melder behandle saken og gjøre sin vurdering av kategori og risiko i systemet. Fordelt på hovedkategorier, er det i 1. tertial 2017 «Fysisk arbeidsmiljø» som har flest registrerte saker (343 saker, 18 % av alle saker), etterfulgt av «Vold/trusler/utagerende adferd» (284 saker, 15 % av alle saker) og «Psykososialt arbeidsmiljø» (278 saker, 15 % av alle saker). Dette er stort sett samme meldeprofil som tidligere. Totalt ble det i 1. tertial registrert 1873 HMS-avvik i Oslo universitetssykehus HF.



Figur 9: Antall HMS-avvik fordelt på hovedkategorier og risikonivå satt av saksbehandlende leder

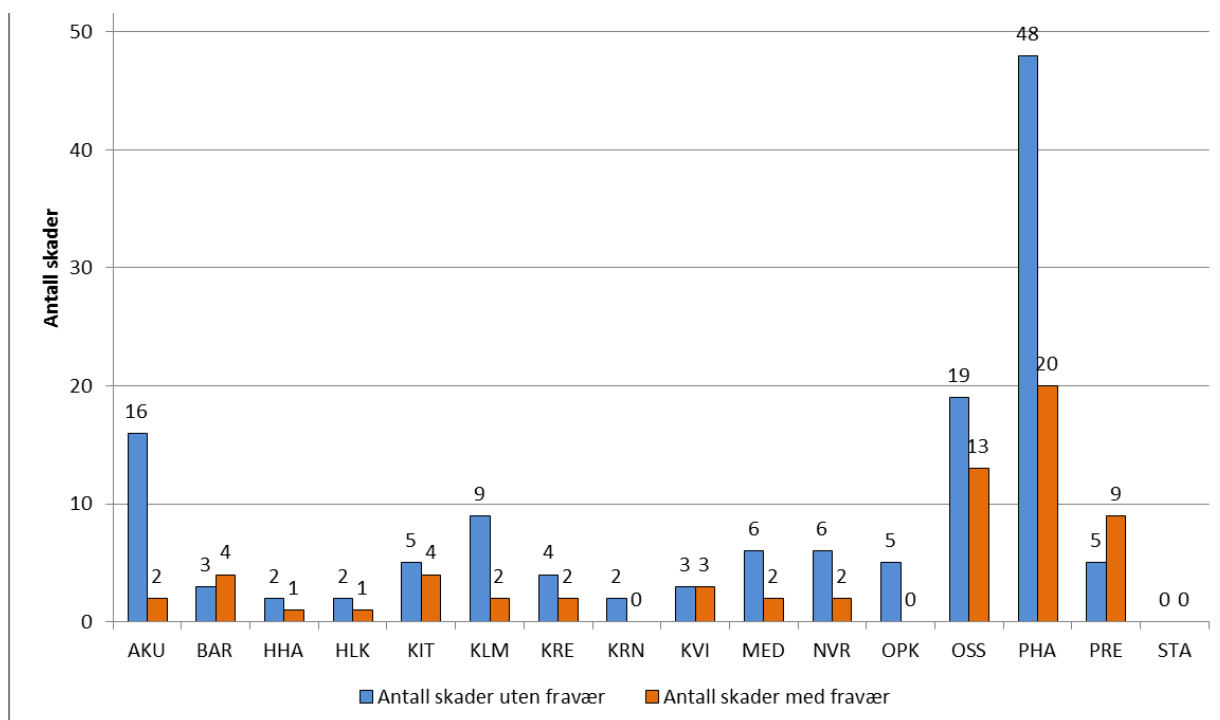
Underkategoriene til de tre største hovedkategoriene er vist i Figur 9. «Utagerende adferd» er den underkategorien som har flest registrerte saker, hvorav flere er satt med høy risiko. 81 % av sakene i denne kategorien er registrert av ansatte i Klinikk psykisk helse og avhengighet, mens de resterende er fra andre klinikker. I kategorien «bemanning / arbeidspress» er 19 % av sakene fra Barneklubben og 18 % av sakene fra Klinikk psykisk helse og avhengighet. For «kommunikasjon og samhandling» er 22 % av sakene fra Klinikk psykisk helse og avhengighet, 20 % fra Akuttklubben og 13 % fra Medisinsk klinikk.



Figur 7: Antall HMS-avvik fordelt på underkategoriene til de tre hovedkategoriene med flest avvik

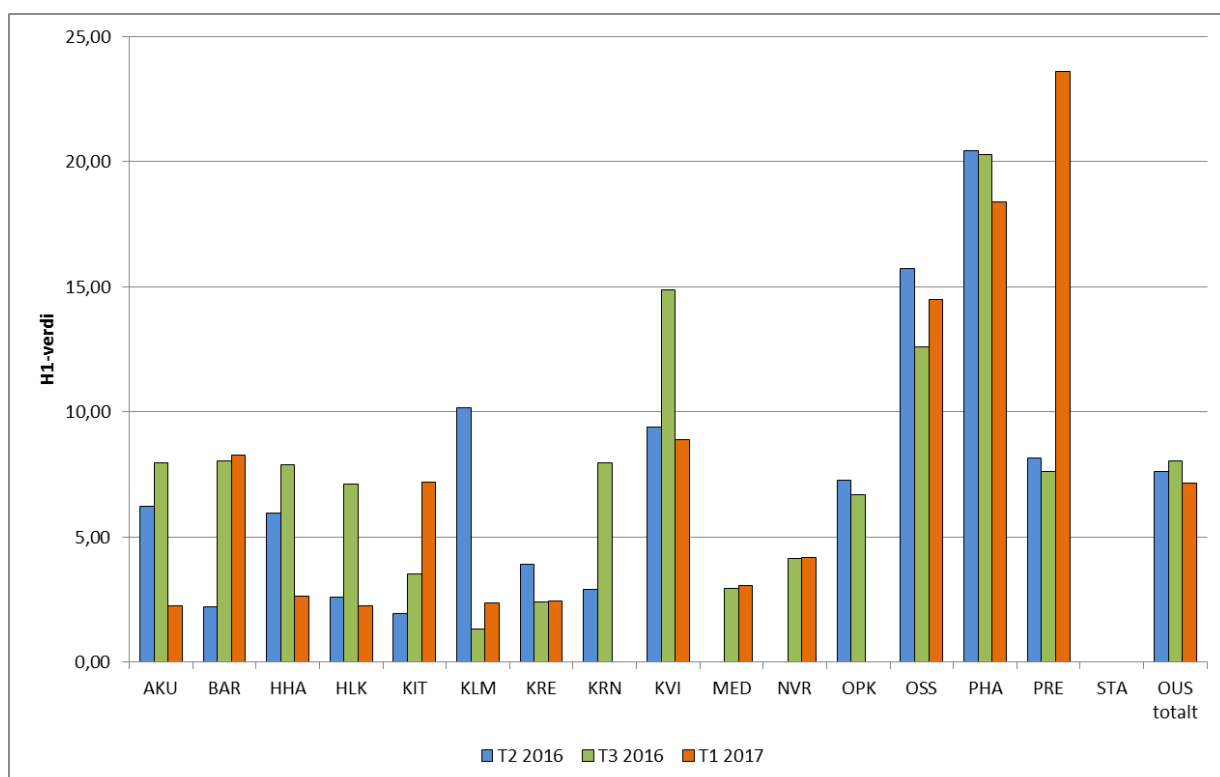
5.2 Skader

Skader på personell er en sub-gruppe av HMS-avvikene, så samtlige saker i dette avsnittet er en del av sakene i avsnittet over. Totalt ble det registrert 200 skader i sykehuset i 1. tertial 2017, hvorav 65 av dem førte til fravær.



Figur 8: Fordeling av skader med og uten fravær i klinikkene

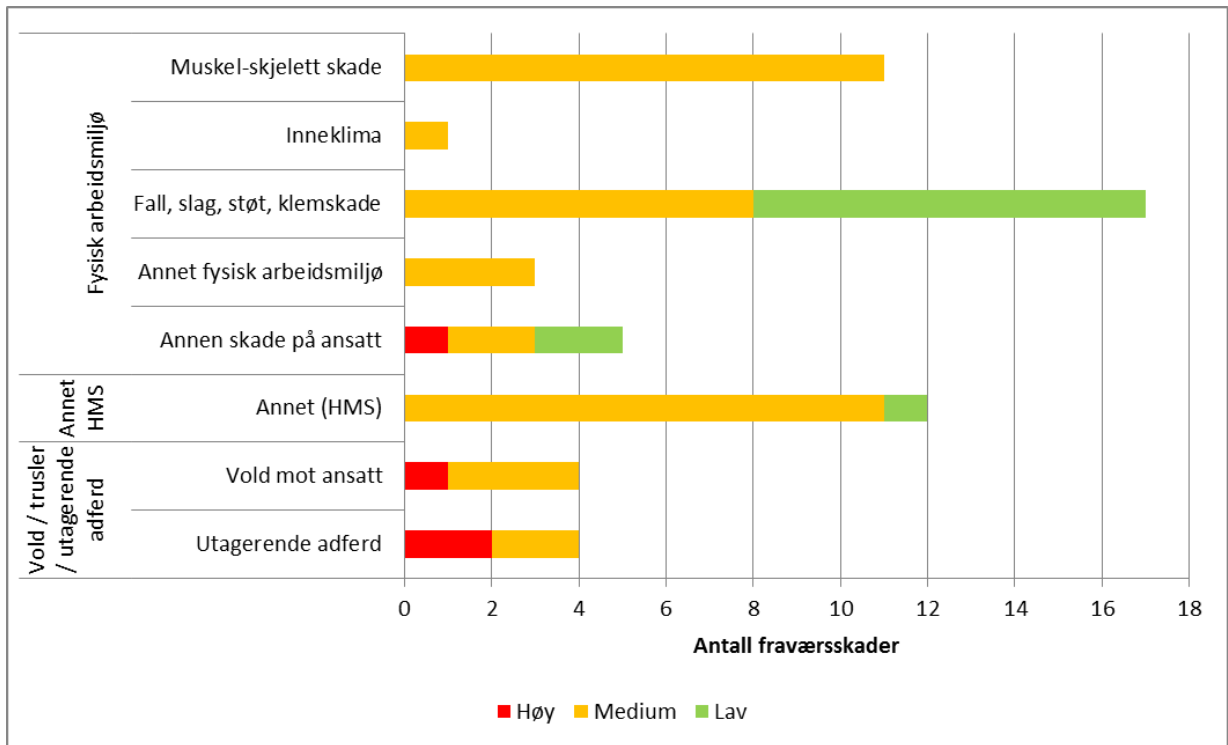
H1-verdi i Figur 11 er antall fraværsskader per million arbeidstimer. Denne verdien brukes til å vise hvor mange fraværsskader man har i forhold til hvor mye arbeid som har blitt utført.



Figur 10: H1-verdi fordelt på klinikkene de tre siste tertiale

«Fysisk arbeidsmiljø» står for 57 % av fraværsskadene som ble registrert i 1. tertial.

Det er fallskader og skader ved forflytning/løft som står for en stor andel av fraværsskadene.



Figur 91: Fordeling av fraværsskader i 1. tertial på de tre største underkategoriene

6 Vedlegg

6.1 Eksterne tilsyn gjennomført i 3. tertial 2016

| Tilsyns-dato | Tilsyns-etat | Tittel - tema | Org. enhet | Antall avvik gitt | Antall avvik lukket | Kommentar - status | Avvik i forhold til internkontroll-krav | | | | | | | | | |
|--------------|------------------------|--|--|-------------------|---------------------|--|---|---|-------------------------------|---|--------------------------------------|--|--|----------------------|--|---|
| | | | | | | | Mål, organisering, ansvar, myndighet | Arbeidstakeres kunnskap, ferdigheter, medvirkning | Brukererfaringer, medvirkning | Fare for svikt / lovbrudd, risikovurdering/-styring | Avvik, avdekke, rette opp, forebygge | Nødv. rutiner, dokumenter, dokumentstyring | Intern revisjon, gjennomgang av system | Bygg/ anlegg/ utstyr | | |
| 24.1. | Statens helsetilsyn | Humane organer beregnet til transplantasjon | Avdeling for transplantasjon smedisin | 1 | | Handlingsplan utarbeides og oversendes innen fristen 01.06.17. | | 1 | | | | | | | | |
| 1.2. | Riks-revisjonen | Henvisningspraksis - spørreundersøkelse | Admin/felles AFF | | | Revisjon pågår. Rapporten til Stortinget til høsten. | | | | | | | | | | |
| 13.2. | Statens legemiddelverk | Varsel om GCP-inspeksjon av PCI Biotech AS | Seksjon for utprøvende kreftbehandling | | | Rapport ikke mottatt. | | | | | | | | | | |
| 17.2. | Mattilsynet | Inspeksjonsrapport på dyreavdeling 027, RH | KPM Rikshospitalet | 2 | 2 | Tiltak planlegges og gjennomføres innen fristen 01.03.2018 | | | | | | | | | | 2 |
| 21.3. | Riks-revisjonen | Praksis for utskrivning av somatiske pasienter - datainnsamling - intervjuer og pasientjournaler | Medisinsk klinikk | | | Revisjon pågår. Rapporten til Stortinget til høsten. | | | | | | | | | | |
| 28.3. | Datatilsynet | Kontroll med Nyfødtscreeningen | Sykehuset | | | Rapport ikke mottatt. | | | | | | | | | | |
| 4.4. | Mattilsynet | Oppfølgingstilsyn Mattilsyn etter inspeksjon 13.11.16 | Hovedkjøkken Ullevål | 0 | | Lukket | | | | | | | | | | |
| Totalt | | | | 3 | 2 | | | 1 | | | | | 1 | | | 2 |

6.2 Eksterne tilsyn fra tidligere perioder - fortsatt under arbeid

| Tilsyns-dato | Tilsynsetat | Tittel - tema | Org. enhet | Antall avvik gitt | Antall avvik lukket | Kommentar - status |
|-------------------|--|---|-------------------------------------|-------------------|---------------------|---|
| 29.11.16-02.12.16 | Tilsyn med stråleterapivirksomheten på Ullevål (KRE), Øye avdelingen (HHA) og Hud seksjonen (KIT). | Statens strålevern | Hode- halsklinikken (HHA) | 4 | 3 | Avviket som ikke er lukket tilhører HHA og frist lukking 01.11.17 |
| 21.11.16-23.11.16 | Virksomhetens tilvirker tillatelse for legemidler | Statens legemiddelverk | Laboratorieklinikken, IMM, Exvivo | 7 | 2 | Sendt over dokumentasjon som lukker de to store avvikene. Frist andre avvik 13.07.17 |
| 17.10.16-26.10.16 | Årlig oppfølging fra DSB | Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap | Oslo sykehusservice | 4 | 0 | Oppfølging av tidligere tilsyn. OUS har klaget vedtaket til Justis- og beredskaps departementet. Samt handlingsplan oversendt DSB iht frist. Ikke mottatt svar fra noen av instansene. Stort prosjekt og langt tidsperspektiv |
| 27.09.16-29.09.16 | Landsomfattende sepsistilsyn ved Akuttmottaket på Ullevål, OUS | Fylkesmannen, Helseavdelingen | Akuttklinikken og Medisinsk klinikk | 2 | 0 | Ny gjennomgang fra tilsynsteamet 22.05.17 og i november 17. |
| 12.09.16-19.09.16 | Tilsyn med gassanlegg og lagring av gass/trykksatt stoff er i henhold til krav fastsatt i eller i medhold av aktuelt lovverk i OUS | Oslo Brann og redningsetat | Oslo sykehusservice | 3 | 0 | Avvik skal være lukket innen 31.12.17 |
| 10.05.16 | Landsdekkende tilsyn med tanklagring av farlig kjemikalier og farlig avfall | Fylkesmannen, Miljøavdelingen | Oslo sykehusservice | 3 | | |
| 02.03.16-30.03.16 | Virksomheten har tilstrekkelig sikring for å hindre tilbakestrømming av forurenset vann til offentlig ledningsnett | Oslo kommune, Vann og avløpsetaten | Oslo sykehusservice | 2 | 0 | Det er ca.25 vanninntak i OUS som må skiftes ut til rett type. Samt at sprinkel-anlegg på RH ikke er godt nok sikret for å beskytte vannledningsnettet. Stort prosjekt og langt tidsperspektiv. |
| 23.04.14 | Styring og kontroll med helseopplysninger i elektroniske pasientjournaler | Datatilsynet | Oslo universitetssykehus HF | 4 | 0 | I arbeid og plan for tilbakemelding til involverte er i slutfasen. |
| 16.12.13 | Branntilsyn ved OUS - Søsterhjemmet. Hvilke brann tekniske tiltak er gjort? | Branntilsyn | Oslo Sykehusservice | 1 | 0 | I arbeid. Jevnlige dialogmøter |
| 01.07.11 | Tilsynsrapport fra statusmøte 15.06.11 | Arbeidstilsynet | Oslo universitetssykehus HF | 10 | 9 | I arbeid. Jevnlige dialogmøter |
| Antall: | 10 | | | 40 | 14 | |

6.3 Nasjonale kvalitetsregistre - resultater fra ledelsens gjennomgang

| Klinikk og valgt nasjonalt register | De tre utvalgte kvalitetsindikatorer | Måloppnåelse for kvalitetsindikatorerne | Kommentarer |
|--|--|--|---|
| Barne- og ungdomsklinikken (BAR) Barnediabetesregisteret | 1. HbA1c < 7,5%. 2. Andel pasienter innlagt med insulin sjokk med bevisstløshet og eller kramper 3. Andelen pasienter innlagt med diabetes ketoacidose | 1. Mean HbA1c 8,11%, median 7,95%. 29% <7,5. 50% <8,0%, 12% ≥9,0% 2. 8,5% 3. 3,0 % | 1. Reflekterer blodsukkernivå siste 4-12 uker. OUS ligger på landsgjennomsnittet. 2. Nasjonalt 5% i 2015. Målet er lavest mulig. 3. Som nasjonalt. Nå på laveste nivå noen gang. |
| Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi (HHA) Norsk kvalitetsregister for leppe-kjeve-ganespalte | 1. Registerets dekningsgrad 2. Tid til operativ behandling 3. Pasientenes tilfredshet, f. eks. preoperativ informasjon og smertebehandling av barnet etter operasjon | 1. 85% 2. 3-18 mndr., avhengig av type spalte 3. >90% god eller svært god info før operasjon og 80% opplevelse av god el. svært god smertebehandling | 1. Bergen 95% (22 nye 2014, 62 i OUS) 2. De fleste opereres i 3 – 6 mndr. alder eller 12-15 mndr. 3. Bergen ca. 80% god info, men 100% opplevelse av god el. svært god smertebehandling |
| Hjerte-, lunge- og karklinikken (HLK) Norsk hjertekirurgiregister | 1. 30 dagers mortalitet 2. Reoperasjon for sårblødning 3. Dyp infeksjon Alle tre indikatorer ble rapportert for koronar bypasskirurgi (CABG), åpen aortaventilkirurgi (SAVR) og kombinasjoner av de to | 1. CABG: 0,3 SAVR: 2,2 Komb.: 5,4 2. CABG: 2,2 SAVR: 3,7 Komb.: 8,1 3. CABG: 0 SAVR: 1,9 Komb.: 0 | 1. Lavest i Norge Norge 0 - 5,0 Norge 0 - 10,0 2. Norge 1,6 – 2,9 Norge 2,8 – 11,3 Norge 4,4 – 13,3 3. Lavest i Norge Norge 0 – 1,9 Lavest i Norge |
| Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon (KIT) Norsk nyreregister | 1. Andel dialysepasienter i hjemmedialyse 2. Andel transplantasjoner med levende nyregiver (LD) 3. Andel transplanterte med blodtrykk under 135/85 | 1. 30% 2. 35% 3. 80% | 1. Mål på om individualisert behandling etterstrebtes i stort nok omfang 2. Mål for nasjonal behandlingstjeneste 3. Mål på om guidelines og anbefalinger følges |
| Kreftklinikken (KRE) Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft (NBCR) | Ingen spesifisering av valgte kvalitetsindikatorer. Flere lysbilder med info, men kun to med overskrifter der OUS resultater spesifikt presenteres: 1. Andel brystbevarende operasjoner med tumorstørrelse 0-30 mm 2. Andel primære rekonstruksjoner etter mastektomi for kvinner mellom 0-69 år | Klinisk innrapporteringsgrad for primærutredning er 87%. Klinisk innrapporteringsgrad for primærkirurgi er 84% 1. 84% 2. 40% | Gjelder landet, etter det man får inntrykk av 1. Snitt i Norge 82%, spredning 67%-95% 2. Snitt i Norge 23%, spredning 2% – 49% |
| Kvinneklinikken (KVI) Norsk kvinnelig inkontinensregister | 1. Lekkasje ved stresstest 2. Fornøydhet med operasjonen 3. Stressinkontinensindeks | 1. 3,7g 2. 155 pas. opr. og kontrollert Ullevål, går ikke frem % fornøyde 3. 1,3 | 1. Norge 0,1 – 4,3 g 2. Bare Vestfold har operert og kontrollert flere 3. Norge 0 – 7,0 |
| Medisinsk klinikk (MED) | 1. Dekningsgrad for innregistrerte i NorKog | 1. Ingen OUS-tall | 1. Dekningsgrad internt på hvert senter i Norge varierte |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten (NorKog) | 2. Andel som møter med pårørende og der informasjon fra pårørende er inkludert i utredningen 3. Andel som utredes for kognitiv svikt med strukturerte kartleggingsverktøy | 2. 83,5% 3. 99% ble utredet med Mini-Mental-Status og klokkelest | fra 4%-95% 2. Info om pårørendes opplevelse ble innhentet hos 95% (noen per telefon) 3. Kan virke som dette resultatet gjaldt alle deltakere, ikke OUS spesifikt |
| Nevroklubikken (NVR) Norsk MS-register og biobank | Nevnes problemer med dekningsgrad og få rene kvalitetsindikatorer. 1. MR før diagnostidspunkt 2. Isoelektrisk fokusering i spinalvæske | Ingen resultater presenteres. Egen kommentar: Klinikken ønsker bedre intern oversikt, infrastruktur og bevissthet i bruk av faglige resultater i styringssammenheng | Klinikken egen: Er i ferd med å få oversikt over kval.registrene – svært varierende dekningsgrad og lite bruk i prioritering. Ambisjon: i 2018 ser vi bevegelse og forbedring. |
| Ortopedisk klinikk (OPK) Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi | 1. ODI (Oswestry disability index) >48 etter 12 mnd. indikerer feil pasient/dårlig operasjon (skår 0 er helt frisk) 2. Forbedre ODI mer enn 13 poeng 12 mndr etter kirurgi 3. Komplikasjon durarift og infeksjoner | 1. 4% på Ullevål 2. 35% oppnår ikke dette på Ullevål 3. Durarift 3,2% Infeksjoner 8% | 1. Snitt Norge 5%. RH melder ikke, ikke ment for større opr. Utvidelse av register ventet i 2018. 2. Snitt Norge 28 poeng 3. Norge 1,2% Norge 4% |
| Klinikk psykisk helse og avhengighet (PHA) Norsk kvalitetsregister for spiseforstyrrelser (NorSpis) | | | Registeret er nyoppstartet og begynte registrering Nord-Norge i 2016/2017. Registeret er ikke opprettet ved OUS. Hvordan data skal høstes er heller ikke avgjort. |



1 Evaluering av kvalitetssystemelementene

Sykehusets ledelsessystem for kvalitetsforbedring, også kalt kvalitetssystemet, består av en rekke elementer. Grunntanken er at vi skal sikre kontinuerlig forbedring i alle systemer og prosesser slik at vi kan oppnå best mulige tjenester for våre pasienter. Det betyr at vi med jevne mellomrom også må gjennomgå selve ledelsessystem og sørge for at de ulike elementene stadig forbedres. I den senere tid har det kommet flere styringssignaler og endringer i regelverk som gir grunn for revurdering og justeringer.

2 Revidert kvalitetspolitikk

Sykehuset har siden etableringen i 2010 hatt en kvalitetspolitikk som har vist retning og angitt overordnede prinsipper for systematisk ledelse og kvalitetsforbedring. Dokumentet ble siste gang revidert i 2013.

I mai 2016 startet sykehusets ledergruppe en ny prosess med å gi innspill til endringer. Senere har også sykehusets Brukerutvalg drøftet kvalitetspolitikken og gitt sine innspill. Det er videre tatt hensyn til ny forskrift om ledelse og føringer fra myndighetene, i tillegg til at representanter fra ulike deler av sykehuset har gitt sine vurderinger. Ny revidert kvalitetspolitikk ble godkjent i Ledermøtet fra 7. mai 2017.



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

Den nye kvalitetspolitikken gir grunnlag for gjennomgang og revidering av andre vesentlige dokumenter. Først og fremst gjelder det retningslinjen for ledelsessystemet / kvalitetssystemet.

3 Revidert opplegg og retningslinje for risikovurdering

Et viktig element i ledelsessystemet er de tertialvis risikovurdering som gjøres i klinikker og på sykehusnivå. I lengre tid har vi sett behov for ulike forbedring av vurderingene og det systematiske arbeidet med disse. Planer for dette ble behandlet på ledermøtet i februar, og her ble det gitt støtte til endringene.

Fra høsten 2017 foretas en omlegging i når risikovurderingene skal gjennomføres, slik at det blir to oppdateringer pr år. Hensikten er at prosessen først og fremst skal understøtte den interne risikostyringen av aktiviteter og prosesser som kobles tettere med budsjett og oppdrag. Risikovurdering for 2018 påbegynnes etter justert prosess i oktober 2017.

Det gjøres i 2017 en gjennomgang i alle klinikkene for å gi økt metodestøtte og tilrettelegge bedre for bruk av datakilder i risikovurderingen. På den måten forventes det at klinikkene og sykehusets risikovurderinger og tiltak blir mer konkrete, treffsikre og gi større nytte i utviklingen av sykehuset framfor å være bare en rapporteringsaktivitet.

4 Endringer av klinikkens Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg til Pasientsikkerhetsråd

Det ble i 2016 gjennomført en kartlegging av hvordan mandatet for klinikkens Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg ble praktisert. Kartleggingen ble gjort ved dokumentgjennomgang av møteinnkallinger og referater fra klinikkene, samt observerende deltagelse i møter. Etter dette er det utarbeidet forslag til forbedringer som gjelder:

- Navneendring fra Pasientsikkerhets- og kvalitetsutvalg til Pasientsikkerhetsråd.
- Forbedringer i saksuttrekk til rådernes behandling fra forbedringssystemet Achilles.
- Tekster til publisering på internett utarbeides av Pasientsikkerhetsseksjonen.
- Saker behandlet i klinikkens Pasientsikkerhetsråd oppsummeres til Sentralt kvalitetsutvalg og at omfanget av enkeltsaker som presenteres i Sentralt kvalitetsutvalg økes.
- Kvalitet og pasientsikkerhet som fast punkt på dagsorden i klinikkens ledermøte hver måned.
- Øke tidlig involvering av Pasientsikkerhetsseksjonen og Pasientsikkerhetsråd i saker der støtte til leders analysearbeid ansees som nyttig.

5 Evaluering av dokumentstyringssystemet

Det er gjennomført en workshop for å evaluere dokumentstyringssystemet (eHåndboken) med deltakere fra klinikkene i sykehuset. Ulike grupper har gitt innspill til områder som bør vurderes med tanke på forbedring og utvikling. Forbedringer kan gjennomføres både sentralt i forhold til selve systemet og lokalt i forhold til styring og bruk av verktøyet. Det vil bli nærmere konkretisert hvilke forbedringstiltak som skal prioriteres og følges opp videre.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 22. juni 2017

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg (utrykt): Sak nr. 069-2017 – Økonomisk langtidsplan 2018-2021 (Helse Sør-Øst RHF)

SAK 44/2017 ØKONOMISK LANGTIDSPLAN 2018-2021 (37) OG BUDSJETT 2018

Forslag til vedtak:

- 1. Styret tar redegjørelsen om økonomisk langtidsplan for Helse Sør-Øst RHF til orientering.*
- 2. Styret ber om få en oppdatert oversikt over arbeidet med budsjett 2018 på styremøtet 29. september*

Oslo den 15. juni 2017



Bjørn Erikstein

1. Innledning

Helse Sør-Øst RHF styrebehandler økonomisk langtidsplan 2018-2021 for foretaksgruppen den 15. juni, samme dag som Oslo universitetssykehus HF sine styrepapirer blir distribuert. Denne saken gir en kort oppsummering av innholdet i Helse Sør-Øst RHF saksfremlegg.

Denne saken inneholder også en orientering om det interne arbeidet med budsjett 2018 for Oslo universitetssykehus HF og varslede endringer i finansieringssystemet for helseforetakene.

2. Tidligere vedtak

Det ble fattet følgende vedtak i Oslo universitetssykehus HF i sak 36/2017 Økonomisk langtidsplan 2018-2021 (37) den 24. mai 2017:

1. *Styret gir sin tilslutning til forslaget til økonomisk langtidsplan.*
2. *Styret konstaterer at kravet til resultatforbedring de nærmeste årene er svært krevende, men nødvendig for å sikre tilstrekkelig finansiering av investeringer i bygg og medisinskteknisk utstyr.*
3. *Styret ber om å bli orientert om prosjektene innenfor «forbedring av drift» i styremøtet 29. september 2017.*
4. *Styret vedtar foreløpig styringsmål for 2018 med 300 millioner kroner i overskudd. Styret understreker at styringsmålet er betinget av reelt uendret finansieringsregime fra 2017 til 2018. Styret ber administrerende direktør følge opp tildelingen av basisinntekter og endringene i aktivitetsbaserte inntekter overfor Helse Sør-Øst RHF.*

Det ble fattet følgende vedtak i Oslo universitetssykehus HF i sak 28/2017 Økonomisk langtidsplan 2018-2021 (37) den 4. mai 2017:

- *Styret tar redegjørelsen om økonomisk langtidsplan til orientering.*

Det ble fattet følgende vedtak i Oslo universitetssykehus HF i sak 17/2017 Økonomisk langtidsplan 2018-2021 (37) den 22. mars 2017:

- *Styret tar redegjørelsen om økonomisk langtidsplan til orientering.*

Økonomisk langtidsplan 2017-2020 (36) ble vedtatt av styret 28. april 2016 (ref. sak 27/2016).

3. Administrerende direktørs vurdering

Styresaken fra Helse Sør-Øst RHF om økonomisk langtidsplan for foretaksgruppen følger etter administrerende direktørs vurdering opp den økonomiske langtidsplanen som styret i Oslo universitets-sykehus HF vedtok 24. mai på en god måte. Sykehusets store investeringsprosjekter, som var innarbeidet i

den økonomiske langtidsplanen, er gitt prioritet i den økonomiske langtidsplanen for Helse Sør-Øst RHF. Samtidig understreker styresaken fra Helse Sør-Øst RHF at det er nødvendig med ytterligere resultatforbedringer i foretaksgruppen de nærmeste årene, og at det er økonomisk risiko knyttet til den økonomiske langtidsplanen.

Oppdaterte vurderinger av det økonomiske utfordringsbildet for Oslo universitetssykehus HF for 2018 viser at helseforetaket må øke den samlede aktiviteten kombinert med at det gjennomføres kostnadsreducerende tiltak. Det er imidlertid administrerende direktørs vurdering at foretaket er godt i gang med planleggingen av budsjett og nødvendige tiltak for å kunne gjennomføre virksomheten innenfor vedtatt resultatmål. Samtidig er det en risiko for betydelige negative konsekvenser av endringer i etablerte finansieringsordninger for 2018. Administrerende direktør vil følge opp disse forholdene videre med Helse Sør-Øst RHF med utgangspunkt i styrets vedtak fra 24. mai i år.

4. Fakta

4.1 Helse Sør-Øst RHF behandling av økonomisk langtidsplan

Helse Sør-Øst RHF behandler økonomisk langtidsplan i møte 15. juni.

Helseforetakene i Helse Sør-Øst ble bedt om å innrette sin planlagte virksomhet med sikte på å nå følgende overordnede nasjonale mål:

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

I tillegg ble følgende regionale mål lagt til grunn for planleggingen:

- Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd
- Sykehusinfeksjoner er redusert til 3 %
- Pasienten får timeavtale sammen med svar på henvisningen
- Alle medarbeidere skal involveres i oppfølgingen av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet
- Det er skapt et økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer

Styresaken fra Helse Sør-Øst omtaler også arbeidsdelingen mellom sykehusene i Oslo-området:

«Som omtalt i tidligere styresaker, senest sak 021-2017 Økonomisk langtidsplan 2018-2021. Planforutsetninger, arbeides det videre med aktuelle løsningsforslag knyttet til kapasitetstilpasninger i hovedstadsområdet, herunder oppgavefordeling mellom Oslo universitetssykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus. Oppgavefordelingen vil samlet gi kapasitetstilpasninger som vil legge til rette for tilbakeføring av deler av opptaksområdet for Akershus

sykehusområde til Oslo sykehusområde. Denne prosessen ses i sammenheng med de store investeringsprosjektene ved Oslo universitetssykehus.

Foreløpig legges det til grunn følgende endringer:

- *Det etableres et samlet tilbud for medikamentell kreftbehandling og palliativ behandling ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus til pasienter fra egne opptaksområder. I første fase anbefales det å overføre medikamentell kreftbehandling av tykk-/endetarmskreft og blodkreft til Diakonhjemmet Sykehus og medikamentell kreftbehandling av lungekreft, brystkreft og blodkreft til Lovisenberg Diakonale Sykehus.*
- *Det etableres et samlet tilbud for hemodialyse ved Lovisenberg Diakonale Sykehus for pasienter fra egen og Diakonhjemmet Sykehus' sektor.*
- *Lovisenberg Diakonale Sykehus bygger opp et tilbud for primære og sekundære hud-, bløtdels- og beninfeksjoner fra eget opptaksområde.*

I tillegg er det vurdert endringer i organiseringen i Oslo sykehusområde innen alderspsykiatri, urologi eller behandling av eldre med hoftebrudd.»

Det er på dette tidspunkt ikke endelig avklart hvilke endringer i oppgavefordelingen i Oslo sykehusområde som Oslo universitetssykehus HF må legge til grunn allerede for budsjett 2018.

I styresaken fra Helse Sør-Øst RHF fremgår det at ambisjonsnivået for gjennomføring av investeringer i foretaksgruppen er høyt, og at dette krever at foretakenes egenfinansieringsevne øker. Det forventes derfor at foretakene arbeider med realistiske og konkrete driftsrelaterte tiltak for å bedre resultatutviklingen.

Alle sykehus i regionen står i prinsippet overfor den samme økonomiske utfordringen i den økonomiske langtidsplanen: Aktiviteten skal øke samtidig som lønnskostnadene må reduseres noe. Den største utfordringen for driftsøkonomien i foretaksgruppen er forventningen om betydelige økninger i IKT- og medikamentkostnader.

Resultatgrad er økonomisk resultat som andel av samlede driftsinntekter. I henhold til vedtatt planforutsetninger for økonomiplan 2018-2021, mener Helse Sør-Øst RHF at foretaksgruppen samlet bør legge opp til en resultatgrad på 2,5 prosent ved slutten av planperioden. For Oslo universitetssykehus HF vil en resultatgrad på 2,5 prosent tilsvare et positivt resultat på om lag 550-600 millioner kroner mot 400 millioner kroner som er lagt til grunn i den økonomiske langtidsplan som styret vedtok 24. mai. Foretakene i HSØ planlegger imidlertid samlet en resultatgrad på 2,0 prosent i 2021, men det er betydelig variasjoner mellom planene for helseforetakene. Legges kun foretakenes resultatmål til grunn vil foretaksgruppen samlet sett ikke fremvise den ønskede resultatgraden i løpet av planperioden. Helse Sør-Øst RHF har imidlertid budsjettert med en resultatbuffer holdt tilbake i Helse Sør-Øst RHF, og dersom den ikke kommer til

anvendelse vil likevel resultatgraden i foretaksgruppen samlet kunne øke til 2,7 pst i 2021.

I økonomisk langtidsplan 2018-2021 for Helse Sør-Øst RHF foreslår administrerende direktør å videreføre følgende igangsatte prosjekter og prosjekter som er prioritert som regional satsing:

- Oslo universitetssykehus: Ferdigstilling av samlokalisering fase 1
- Oslo universitetssykehus: Ombygging og lukking av myndighetspålegg
- Sykehuset i Vestfold: Tønsbergprosjektet
- Vestre Viken: Nytt sykehus i Drammen
- Sørlandet sykehus: Nytt psykiatribygg
- Oslo universitetssykehus: Ny regional sikkerhetsavdeling
- Oslo universitetssykehus: Nytt klinikkbygg Radiumhospitalet
- Sykehuspartner: IKT-infrastrukturmodernisering i Helse Sør-Øst
- Digital Fornyning

Videre opplyser Helse Sør-Øst RHF at det legges det opp til å etablere nye stråleenheter i sykehusområdene Telemark-Vestfold, Akershus, Vestre Viken og Østfold fram mot 2030 og at det i økonomisk langtidsplan tas høyde for gjennomføring av nødvendige investeringer i stråleterapi.

Helse Sør-Øst viser også til at det i styresak 053-2016 i Helse Sør-Øst RHF ble det godkjent en trinnvis utvikling av Gaustad og Aker ved Oslo universitetssykehus HF. Økonomisk langtidsplan for 2018-2021 fra Helse Sør-Øst RHF har derfor tatt høyde for at det kan bli parallell oppstart av første trinn i utviklingen av Aker og Gaustad.

De regionale helseforetakene fikk i desember 2015 oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å gjennomføre konseptrapport for etablering av protonbehandling i Norge. Utredningen av to behandlingsalternativer er nå gjennomført. Det fremgår av foretaksprotokoll for Helse Sør-Øst RHF av 10. januar 2017 at utbyggingen av protonbehandling er planlagt finansiert med 70 pst. lån og 30 pst. investeringstilskudd. Helse Sør-Øst RHF viser til at det ikke er besluttet hvor protonsentret skal lokaliseres, men foretaksgruppen har som en planforutsetning tatt høyde for utbygging av protonsentret i økonomisk langtidsplan 2018-2021. Helse Sør-Øst RHF forutsetter at drifts- og kapitalkostnader blir finansiert fra eier. Oslo universitetssykehus HF har i sin økonomiske langtidsplan ikke lagt inn verken investeringer eller driftskostnader knyttet til et protonanlegg.

Helse Sør-Øst RHF understreker at det generelt er stor risiko og usikkerhet knyttet til forutsetninger i økonomisk langtidsplanlegging. Det vises særskilt til følgende risikoforhold som kan påvirke den økonomiske utviklingen og få konsekvenser for de planene som det legges opp til:

- Risiko knyttet til å realisere planlagt produktivitetsvekst i langtidsperioden
- Resultatrisiko – risiko for ikke å oppnå planlagte resultater
- Økte IKT-kostnader

- Økte kostnader knyttet til dyre legemidler
- Risiko knyttet til økonomisk bæreevne for investeringsprosjekter
- Risiko knyttet til å realisere positive økonomiske effekter som er forutsatt i planleggingen av investeringsprosjektene
- Risiko knyttet til behovet for regional mellomfinansiering
- Risiko knyttet til å gjennomføre flere store investeringsprosjekter samtidig, herunder IKT-prosjekter inkludert infrastrukturmoderniseringen

For å ta hensyn til risiko og usikkerhet i forutsetningene for økonomisk langtidsplan 2018-2021 har Helse Sør-Øst RHF lagt opp til oppbygging av sentrale resultat- og likviditetsbuffer.

Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF sier følgende i sine vurderinger av økonomisk langtidsplan:

«Foretaksgruppen står overfor store og ressursmessig svært krevende utbyggingsprosjekter i Oslo-området i årene frem mot 2030. I tillegg legges det opp til å realisere nytt Drammen-sykehus og en ønsket satsning på Digital Fornyning, samt øvrige tidligere vedtatte investeringsprosjekter. I tillegg er det vedtatt utbygging av stråleterapienheter, eventuelt også protonsenters. Analyser viser at foretaksgruppen har økonomisk handlingsrom for å planlegge for de felles prioriterte investeringsprosjektene som er omtalt i saken.»

4.2 Økonomisk risiko knyttet til ny DRG og lab

Styret ble i styresak 36/2017 orientert om risiko knyttet til aktivitetsbasert finansiering av Oslo universitetssykehus i 2018. Risikoen var særlig knyttet til ny metode for beregning av DRG-vekter og et varslet nytt takstsystem for finansiering av laboratorievirksomhet.

Ny beregningsmåte for DRG-vekter for somatikken

Frem til nå har de årlige DRG-vektene vært basert på innsendte kostnadsdata fra mange av landets helseforetak. Ved beregning har deler av kostnadene blitt fordelt på aktivitet ved bruk av felles nasjonale fordelingsnøkler. Fra 1.1.2017 krever Helsedirektoratet at alle helseforetak leverer kostnadsdata beregnet etter ny metode kalt Kostnad per pasient (KPP) innen somatikk. Årsaken til at man ønsker å gå over til KPP-data er at den historiske kostnadsvektmodellen fordelte kostnader etter nasjonale fordelingsnøkler som var gamle og ikke gjenspeiler dagens drift og organisering av helseforetakene.

KPP-tall basert på aktivitet og kostnader for sykehusene i 2016 skal danne grunnlag for DRG-vekter i 2018. Oslo universitetssykehus HF har brukt mye tid på en egenutviklet KPP-modell, hvor alle tjenester brytes ned i enkeltelementer som igjen kobles på aktivitet og kostnader, før det aggregeres opp til sykehusopphold og dermed kostnader for det enkelte opphold. Helse Nord RHF har fått tilgang til modellen for Oslo universitetssykehus HF og gjort sine tilpasninger for å bruke den på alle helseforetakene i Helse Nord. Resten av helseforetakene i Norge bruker eksterne leverandører i sine beregninger.

Overgangen til ny metodikk basert på KPP samtidig med endring i merverdiavgift, ny metodikk for fastsetting av trimpunkt som ikke er tilpasset nytt KPP-grunnlag og flere endringer i DRG-logikken, kan samlet medføre store negative omfordelingseffekter for OUS. Håndteringen av merverdiavgiften kan gi omfordelingseffekt spesielt for kirurgiske DRG-grupper hvor det inngår kostbare implantater. Da Helsedirektoratet skulle trekke ut merverdiavgiften for 2017, ble DRG-vekten redusert for DRG-grupper hvor man antok det var innslag av kostbare medikamenter. Innen logikkendringer er det varslet endringer innen fagområdene øye og fødsler. Oslo universitetssykehus HF har relativt stor aktivitet på begge disse områdene.

Det er på dette tidspunkt ikke avklart hvilke konsekvenser endringene i innsattsstyrt finansiering (ISF) vil få for Oslo universitetssykehus HF. Sykehuset har imidlertid fått tilgang til foreløpige beregninger som viser en negativ inntektseffekt på i størrelsen vel 2 pst av de samlede ISF-inntektene, det vil si 100-150 millioner kroner.

Finansiering av poliklinisk laboratorievirksomhet i spesialisthelsetjenesten

En ny ordning for finansiering av poliklinisk utførte laboratorieanalyser ved statlige helseinstitusjoner planlegges innført med virkning fra og med 1.1.2018.

For utførte laboratorieanalyser kan det kun sendes refusjonskrav til Helfo ved å benytte koder fra Norsk laboratoriekodeverk (NLK). Til hver laboratorieanalyse definert i NLK vil det være knyttet én unik refusjonssats. Omlegging til ny finansieringsordning skal gjennomføres budsjettneutralt på nasjonalt nivå i 2018. På lengre sikt skal den normative føringen for fastsettelse av refusjonssatser være at den nye aktivitetsbaserte refusjonsordningen skal dekke 40 pst av de samlede kostnadene for laboratorieanalyser.

Oslo universitetssykehus HF har mottatt en foreløpig simulering av den nye finansieringsordningen og er i kontakt med både Helse Sør-Øst RHF og direkte med Helsedirektoratet angående utforming og effekter av modellen. Oslo universitetssykehus HF mener at implementering av den nye finansieringsordningen innebærer en stor endring i forutsetningene for finansiering av sykehusenes aktivitet og har en stor risiko for utilsiktede vridningseffekter. Av den grunn mener sykehuset at det må være en forutsetning at konsekvensene kan dokumenteres godt i forkant av implementeringen. Siden NLK ikke er fullstendig implementert, vil det ikke være tilstrekkelige aktivitetsuttrekk på nytt kodeverk som muliggjør en riktig simulering av den nye finansieringsordningen. Oslo universitetssykehus HF har forstått det slik at direktoratet i første omgang ønsker å minimere risiko for nevnte bekymring ved å justere finansieringsmodellen slik at man oppnår budsjettneutralitet pr fagområde og pr helseregion inntil NLK er bedre implementert. For at Oslo universitetssykehus ikke skal bli skadelidende i en slik omlegging er det da viktig at de regionale helseforetakene følger opp intensjonen med budsjettneutralitet videre til de enkelte helseforetakene.

Det er en risiko for at endringer i laboratoriesystemer og andre IKT-løsninger ikke kan gjennomføres innen 1.1.2018 da slike endringer normalt krever minimum 9 mnd. varsel for at leverandør kan garantere nødvendige endringer.

Oslo universitetssykehus HF hadde i 2016 variable polikliniske inntekter fra laboratorieanalyser på om lag 500 millioner kroner. Den polikliniske finansieringsordningen danner også grunnlaget for oppgjørsordningen mellom regionene og benyttes også i HSØ sin inntektsmodell til omfordeling av ramme mellom helseforetakene.

Oppfølging i Oslo universitetssykehus

Administrasjonen i Oslo universitetssykehus HF bidrar til beregninger mv i de nevnte omlegginger av finansieringssystemene. Oslo universitetssykehus HF kan imidlertid ikke styre det prinsipielle utgangspunktet for endringene og kan dermed ikke påvirke endringene slik at de negative konsekvensene for Oslo universitetssykehus HF unngås.

Styret i Oslo universitetssykehus fattet følgende vedtak 24. mai i år:

«Styret vedtar foreløpig styringsmål for 2018 med 300 millioner kroner i overskudd. Styret understreker at styringsmålet er betinget av reelt uendret finansieringsregime fra 2017 til 2018. Styret ber administrerende direktør følge opp tildelingen av basisinntekter og endringene i aktivitetsbaserte inntekter overfor Helse Sør-Øst RHF».

Det er administrasjonens vurdering at deler av basisrammen til Oslo universitetssykehus HF i utgangspunktet er basert på de nevnte finansieringsordningene på en slik måte at endringer i disse bør ha konsekvenser for basisrammen. Dette betyr at det anses som rimelig at eventuelle tap ved omlegging av finansieringsordningene bør få motsvarende konsekvenser for basisrammen for Oslo universitetssykehus HF. Dette vil være Oslo universitetssykehus HF sitt utgangspunkt for videre dialog med Helse Sør-Øst RHF om disse forholdene.

4.3 Videre internt arbeid med budsjett 2018

Det er etter behandling av økonomisk langtidsplan foretatt en oppdatert vurdering av utfordringsbildet for budsjett 2018. Vurderingen er basert på prognose presentert for styret 24. mai og de forhold som ble lagt til grunn under behandling av økonomisk langtidsplan.

En samlet vurdering innebærer at klinikkene i Oslo universitetssykehus HF må håndtere en økt etterspørsel etter helsetjenester og samtidig finne områder der det er mulig å redusere kostnadene med om lag 1 prosent eller noe mer. Med en forventning om aktivitetsvekst på om lag 1 ½ prosent tilsier dette et krav til effektivisering i størrelsesorden 2-3 prosent. Det understrekes at dette er en foreløpig vurdering og er betinget av ingen reell endring i finansieringen av Oslo universitetssykehus HF. Utfordringsbildet vil bli mer krevende ved eventuelle endringer i finansieringsregimet, jf omtalen ovenfor.

Budsjettprosessen for 2018 ble startet i mars i år med en ledersamling for klinikklederne. Enkelte temaer som pekte seg ut fra den samlingen har siden blitt fulgt opp i direktørens stab. Primo juli 2017 vil klinikkene i Oslo

universitetssykehus HF motta budsjettskriv med krav til planlegging av budsjettet for 2018. Det vil bli stilt et overordnet krav til effektivisering i alle klinikker i samsvar med vurderingene ovenfor. I august 2017 vil det bli gjennomført egne møter med den enkelte klinikk for ytterligere klargjøring av budsjettforutsetningene for 2018. Det pågår en intern vurdering av når og på hvilken måte det skal settes budsjetttrammer for de enkelte klinikkene. Hensynet til gode interne prosesser tilsier at rammene fastsettes tidlig (f eks i september), mens den økonomiske risikoen knyttet til blant annet finansieringsregimet og økonomisk status i inneværende år trekker i retning av rammetildeling i november.

Følgende vil inngå i budsjettskrivet til klinikkene:

- Beskrivelse av utfordringsbildet (jf. punktene ovenfor)
- Krav til at klinikkene jobber både med tiltak for å kunne øke aktivitet og for å redusere kostnader i eksisterende virksomhet
- Tydelig styring av årsverk/faste stillinger. I prinsippet skal all permanent bemanningsøkning godkjennes på øverste nivå som er sykehusets ledermøte.
- Opplegg for budsjettmøtene i august (jf. omtale nedenfor)
- Opplegg for måltall (år/måned/uke)

Til budsjettskrivet i juli vedlegges en sjekkliste over mulige gjennomgående tiltak. Det utarbeides også en oversikt over status for prosjektene fra programmet «Forbedring av driften til OUS HF 2017 – 20». Klinikkenes muligheter på disse områdene vil bli gjennomgått på oppfølgingsmøtene i august.

Etter budsjettmøtene vil det bli laget en oppsummering for diskusjon i ledermøtet. Ledermøtet må da diskutere eventuelle nye, og helst gjennomgående, forbedringstiltak eller andre beslutninger (f eks nedprioritering av utvalgte områder) for å kunne styre mot de økonomiske målene.

4.4 Tidsplan for styrets behandling av budsjett 2018

Det legges opp til følgende timeplan:

- | | |
|---------------|---|
| 29. september | Styret blir orientert om prosjektene innenfor «forbedring av drift» og det blir gitt en oppdatert vurdering av utfordringsbildet for budsjett 2018. |
| 26. oktober | Status for klinikkvise tiltaksplaner, informasjon om statsbudsjett 2018 finansiering av investeringer. |
| 15. desember | Drøftet detaljert investerings- og driftsbudsjett legges fram for beslutning. |

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 22. juni 2017

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

SAK 45/2017 VALG AV NY STYRELEDER I KREFTREGISTERET

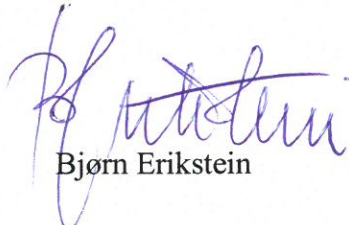
Nåværende styreleder i Kreftregisteret, assisterende økonomidirektør Øyvind Wøllo, skifter arbeidsgiver, og har meldt at han trer ut av styret i Kreftregisteret. Det foreslås at viseadministrerende direktør fag, pasientsikkerhet og samhandling Lisbeth Sommervoll, velges som ny styreleder.

Det nåværende styret ved Kreftregisteret ble oppnevnt av styret for Oslo universitetssykehus i møte den 17. desember 2015. Styret ble valgt for perioden 1. januar 2016 til 31. desember 2017.

Forslag til vedtak:

Styret i Oslo universitetssykehus HF velger Lisbeth Sommervoll som leder i styret for Kreftregistertet, med funksjonstid fra 22. juni 2017 til 31. desember 2017.

Oslo, den 15. juni 2017



Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 22. juni 2017

Saksbehandler: Vise adm dir fag, pasientsikkerhet og samhandling

Vedlegg:

SAK 46/2017 VALG AV BRUKERUTVALG VED OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

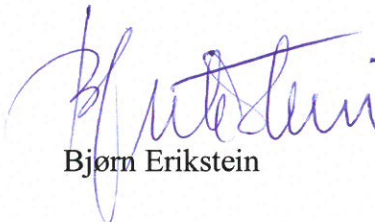
Forslag til vedtak

1. Styret velger følgende medlemmer til Brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus HF for perioden juni 2017 – juni 2019:

| | |
|-------------------------------|---|
| <i>Susann Smerkerud</i> | <i>Parkinsonforbundet/FFO</i> |
| <i>Solveig Rostøl Bakken</i> | <i>Pensjonistforbundet</i> |
| <i>Marius Korsell</i> | <i>Landsforeningen for slagrammede/SAFO</i> |
| <i>Kjell Silkoset</i> | <i>Personskadeforbundet LNT/FFO</i> |
| <i>Stine Bjerklund Dybvig</i> | <i>Cerebral-Parese-foreningen/FFO</i> |
| <i>Arne O. Grønbech Hope</i> | <i>Norges Handikapforbund/SAFO</i> |
| <i>Tove Nakken (leder)</i> | <i>Kreftforeningen</i> |
| <i>Pål Kjeldsen</i> | <i>Kreftforeningen</i> |
| <i>Tommy Sjøfjell</i> | <i>A-larm</i> |
| <i>Twinkle Dawes</i> | <i>Innvandrerkvinnens ressurs og aktivitetsgruppe</i> |
| <i>Kim Fangen (nestleder)</i> | <i>Nye Pluss - HIV-positives landsforening</i> |

2. Styret velger Tove Nakken til leder og Kim Fangen til nestleder av brukerutvalget.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjøre en ytterligere oppnevning av inntil fire representanter.

Oslo, den 15. juni 2017


Bjørn Erikstein

Brukerutvalget er et rådgivende organ for styret og administrerende direktør i saker som angår tilbudet til brukere, pasienter og pårørende. Brukerutvalgets funksjonstid er 2 år. Medlemmer kan re-oppnevnes, dersom de foreslås på nytt fra egne organisasjoner.

Styret oppnevner brukerutvalgets medlemmer, samt leder og nestleder, etter innstilling fra administrerende direktør på grunnlag av innsendte forslag fra pasientorganisasjonene.

Nominering og oppnevning er foretatt i henhold til mandat og retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå i helseforetak, vedtatt i styret i Helse Sør-Øst RHF 27. april 2017

Det framlagte forslaget ivaretar de kriteriene som er lagt til grunn for nominasjon av brukerutvalg i henhold til mandat og retningslinjer for brukermedvirkning, vedtatt i styret i Helse Sør-Øst RHF 27. april 2017. Forslaget er også i tråd med mandatet for brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus HF.

Utvalget kan i henhold til mandatet ha inntil 15 medlemmer. Nedenfor foreslås 11 medlemmer. For å sikre både fornyelse og kontinuitet, at brukerutvalget gjenspeiler bredden i helseforetaket og at utvalget kan møte den store etterspørselen de opplever, anbefales det at styret gir administrerende direktør fullmakt til å kunne oppnevne ytterligere fire representanter til utvalget.

Forslaget til kandidater har vært gjenstand for følgende prosess: Invitasjon til å foreslå kandidater ble sendt ut til aktuelle brukerorganisasjoner i henhold til gjeldende retningslinjer. Totalt ble 13 brukerorganisasjoner kontaktet, inkludert FFO og SAFO som sørger for rekruttering fra et stort antall brukerorganisasjoner. Til sammen ble 5 nye kandidater foreslått, i tillegg til at 8 nåværende brukerutvalsrepresentanter er foreslått for reoppnevning. Det er avholdt intervjuer med de 5 nye kandidatene.

På bakgrunn av innsendt bakgrunnsmateriale, intervjuer og mandatets kriterier for sammensetting av utvalget, foreslås det følgende 11 medlemmer til brukerutvalget for Oslo universitetssykehus HF i perioden juni 2017 til juni 2019:

| | | |
|---------------------------------|--|--------|
| Susann Smerkerud (f.1964) | Parkinsonforbundet/FFO | Ny |
| Solveig Rostøl Bakken (f.1950) | Pensjonistforbundet | Ny |
| Marius Korsell (f.1987) | Landsforeningen for slagrammede/SAFO | Ny |
| Kjell Silkoset (f.1969) | Personskadeforbundet LNT/FFO | Reopp. |
| Stine Bjerklund Dybvig (f.1991) | Cerebral-Parese-foreningen/FFO | Reopp. |
| Arne O. Grønbech Hope (f.1968) | Norges Handikapforbund/SAFO | Reopp. |
| Tove Nakken (f.1942) | Kreftforeningen | Reopp. |
| Pål Kjeldsen (f.1960) | Kreftforeningen | Reopp. |
| Tommy Sjøfjell (f.1969) | A-larm | Reopp. |
| Twinkle Dawes (f.1957) | Innvandrerkvinnens ressurs og aktivitetsgruppe | Reopp. |
| Kim Fangen (f.1960) | Nye Pluss - HIV-positives landsforening | Reopp. |

Det foreslås at Tove Nakken velges som til leder av brukerutvalget. Kim Fangen foreslås som utvalgets nestleder.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 22. juni 2017

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

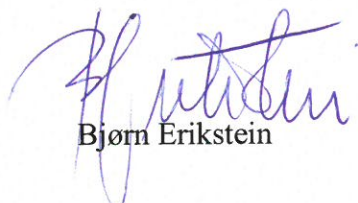
SAK 47/2017 STYREMØTER I 2018

Forslag til vedtak:

Styret vedtar følgende møteplan for 2018:

| | | |
|-----------------------------------|---------------------|--------------|
| <i>Torsdag 15. februar 2018</i> | <i>Styremøte</i> | <i>10-16</i> |
| <i>Torsdag 22. mars 2018</i> | <i>Styremøte</i> | <i>10-16</i> |
| <i>Torsdag 26. april 2018</i> | <i>Styremøte</i> | <i>10-16</i> |
| <i>Torsdag 21. juni 2018</i> | <i>Styremøte</i> | <i>10-16</i> |
| <i>Torsdag 27. september 2018</i> | <i>Styremøte</i> | <i>10-16</i> |
| <i>Torsdag 25. oktober 2018</i> | <i>Styremøte</i> | <i>10-16</i> |
| | <i>Styreseminar</i> | <i>16-20</i> |
| <i>Torsdag 20. desember 2018</i> | <i>Styremøte</i> | <i>10-16</i> |
| <i>Reservetider:</i> | | |
| <i>Torsdag 31. mai 2018</i> | <i>Styremøte</i> | <i>10-16</i> |
| <i>Torsdag 29. november 2018</i> | <i>Styremøte</i> | <i>10-16</i> |

Oslo, den 15. juni 2017



Bjørn Erikstein

Forslag til møteplan for 2018 tar utgangspunkt i at styret har syv møter i året. I tillegg foreslås det at det reserveres to møtetidspunkter som kan brukes om det er behov.

Styrets møter bør legges slik at styret kan behandle saker til rett tid og raskt etter at behandlingsgrunnlaget er på plass. Dette gjelder for eksempel årlig melding og årets oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF i februar, årsoppgjør i april, budsjett i desember etc.

Det er en målsetning at styret får oppdaterte og kommenterte resultater fra virksomheten til sine møter. For å oppnå dette, uten ettersendelser, bør styremøtene legges til slutten av måneden i perioden fra den 25. til den 31. En ytterligere fordel ved at styret behandler resultatene fra virksomheten raskt og før månedsskifte er at det gir bedre sammenheng med oppfølgingen av virksomheten i Oslo universitetssykehus HF fra Helse Sør-Øst RHF og Helse- og omsorgsdepartementet.

Dersom styremøtene legges til slutten av uken vil det gi mulighet for å fremlegge viktige saker i foretakets ledermøter før utsendelse.

Klokketid for oppstart og slutt for møtene vil som hovedregel være 10.00 – 16.00 med mindre annet framgår av innkallingen.

I styrets arbeid skal det gjøres plass til seminar hvor styret mer uformelt kan drøfte utvalgte tema. Styret skal også ha anledning til å gjennomføre egenvurdering av styrearbeidet.

Det foreslås følgende tidspunkter for møtene i 2018:

| Dato | Samling | Tidspunkt | Saker |
|----------------------------|----------------|------------------|------------------|
| Torsdag 15. februar 2018 | Styremøte | 10-16 | |
| Torsdag 22. mars 2018 | Styremøte | 10-16 | Årsoppgjør 2017 |
| Torsdag 26. april 2018 | Styremøte | 10-16 | Øk. langtidsplan |
| Torsdag 21. juni 2018 | Styremøte | 10-16 | |
| Torsdag 27. september 2018 | Styremøte | 10-16 | |
| Torsdag 25. oktober 2018 | Styremøte | 10-16 | |
| | Styreseminar | 16-20 | |
| Torsdag 20. desember 2018 | Styremøte | 10-16 | Budsjett 2019 |
| Reservetider: | | | |
| Torsdag 31. mai 2018 | Styremøte | 10-16 | |
| Torsdag 29. november 2018 | Styremøte | 10-16 | |

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

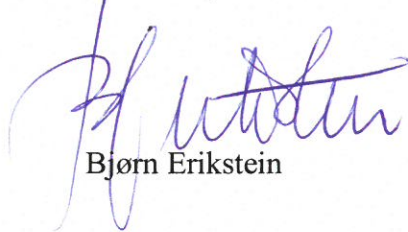
Dato møte: 22. juni 2017
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Årsplan

SAK 48/2017 PLAN FOR STYRET I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 15. juni 2017



Bjørn Erikstein

Årsplan for styret i Oslo universitetssykehus HF

| Møte | Vedtaksaker | Orienteringssaker |
|-------------------------------|---|---|
| 29. september kl 10-16 | | Tertialrapportering 2. tertial Plan for styret Oppfølging styresaker Budsjett 2018 Eierskap i selskaper Effekt av forbedringstiltak Presentasjon av Inven2 AS |
| 26. oktober 2017 kl 10-16 | Ledelsens gjennomgang 2. tertial Budsjett 2018 | Rapportering per september Plan for styret Møte med Brukerutvalget |
| 26. oktober 2017 kl 16-20 | Styreseminar | Styreinstruks Styreevaluering |
| 15. desember 2017 kl 10-16 | Budsjett 2018 Valg av styret i Kreftregisteret | Rapportering per november Plan for styret |

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 22. juni 2017

Saksbehandler: Leder Direktørens kontor

Vedlegg:

SAK 49/2017 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER

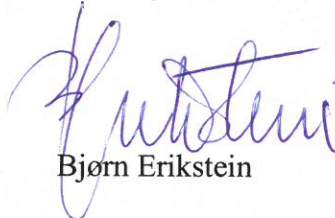
Følgende legges frem til orientering:

1. Utvikling av Oslo universitetssykehus
2. IKT prosjekter
3. Finans
4. Juridiske forhold – rettsvister
5. Kommunikasjon med pasienter og ansatte
6. Medieomtale 1. desember 2016 – 31. januar 2017
7. Referat og øvrige vedlegg

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, 15.juni 2017



Bjørn Erikstein

1. UTVIKLING AV OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Styret i Helse Sør-Øst RHF har følgende saker til behandling i styremøte torsdag 15. juni:

- 070-2017 Oslo universitetssykehus HF. Behandling av konseptfase regional sikkerhetsavdeling
 - 071-2017 Oslo universitetssykehus HF. Behandling av konseptfase nytt klinikkbygg Radiumhospitalet
 - 072-2017 Oslo universitetssykehus HF. Oppstart konseptfaser for Aker og Gaustad
- Saksvedlegg ble publisert tirsdag 13. juni. Saksvedlegg kan leses her:
<https://www.helse-sorost.no/arrangementer/styremote-15-juni-2017-2017-06-15>

2. IKT PROSJEKTER

- **Konsekvenser for OUS av Helse Sør-Øst RHF (HSØ) styrevedtak vedr. IKT infrastrukturmodernisering (iMod)**

I Helse Sør-Øst styrevedtak 058/2017 ble det besluttet at: «*Prosjektet, inkl. virksomhetsoverdragelse og overdragelse av driftsansvar fra Sykehuspartner til eksterne leverandør, stilles i bero inntil videre*»

For Oslo universitetssykehus har dette en del umiddelbare konsekvenser på leveransesiden da flere prosjekter var avhengige av leveranser fra iMod. Dette gjelder spesielt å levere trådløst nett til hele sykehuset samt oppgradering av telefonsentralen. Det er viktig for Oslo universitetssykehus at disse kritiske prosjektene finner en løsning innen en relativt kort tidsramme. Administrerende direktør vil komme tilbake til styret med de driftsmessige og økonomiske konsekvensene for disse prosjektene på et senere tidspunkt.

Som databehandleransvarlig signerte administrerende direktør i Oslo universitetssykehus 07.04.17 en fullmakt til administrerende direktør i Sykehuspartner for å gjennomføre avtalen med eksterne leverandør (HPE) innenfor området informasjonssikkerhet for Oslo universitetssykehus. Styret i Helse Sør-Øst gjorde i møte 24.05.17 blant annet følgende vedtak: *Fornyede risiko- og sårbarhetsanalyser må gjennomføres og forankres med helseforetakene som databehandleransvarlige.* På bakgrunn av dette vedtaket ble fullmakten trukket 31.05.17, og det ble bedt om at Oslo universitetssykehus involveres direkte i vurderingen av fornyede risiko- og sårbarhetsanalyser i forbindelse med den videre vurdering av infrastrukturmoderniseringsprosjektet der dette er naturlig.

Det har så langt ikke blitt avdekket at det har vært urettmessig tilgang til pasientopplysninger i Oslo universitetssykehus.

Våren 2017 ble det i tråd med kontrakten arbeidet med risikovurdering som grunnlag for å fatte beslutning om hvorvidt organisasjon og løsning var klar for overføring til leverandør. Risikovurderingen avdekket at krav til informasjonssikkerhet og leverandørens risikostyring ikke var tilfredsstillende oppfylt i henhold til kontrakt.

Oslo universitetssykehus har sammen med de andre helseforetakene i Helse Sør-Øst mottatt brev fra Datatilsynet ifm denne problemstillingen, hvor det stilles krav om

redegjørelse og dokumentasjon ifm risikovurderinger ved bruk av underleverandør til Sykehuspartner, samt oversikt over eksterne leverandører og deres tilganger. Oslo universitetssykehus vil svare dette ut innen 15. juni som var tidsfristen fra tilsynet. Siden vi har felles infrastruktur og ens forhold til vår tjenesteleverandør, er det besluttet å utarbeide et likelydende svar til Datatilsynet.

3. FINANS

• Avkastning for pensjonsmidler 2016

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

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

For 2016 rapporteres følgende avkastning:

- Statens pensjonskasse: 2,46 pst (4,08 pst i 2015)
- Kommunal landspensjonskasse: 5,8 pst (4,0 pst i 2015)
- Oslo pensjonsforsikring AS: 5,3 pst (5,1 pst i 2015)
- Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet: 5,4 pst (3,0 pst i 2015)

Avkastningen for pensjonsmidlene i Statens pensjonskasse omfatter avkastning for plassering i norske statsobligasjoner og plassering i Statens pensjonsfond utland. Avkastningen for plasseringen i Statens pensjonsfond utland var 1,84 pst (15,43 pst i 2015) og avkastningen for de norske obligasjonene var 2,54 pst (2,66 pst i 2015). Fordi kronkursen styrket seg mot flere av valutaene som fondet er investert i ble avkastningen i norske kroner lavere enn avkastningen i fondets valutakurv. Med det lave rentenivået på norske statsobligasjoner er Oslo universitetssykehus avhengig av god avkastning i Statens pensjonsfond utland for å få en tilfredsstillende avkastning på pensjonsmidlene.

I årsrapporten for Statens pensjonsfond utland skriver Norges Bank Investment Management at avkastningen i 2016 var preget av fallende internasjonale renter første halvår, og sterke aksjemarkeder i annet halvår. Markedene stabiliserte seg i løpet av året, og det ble en sterk avslutning. Rentene fortsatte å falle i første halvår, og på rentebunnen i juli var over en femtedel av fondets statsobligasjoner priset til negativ rente. Mot slutten av året priset markedet inn høyere forventninger til vekst og inflasjon i verdensøkonomien. Rentene steg, den amerikanske dollaren fortsatte å styrke seg og oljeprisen doblet seg fra de laveste nivåene i begynnelsen av året.

• Replassering av pensjonsmidler

I styresak 131/2011 fattet styret vedtak om at plassering av pensjonsmidler i Statens pensjonskasse (SPK) har som intensjon at man på sikt skal ha en sammensetning og risikoprofil som speiler de øvrige store pensjonskassene. Basert på vedtaket replaserte foretaket om lag 1,9 mrd. kroner i desember 2011, herav ble om lag 1,4

mrd. kroner plassert i norske statsobligasjoner med ett års løpetid. Det resterende beløpet ble plassert i Statens pensjonsfond utland (SPU). Plasseringen i statsobligasjoner er senere reklassert i nye statsobligasjoner med ulik løpetid. Andelen i SPU er uendret.

To av foretakets plasseringer i statsobligasjoner har forfalt og om lag 864 millioner kroner ble reklassert i mai. I forkant av beslutningen ble det innhentet råd fra KLP Kapitalforvaltning AS. Basert på deres anbefaling ble om lag 364 millioner kroner plassert i norske statsobligasjoner med ett års løpetid og 500 millioner kroner i norske statsobligasjoner med 10 års løpetid. Sammen med regelstyrte plasseringer i SPK, som plasseres i statsobligasjoner med 10 års løpetid, ble dette vurdert å gi en hensiktsmessig forfallsfordeling og løpetid .

Tentativ rente på statsobligasjonene som ble tilbudt denne gangen var 0,39 pst. for ettåringen og 1,62 pst. for tiåringen. Dette er lavere enn rentesatsen SPK benytter for å beregne hvor mye som må tilføres hvert år for at saldoen skal bli stor nok til å kunne utbetale en på forhånd avtalt årlig pensjon. Ifølge årsrapporten for 2016 for SPU var avkastningen i norske kroner 1,95 pst. i 2016. Tidligere år har avkastningen i SPU vært betydelig høyere, slik at total avkastning på Oslo universitetssykehus sine pensjonsmidler har vært større enn rentesatsen SPK benytter for å beregne hvor mye som må tilføres. Det oppnådde vi ikke for 2016. Foretaket er avhengig av god avkastning i SPU i årene framover for å få en tilfredsstillende avkastning på de samlede pensjonsmidlene i SPK.

For plassering av pensjonsmidler tilbyr SPK norske statsobligasjoner av ulik varighet og andeler i SPU. Plassering i SPU er eneste alternative plassering av pensjonsmidler for å kunne følge intensjonen om en sammensetning og risikoprofil som speiler de øvrige store pensjonskassene. Plassering i SPU kan bare gjøres i desember.

Erfaringen med ordningen i SPK er imidlertid at det er vanskelig å nå intensjonen om å ha en sammensetning og risikoprofil som speiler de øvrige store pensjonskassene. Plasseringen i SPU er ikke sikret mot valutaendringer. Livselskapene/pensjonskassene derimot sikrer normalt en stor del av valutarisikoen knyttet til investeringer i utenlandske verdipapirer. Oslo universitetssykehus HF sendte på bakgrunn av dette et brev til SPK 26. november 2014 der helseforetaket ba om at alternativer til dagens ordning for plassering av pensjonsmidler utredes, herunder valutasikring. OUS har nylig undersøkt status i saken og fått opplyst at SPK arbeider med å følge opp vår henvendelse, og at de er i dialog med departementet om den.

4. 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 er anket av saksøker til lagmannsretten og berammet til 7-9 november 2017.

- *Varsling - gjengjeldelse*
En stipendiat stevnet sykehuset med krav om oppreisning og erstatning med grunnlag i påstand om varsling av kritikkverdige forhold i virksomheten og gjengjeldelse for dette. Oslo tingrett avsa dom 6. mars med resultat frifinnelse for sykehuset samt tilkjennelse av sakskostnader. Saken er anket av saksøker til lagmannsretten og beramning avventes.
- *Oppsigelse av ansatt*
Sykehuset er stevnet av en ansatt som mener sykehusets oppsigelse er usaklig og ugyldig. Det kreves erstatning for økonomisk og ikke-økonomisk skade. Det arbeides med tilsvar.
- *Diskriminering i forbindelse med stillings innhold etter foreldrepermisjon*
Sykehuset er stevnet av en ansatt med krav om erstatning for diskriminering i arbeidsforhold. Det kreves erstatning for økonomisk tap og oppreisning. Saken skal til rettsmekling.

Arbeidsrettssak - tariff

- *Sykehusets tjenesteplan – arbeidstid*
Den Norske Legeforening stevnet sykehuset for Oslo tingrett med påstand om at sykehusets tjenesteplan som gjelder kirurgisk primærvaktteam Radiumhospitalet er ulovlig. Spørsmålet gjaldt om omregning av arbeidstid ved passiv tilstedevakt på arbeidsstedet 1:3 er i strid med ufravikelige rettsregler. OUS har samarbeidet med Spekter i saken som også har vært partshjelper. Saken var opprinnelig berammet til 1-2. mars men ble utsatt til 1. juni. Saksøker har nå frafalt søksmålet. Saken er hevet med at hver av partene har dekket sine saksomkostninger.

Kontraktsforhold

- Sykehuset er stevnet av en entreprenør med krav om betaling for utført entrepriseoppdrag. Kravet er knyttet til prosjekt ny MR i D7. Det er uenighet om arbeidets utførelse i henhold til kontrakt.

5. KOMMUNIKASJON MED PASIENTER OG ANSATTE

- **Mer informative SMS-varsler til pasientene**

Sykehuset sender SMS til pasienter for å minne dem på sine avtaler og kontakter ved sykehuset. Per i dag har mer enn 70 prosent av alle SMS-varslene til pasientene informasjon om oppmøtested, bygningsnummer og etasje.

Oppdaterte SMS-varsler rulles ut fortløpende for enheter i sykehuset. Dette er tidkrevende og manuelt arbeid med ca 450 ulike oppmøtesteder. Utrulling av SMS-varslene krever et tett samarbeid mellom sykehuset og Sykehuspartner. Målet er at alle enheter i sykehuset skal sende mer informative SMS-varsler til alle pasienter innen utgangen av 2017.

Det er klare tall for at oppmøteprosenten av pasienter øker ved utsendelse av SMS-påminnelser. Vi ser en *ytterligere* økning av oppmøteprosenten av pasienter ved enheter som har korrekt stedsangivelse i sine SMS-varsler. Dette ser vi tydelig ved f.eks. Øre-nese-halsavdelingen som var en av de første avdelingene som innførte SMS-varsling med stedsangivelse. Her var prosenten polikliniske besøk ikke-møtt 5,0 prosent i september 2015 mot 3,3 prosent i mai 2017.

Fra mai vil det være mulig å unnta enkeltavdelinger, enkeltseksjoner eller enkeltlokaliseringer i SMS-utsendelser.

- **Promotering av informasjonsplakat til innvandrere om ulike helsetjenester i Oslo**

Oslo universitetssykehus har utarbeidet en plakat som skal gi informasjon om norske helsetjenester til innvandrere med begrensede norskkunnskaper, med utgangspunkt i Oslo. Målet er at plakaten skal bidra til likeverdig bruk og tilgang til de ulike nivåene, da vi får tilbakemeldinger om mangelfull kunnskap om hvor man skal henvende seg basert på alvorlighetsgrad. Seksjon for likeverdig helsetjeneste er godt i gang med promotering av plakaten, som blant annet er sendt til alle fastleger i Oslo gjennom Fastlegenytt, og per post til alle helsestasjoner i Oslo. Plakaten er også hengt opp på publikumsmottak i hvert av Oslos 15 NAV-kontorer, og den brukes som en del av infopakken til førstegangsundersøkelser for nyankomne innvandrere i bydelene. Mest stolt er vi riktignok av at plakaten blir å se på busser i Oslo sentrum og Oslo Nord/Øst i uke 28 og 29. Da vil vi kunne nå ut med et viktig budskap, som kommer hele Oslos befolkning til gode.

Syk?

Oslo universitetssykehus

Feber og hoste
Ringte fastlegen

Brukket beinet
Ringte legevakt

Fikk ikke puste
Ringte 113

Ring fastlegen din
Hvis du er syk, men kan vente noen timer eller dager.
Informasjon om fastleger: www.helsenorge.no/fastlege

Ring 116 117 (legevakten)
Hvis du er så syk at du ikke kan vente på time hos fastlegen din.
Oslo har to legevakter:

- Legevakt Aker
Adresse: Trondheimsveien 235, bygg 4 og 10
Allmennlegevakt. Behandler ikke skader.
Åpent 16.00 - 01.30 (10.00 - 01.30).
- Legevakt Storgata
Adresse: Storgata 40.
Behandler alt som haster, også skader, vold og overgrep.
Åpent 24 timer i døgnet.
Informasjon om legevakten: oslo.kommune.no/legevakt

Ring 113
Hvis du er alvorlig syk eller hardt skadet.
Telefonen er åpen 24 timer i døgnet.

Når du ringer må du si:

- Hvor er personen? (Adressen er viktig)
- Hva er problemet?
- Er personen våken og kan snakke?
- Puster personen normalt?

- **Mobilapp for eHåndboken – styrende dokumenter lett tilgjengelig internt og eksternt**

Fra 1. juni har sykehuset tatt i bruk en egen app for eHåndboken og alle styrende dokumenter. Målgruppen er først og fremst sykehusets medarbeidere. Hensikten er å øke tilgjengeligheten slik at alle lett skal kunne lese de dokumentene man trenger der man er. Appen har en egen offline-funksjon slik at man kan bruke appen og finne dokumenter når som helst og hvor som helst. De regionale dokumentene om DIPS, kreftbehandling og personvern fins også i appen og på den måten blir dette et verktøy også for alle andre sykehus i Helse Sør-Øst. Tidligere har fagfolk rundt om i helse-Norge kjøpt eller fått tilsendt mindre prosedyresamlinger fra vårt sykehus. Nå deler vi alle dokumenter og appen med alle andre helsearbeidere i landet og viser hva vi står for her ved Oslo universitetssykehus. I appen fins de samme dokumentene som allerede er i eHåndbokens internettutgave. I dag fins de fleste dokumentene på sykehusnivå i internettutgaven, dvs. godt over 1000 dokumenter, og i tillegg er det ca. 2000 dokumenter fra klinikkene. En forutsetning for at vi på sykehuset skal ha glede av appen i det daglige arbeidet, er at de fleste dokumentene i klinikkene også publiseres til internett og appen. Derfor er det lagt til rette for et løft slik at vi etter hvert finner alle de dokumentene vi trenger i på våre mobiler eller nettbrett. eHåndboksappen kan lastes ned for både Android eller iPhone/iPad med tittelen: *eHåndbok - OUS*.

- **Måling av ansattkommunikasjon i Oslo universitetssykehus pr 1. juni 2017**

Intranett er primære kanal for skriftlig (elektronisk) informasjon til ansatte, men støttes i økende grad av supplerende kanaler som nyhetsbrev per epost (eksempelvis Ukenytt til alle ansatte) og sosiale medier (Facebook og Instagram). Dette skjer på alle nivåer i sykehuset. I tillegg kommer informasjonstiltak av mer muntlig karakter (møter m.m.). Større prosjekter og prosesser har egne kommunikasjonsplaner som setter tiltak mot ulike målgrupper og i ulike kanaler i en strategisk sammenheng.

Sykehusets internkommunikasjonsundersøkelse, sist utført i juni 2016*, viser jevnt stigende daglig bruk av intranettet gjennom de siste årene. I 2016 svarte 56,4% av respondentene at de bruker intranettet daglig, mot 41,7% i 2012. Det er klart høyere daglig bruk av intranettet blant ansatte innen ledelse, administrative/merkantile stillinger og i service/tekniske tjenester, enn blant ansatte i forskning og pasientrettet arbeid. Undersøkelsen viste videre at 95 prosent av respondentene kjente til e-postnyhetsbrevet Ukenytt og at 44 prosent var tilfreds eller svært tilfreds med dette tilbudet. På spørsmål om hvilken informasjonskanal som er viktig, scorer «personlige» kanaler som nærmeste leder, kolleger og møter høyere enn intranett og andre skriftlige kanaler.

**Svarprosenten var kun 10 prosent, og det må tas forbehold om at respondentene ikke utgjør et representativt utvalg av sykehusets ansatte.)*

Intranett

Intranettet er ikke bare en nyhetskanal, men også en viktig informasjonskanal internt. De aller fleste enheter har etablert egne sider på intranettet for informasjon til egne ansatte og/eller resten av sykehuset. Intranettet har også noe brukergenerert innhold, i form av diskusjonsforum, kommentarfelt og annonsetorg.

Mest leste nyheter på intranettet i perioden 1. jan – 31. mai 2017

- Utbrudd med vankomycinresistente enterokokker (VRE) ved OUS
- Nye satser for ansattparkering ved OUS fra 1. april 2017
- Start i det små, sier årets forbedringsprisvinner

Flest likes på intranett 1. jan – 31. mai 2017

- Portørenes dag torsdag 26. januar
- En lommevenn å holde hardt omkring når livet blir for bratt
- Helsesekretærenes dag 1. februar!

Mest kommenterte nyheter på intranett 1. jan – 31. mai 2017

- Nye satser for ansattparkering ved OUS fra 1. april 2017
- Portørenes dag torsdag 26. januar
- Start i det små, sier årets forbedringsprisvinner

Ansattkommunikasjon i flere kanaler

Sykehusets intranett er kun tilgjengelig fra pc-er i sykehusnettet. Ettersom mange ansatte har begrenset pc-tid i løpet av arbeidsdagen, er flere kanaler tatt i bruk de siste årene for å gjøre interne nyheter mer tilgjengelig.

Ukenytt – nyhetsbrev til alle ansatte

En oppsummering av ukens interne nyheter går ut på e-post til alle ansatte hver torsdag kveld med lenker til fullversjoner av nyhetene på både intranett og internett (se neste punkt).

Intranettnyheter på wordpress

Utvalgte internnyheter blir lagt ut på en ekstern bloggplattform (wordpress) og delt i Ukenytt og sosiale medier.

Flest visninger på oushf.wordpress.com så langt i 2017:

- Trodde ikke jeg skulle bli sykepleier en gang
- OUS-styret slutter seg til storbylegevakt på Aker
- Helsesekretærenes dag 1. februar


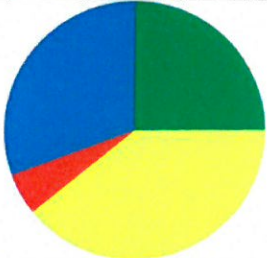
Det er Facebook og søkemotorer som står for den største trafikken (i overkant av 7000 besøk hver) inn til oushf.wordpress.com.

Interne saker i sosiale medier

Ansatte er en av flere målgrupper for sykehusets kanaler i sosiale medier. Gode saker som deles i sosiale medier bidrar til intern stolthet, enten de er skrevet for et internt eller et eksternt publikum. Selv om det er vanskelig å tallfeste den interne effekten, bidrar samspillet mellom ulike kanaler til ytterligere spredning av de interne nyhetene.

6. MEDIEOMTALER 1. APRIL – 31 MAI 2017

I april og mai ble det registrert 2330 mediesaker om sykehuset, mot 2570 samlet i februar og mars. Medievakten har i samme periode hatt 181 innkomne henvendelser. Tallene er eksklusiv aktivitet i sosiale medier.

| Periode | Antall saker | Vekting/ etterlatt inntrykk | Vekting prosent | Kommentar |
|------------|--------------|---|--|--|
| Mai 2017 | 1125 |  | Positiv: 28 Nøytral: 42 Negativ: 7 Ikke vektet: 23* | Vi har i perioden hatt flere positive enkeltsaker som gir tydelige utslag. |
| April 2017 | 1205 |  | Positiv: 25 Nøytral: 39 Negativ: 5 Ikke vektet: 31* | Den store andelen «ikke vektet» skyldes antallet oppslag om hendelser med personskade. |

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

Sentrale saker i perioden:

Advarer mot karfentanil

Etter at en 15-åring døde av stoffet karfentanil ble det advart mot det kraftige stoffet. Både Merete Vevelstad fra rettstoksikologis og Knut Erik Hovda fra akuttmedisinsk ble brukt som fagekspert i media.

OUS får prestisjeutmærkelse

I slutten av april ble det gjort kjent at sykehuset har blitt akkreditert som Comprehensive Cancer Center. Dette genererte positive oppslag i ulike medier og fikk god dekning i TV2.

Prostatakreft

NRK hadde i april flere innslag om prostatakreft, blant annet om en ny maskin på Aker, som forbedrer livskvaliteten til pasientgruppen, samt et prosjekt hos Kreftregisteret som kartlegger livskvaliteten til prostatakreftpasienter over tid. I mai kom TV2 med et innslag om en mulig vaksine for tilstanden der OUS står frem som eksperter.

Kreftpasienter henvist til Tyskland

I midten av mai presenterte Aftenposten en artikkelserie om et norsk selskap som hjelper kreftpasienter uten behandlingstilbud i Norge med å finne behandling i Tyskland. Behandlingen omtales av norske eksperter som eksperimentell og har medført negative utfall for noen pasienter. Flere leger fra OUS uttaler seg om behandlingen og understreker behovet for at kreftpasienter i Norge bør få en «second opinion» på lik linje med praksis i Danmark.

Steroidebruk

Mange medier trykket i mai flere artikler om bruk av steroider og utbredelsen av det. Christine Wisløff og Astrid Bjørnebekk, som har jobbet med studier knyttet til dette, brukes som fagpersoner og forklarer farer ved bruk og virkningene av stoffene.

Nyretransplantasjon

VG hadde en stor reportasje i helgeutgaven fra en nyretransplantasjon mellom far og sønn. Sykehusets fagfolk er eksperter i saken. Viktigheten av levende donor kommer tydelig frem.

Arbeidsmiljø på psykosomatisk avdeling

I månedsskiftet skrev flere medier om at ansatte hadde varslet om dårlig arbeidsmiljø ved psykosomatisk avdeling. Kritikken blir svart ut fra sykehuset og det fremkommer at saken tas på alvor. Saken blir vektet som negativ.

Manglende oversikt over LIS-leger

Dagens Næringsliv skrev i slutten av mai om det Legeforeningen omtalte som manglende oversikt over LIS-leger i sykehuset og en brutal ansettelsespolitikk ved å la yngre leger stå i midlertidige stillinger over lengre tid. HR-direktør svarte ut saken. Saken ble senere omtalt i flere medier, og helse- og omsorgsministeren ble sitert om ordningen.

Psykisk syke ungdommer til voksenavdeling

I midten av måneden laget TV2 en sak på flere BUP'er i Oslo hadde sprengt kapasitet og måtte henwise 17-åringer til voksenavdelinger. Avdelingsleder ved OUS svarte på kritikken og etterlyste samtidig prioriteringer av psykiatrispasienter fra statsrådets side.

Sykehuset i sosiale medier:

Sykehuset har en egen kanalstrategi for sosiale medier og har flere kanaler for formidling av faglig stoff fra hele sykehuset. Med en spredning i kanaler ønsker vi å få frem bredden i sykehusets ekspertise gjennom å presentere ulike stemmer fra sykehuset og brukerne, til bredden innen helsefag og støttefunksjoner. Vi viser indre avhengighet og samarbeid, fra ulike vinkler og i ulike kanaler. For å komplementere sykehusets formidlingskanaler, opprettet vi i januar en ny blogg, «Ekspertsykehuset». Bloggen har fått gode lesertall og det er stor interesse internt for å bidra med fagstoff. I oppstartsfasen har vi valgt månedsvis tema for bloggen og vist frem bredden innen temaet. I april og mai har temaene vært psykisk helse og avhengighet og antibiotikaresistens.

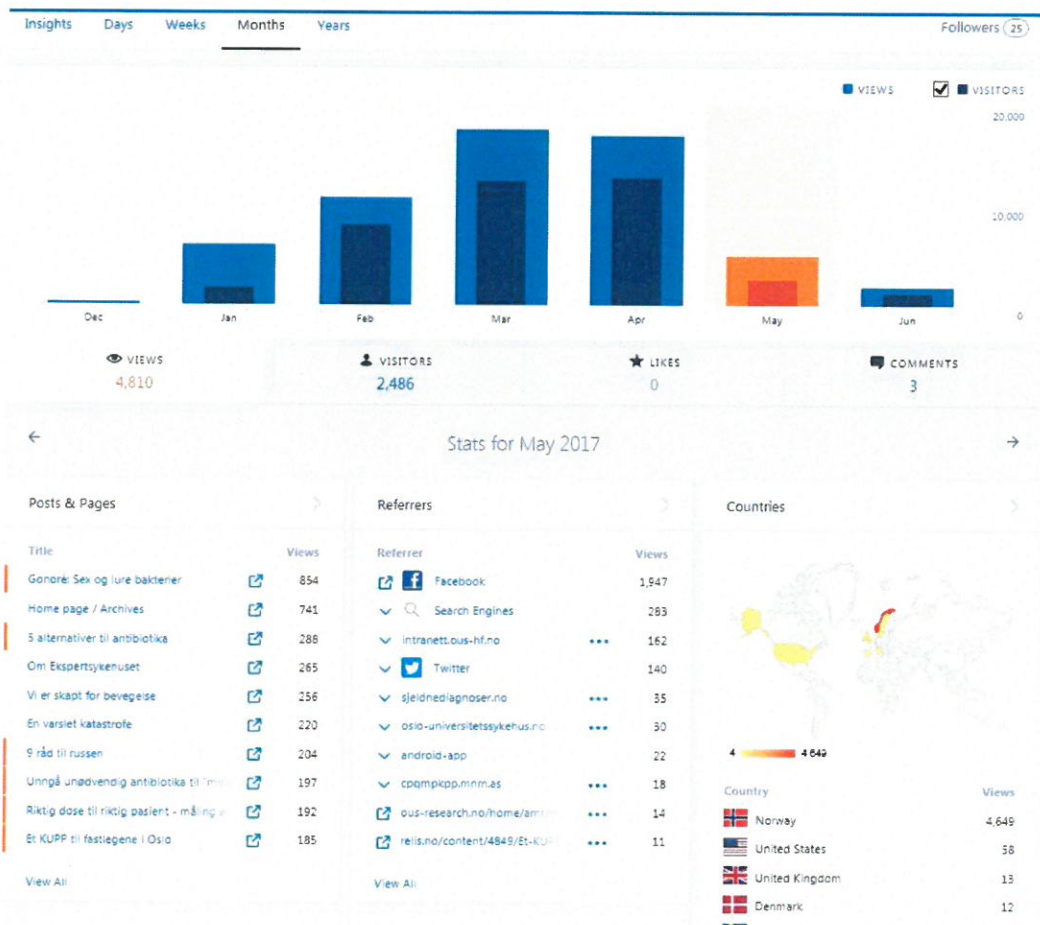
| Kanal | Følgere pr 1.juni 2017 | Følgere pr 1.mai 2017 |
|----------------------------|------------------------|-----------------------|
| Facebook OUS | 16218 | 15617 |
| Twitter OUS | 7957 | 7905 |
| Instagram OUS | 4128 | 4030 |
| Facebook Ekspertsykehuset* | 1245 | 1127 |
| Twitter Ekspertsykehuset* | 322 | 299 |

* Konto åpnet 9.januar 2017

Mest leste saker på OUS' Facebook-side og rekkevidden av disse:

| Published | Post | Type | Targeting | Reach | Engagement | Promote |
|---------------------|---|-------|-----------|-------|--------------|----------------------------|
| 26/05/2017 17:27 | Nyt sommeren som er her, men vær forsiktig med barna og vann | Video | Global | 93K | 9.8K 1.7K | Boost post |
| 04/04/2017 15:52 | Nøttern informasjon om sunne matvaner er nyttig, skremselspro | Image | Global | 66K | 7.3K 1.5K | Boost post |
| 29/05/2017 16:49 | ET VIKTIG STEG FOR PASIEN TSIKKERHETEN er det når først | Image | Global | 59.8K | 5.8K 1.5K | Boost post |
| 19/05/2017 11:19 | Vi trenger flere givere av morsm elk til våre premature og syke ny | Image | Global | 58.7K | 2.8K 1.1K | Boost post |
| 19/05/2017 19:17 | Fryseren vår trenger påfyll av m orsmelk gjennom sommeren. De | Image | Global | 58.5K | 4.5K 713 | Boost post |
| 28/03/2017 07:15 | Se på TV3 i kveld klokken 20.3 0. I dagens episode av "En dag i | Image | Global | 49K | 5K 1.2K | Boost post |
| 02/06/2017 18:32 | <u>Det har vært mye oppmerksomh et rundt ungdom og selvmord i</u> | Image | Global | 44.6K | 4.1K 997 | Boost post |

Mest leste saker på bloggen «Ekspertsykehuset», samt rekkevidden av disse:



7. REFERAT OG ØVRIGE VEDLEGG

- Protokoll fra Brukerutvalgets møte 22.mai 2017 (vedlegg)
- Foreløpig protokoll ekstraordinært styremøte i Helse Sør-Øst RHF 16. mai 2017 (vedlegg)
- Foreløpig protokoll ekstraordinært styremøte i Helse Sør-Øst RHF 24. mai 2017 (vedlegg)
- Foreløpig protokoll ekstraordinært styremøte i Helse Sør-Øst RHF 30. mai 2017 (vedlegg)
- Foreløpig protokoll ekstraordinært styremøte i Helse Sør-Øst RHF 8. juni 2017 (vedlegg)
- Brev fra Datatilsynet datert 26.05.17 vedr. *Krav om redegjørelse fra databehandlingsansvarlige i helseforetakene i Helse Sør-Øst vedrørende avtale om strategisk partnerskap innenfor IKT infrastruktur tjenester.*

PROTOKOLL

Møtetema: **Brukerutvalgsmøte 22. mai 2017 kl 13.00-14.30**

Til: Brukerutvalget ved OUS

Kopi: Kari Skredsvig, Anne Margrethe Svanes

Dato dok: 24.5.2017

Dato møte: 22.5.2017

Referent: Stine Arntzen Selfors

Tilstede: Tove Nakken, Lilli-Ann Stensdal, Kjell Silkoset, Twinkle Dawes, Arne Olav G. Hope, Veslemøy Ruud, Heine Århus, Mari Ourom, Stine B. Dybvig, Kristin Borg, Kim Fangen, Fra OUS: Stine A. Selfors

Forfall: Pål Kjeldsen, Tommy Sjøfjell, Tayyab Chaudri

| Sak nr | |
|---------|---|
| 28/2017 | <p>Godkjenning av innkalling og agenda</p> <p>Vedtak Innkalling og agenda er godkjent</p> |
| 29/2017 | <p>Styremøtesaker Gjennomgang av og samtale om styremøtesaker.</p> <p>Vedtak Leder og nestleder representerer brukerutvalget i styremøtet 24.05.17 Koordinator sender ut brukerutvalgets innspill til konseptfasene.</p> |
| 30/2017 | <p>Orienteringssaker</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regional konferanse om brukermedvirkning 2018 - Oppnevning av nytt brukerutvalg <p>Vedtak Tas til orientering</p> |
| 31/2017 | <p>Konferanser, råd og prosjekter Gjennomgang av aktivitet siden forrige møte.</p> <p>Vedtak Tas til orientering</p> |
| 32/2017 | <p>Eventuelt Ingen saker meldt</p> |
| | <p>Etter ordinært møte ble det avholdt et dialogmøte med ungdomsrådet og brukerrådene i klinikk hvor temaene var:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brukermedvirkning på OUS - Hvordan kan vi jobbe sammen for å styrke brukerstemmen på OUS? • Pasientforløp - Hvordan kan vi bidra til å påvirke til flere gode og helhetlige pasientforløp? |

Møteprotokoll

Styre: Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Telefonmøte
Dato: Ekstraordinært møte 16. mai 2017
Tidspunkt: Kl 09:00

Følgende medlemmer møtte:

| | |
|------------------------|------------|
| Ann-Kristin Olsen | Styreleder |
| Anne Cathrine Frøstrup | Nestleder |
| Eyolf Bakke | |
| Kirsten Brubakk | |
| Christian Grimsgaard | |
| Bernadette Kumar | |
| Geir Nilsen | |
| Truls Velgaard | |
| Sigrun E. Vågeng | Forfall |
| Svein Øverland | |

Følgende fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Konserndirektør Atle Brynstad og juridisk direktør Ann-Margrethe Mydland

Saker som ble behandlet:

| | |
|-----------------|--|
| 055-2017 | GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE |
|-----------------|--|

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

| | |
|-----------------|--|
| 056-2017 | IKT-INFRASTRUKTURMODERNISERING I HELSE SØR-ØST – STATUS |
|-----------------|--|

Saken ble behandlet i lukket møte, jf helseforetakslovens § 26a

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus redegjorde for status i saken om IKT-infrastrukturmodernisering.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar redegjørelsen fra administrerende direktør om status i programmet for IKT-infrastrukturmodernisering til orientering.

Møtet hevet kl 10:40

Oslo, 16. mai 2017

Ann-Kristin Olsen
Styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
Nestleder

Eyolf Bakke

Kirsten Brubakk

Christian Grimsgaard

Bernadette Kumar

Geir Nilsen

Truls Velgaard

Sigrun E. Vågeng

Svein Øverland

Tore Robertsen
styresekretær

Møteprotokoll

| | |
|-------------------|---|
| Styre: | Helse Sør-Øst RHF |
| Møtested: | Møtesenteret Grev Wedels plass 5, Oslo – 1. etg (Christiania Qvartalet Møtesenter – møterom 6-7) |
| Dato: | Ekstraordinært møte 24. mai 2017 |
| Tidspunkt: | Kl 08:00 |

Følgende medlemmer møtte:

| | | |
|------------------------|------------|---------------------|
| Ann-Kristin Olsen | Styreleder | |
| Anne Cathrine Frøstrup | Nestleder | (deltok på telefon) |
| Eyolf Bakke | | |
| Kirsten Brubakk | | |
| Christian Grimsgaard | | |
| Bernadette Kumar | | |
| Geir Nilsen | | |
| Truls Velgaard | | |
| Sigrun E. Vågeng | | |
| Svein Øverland | | |

Fra brukerutvalget møtte:

| |
|---------------------|
| Øistein Myhre Winje |
| Rune Kløvtveit |

Følgende fra administrasjonen deltok:

| |
|--|
| Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus |
| Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen |
| Viseadministrerende direktør Steinar Marthinsen, konserndirektør Atle Brynestad, konst. fagdirektør Geir Bøhler, konst. HR-direktør Svein Tore Valsø, informasjonssjef Anne Britt Bøe, konsernrevisor Espen Anderssen og juridisk direktør Ann-Margrethe Mydland |

Saker som ble behandlet:

| | |
|-----------------|--|
| 057-2017 | GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE |
|-----------------|--|

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

| | |
|-----------------|---|
| 058-2017 | IKT-INFRASTRUKTURMODERNISERING I HELSE SØR-ØST. FORELØPIG REDEGJØRELSE FRA PWC. VIDERE PROSESS |
|-----------------|---|

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret understreker behovet for at pasientene må føle seg trygge på at sensitive personopplysninger ivaretas på en trygg og sikker måte og dette innebærer at en modernisering av IKT-infrastrukturen er helt nødvendig.

1. Styret tar den foreløpige redegjørelsen fra PwC til etterretning.
2. Forutsetningen for infrastrukturmodernisering har vært at tilganger til sensitive personopplysninger ivaretas på en trygg og sikker måte, og styret konstaterer at dette ikke er ivaretatt.
3. Prosjektet, inkl virksomhetsoverdragelse og overdragelse av driftsansvar fra Sykehuspartner til ekstern leverandør, stilles i bero inntil videre.
4. Styret ber styreleder avholde foretaksmøte i Sykehuspartner HF som sikrer at prosjektet stilles i bero, og at følgende arbeid prioriteres for å belyse hvordan videre infrastrukturmodernisering kan sikres;
 - System for tilgangsstyring må gjennomgås, forsterkes og implementeres
 - Metodikk for risiko- og sårbarhetsanalyser knyttet til informasjonssikkerhet må gjennomgås, forsterkes og implementeres
 - Fornyede risiko- og sårbarhetsanalyser må gjennomføres og forankres med helseforetakene som databehandleransvarlige
 - Nødvendige endringer knyttet til leveranse og leveranseplaner i kontrakten som ivaretar IKT-informasjonssikkerhet på en trygg og sikker måte må utredes
 - Plan for styrking av styring, ledelse og gjennomføring av prosjektet må utarbeides.

5. Styret vil behandle saken igjen på et ekstraordinært styremøte i uke 26 når endelig rapport fra PwC og foreløpige resultater av utredningsarbeidet i punktet over foreligger. Som en del av dette vil også terminering måtte vurderes.
6. Styret ber administrerende direktør komme tilbake til styret med en utvidet orientering om hvordan pasientsikkerheten og personsensitiv informasjon håndteres i dagens situasjon.

Møtet hevet kl 09:50

Oslo, 24. mai 2017

Ann-Kristin Olsen
Styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
Nestleder

Eyolf Bakke

Kirsten Brubakk

Christian Grimsgaard

Bernadette Kumar

Geir Nilsen

Truls Velgaard

Sigrun E. Vågeng

Svein Øverland

Tore Robertsen
styresekretær

Møteprotokoll

| | |
|-------------------|----------------------------------|
| Styre: | Helse Sør-Øst RHF |
| Møtested: | Solastrand hotell og telefon |
| Dato: | Ekstraordinært møte 30. mai 2017 |
| Tidspunkt: | Kl 07:30 |

Følgende medlemmer møtte:

| | | |
|------------------------|------------|---------------------|
| Ann-Kristin Olsen | Styreleder | |
| Anne Cathrine Frøstrup | Nestleder | (deltok på telefon) |
| Eyolf Bakke | | (deltok på telefon) |
| Kirsten Brubakk | | (deltok på telefon) |
| Christian Grimsgaard | | ? |
| Bernadette Kumar | | |
| Geir Nilsen | | |
| Truls Velgaard | | (deltok på telefon) |
| Sigrun E. Vågeng | | |
| Svein Øverland | | |

Følgende fra administrasjonen deltok:

| |
|--|
| Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus |
| Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen |

Saker som ble behandlet:

| | |
|-----------------|--|
| 059-2017 | GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE |
|-----------------|--|

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

| | |
|-----------------|--|
| 060-2017 | ENDRET SAMMENSETNING I STYRET FOR SYKEHUSPARTNER HF |
|-----------------|--|

Saken ble behandlet i lukket styremøte, jf helseforetakslovens § 26 a

Styrets

V E D T A K

1. Styrets sammensetning ble diskutert. Den endelige styresammensetningen vil bli avklart i løpet av dagen og forankret med styret. Styresammensetningen fremgår av protokoll fra foretaksmøte i Sykehuspartner 31. mai 2017
2. Oppnevning av nytt styre bekreftes i foretaksmøte i Sykehuspartner HF onsdag 31. mai 2017

Møtet hevet kl 08:55

Solastrand, 30. mai 2017

Ann-Kristin Olsen
Styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
Nestleder

Eyolf Bakke

Kirsten Brubakk

Christian Grimsgaard

Bernadette Kumar

Geir Nilsen

Truls Velgaard

Sigrun E. Vågeng

Svein Øverland

Tore Robertsen
styresekretær

Møteprotokoll

Styre: Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Telefonmøte
Dato: Ekstraordinært møte 8. juni 2017
Tidspunkt: Kl 16:30

Følgende medlemmer møtte:

| | | |
|------------------------|------------|---------|
| Ann-Kristin Olsen | Styreleder | |
| Anne Cathrine Frøstrup | Nestleder | Forfall |
| Eyolf Bakke | | |
| Kirsten Brubakk | | |
| Christian Grimsgaard | | |
| Bernadette Kumar | | Forfall |
| Geir Nilsen | | |
| Truls Velgaard | | |
| Sigrun E. Vågeng | | |
| Svein Øverland | | |

Følgende fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen

Saker som ble behandlet:

| | |
|-----------------|--|
| 061-2017 | GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE |
|-----------------|--|

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

| | |
|-----------------|---|
| 062-2017 | ANSKAFFELSE AV AMBULANSEFLYTJENESTER |
|-----------------|---|

Saken ble behandlet i lukket styremøte, jf. helseforetakslovens § 26 a, offl § 13 jf. fvl § 13, 1. ledd, nr 2

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret i Helse Sør-Øst RHF tar informasjonen om anskaffelsen av ambulanseflytjenester i Norge til orientering.

Styret for Helse Sør-Øst RHF gir med dette fullmakt til administrerende direktør til å slutføre kontrakten for anskaffelse av ambulanseflytjenester i Norge.

Møtet hevet kl 16:55

Oslo, 8. juni 2017

Ann-Kristin Olsen
Styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
Nestleder

Eyolf Bakke

Kirsten Brubakk

Christian Grimsgaard

Bernadette Kumar

Geir Nilsen

Truls Velgaard

Sigrun E. Vågeng

Svein Øverland

Tore Robertsen
styresekretær



Datatilsynet

Se mottakerliste

v/ direktør i HF'ene

| | |
|-----------------------------|----------|
| Oslo universitetssykehus HF | |
| 30 MAI 2017 | |
| DST PSK | |
| Saksnr./Doknr. | Arkivnr. |
| 2017/87N-1 | 045 |

Deres referanse

Vår referanse

Dato

16/01531-23/VJB

26.05.2017

Krav om redegjørelse fra databehandlingsansvarlige i helseforetakene i Helse Sør-Øst vedrørende avtale om strategisk partnerskap innenfor IKT-infrastrukturtenester

Datatilsynet er kjent med at styret i Helse Sør-Øst RHF har besluttet at HPE (senere sammenslått med CSE, nå ES Norge AS/DXE) som leverandør av IT-infrastrukturtenester kan benytte nye underleverandører for drift og leveranse av infrastruktur (herunder pc-er, nettverk, telefoni og datasentre). Vi er også kjent med at det er besluttet å legge driften av IKT-infrastrukturen til Bulgaria. Gjennom media er det i tillegg opplyst at en rekke andre utenlandske selskaper har tilgang til informasjonssystemer i Helse sør-øst.

Beslutningen om å gjennomføre tjenesteutsettingen er etter Datatilsynets vurdering en endring som har konsekvenser for informasjonssikkerheten i helseregionen, og det er derfor krav om at virksomhetene har gjennomført risikovurderinger i samsvar med personopplysningsforskriften § 2-4 jf. pasientjournalloven §§ 22 og 5 på tidspunktet for beslutningen.

Bestemmelsen fastslår at den databehandlingsansvarlige selv skal fastlegge kriterier for akseptabel risiko forbundet med behandling av personopplysninger. Den databehandlingsansvarlige skal gjennomføre risikovurdering for å klarlegge sannsynligheten for, og konsekvenser av sikkerhetsbrudd.

Dersom risikovurderingen avdekker at sikkerhetsbrudd kan få personvernkonsekvenser, som f.eks. ved konfidensialitets-, integritets- eller tilgjengelighetsbrudd, må det vurderes hvor alvorlige følger bruddet får med hensyn til pasientenes personvern. Deretter må det vurderes om det finnes tiltak som kan begrense risikoen og i hvilken grad personvernulempen kan forsvares. Dersom det ikke er mulig å begrense personvernulempen gjennom sikkerhetstiltak kan det bety at den planlagte behandlingen ikke kan gjennomføres.

Bestemmelsen sier videre at det skal gjennomføres ny risikovurdering ved endringer som har betydning for informasjonssikkerheten. Når den databehandlingsansvarlige beslutter å iverksette en slik endring må risikovurderingen foretas i forkant av beslutningen, slik at resultatet av risikovurderingen kan sammenlignes med de på forhånd fastlagte kriteriene for akseptabel risiko forbundet med behandling av personopplysninger.

Postadresse:
Postboks 8177 Dep
0034 OSLO

Kontoradresse:
Tollbugt 3

Telefon:
22 39 69 00

Telefaks:
22 42 23 50

Org.nr:
974 761 467

Hjemmeside:
www.datatilsynet.no

Resultatet av vurderingen vil være førende for de avgjørelsene som skal tas, herunder om den ønskede behandlingen kan gjennomføres i samsvar med regelverket.

Vi viser til personopplysningsforskriften § 2-1 og pasientjournalloven §§ 1 og 22 der det klart fremgår at informasjonssystemene i helsetjenesten skal sikre pasienters og brukeres personvern i tillegg til at de skal være egnet til å yte effektiv helsehjelp av god kvalitet og være tilgjengelige når et er nødvendig.

Krav om redegjørelse

I likelydende brev til alle databehandlingsansvarlige i Helse sør-øst ber vi det enkelte foretak sende oss følgende dokumentasjon:

1. Risikovurderingen samt redegjørelse for akseptanse av restrisiko jf. personopplysningsforskriften § 2-4 jf. pasientjournalloven § 22 som ble lagt til grunn da det ble besluttet at drift og leveranse av IKT-infrastrukturen i helseregionen skulle tjenesteutsettes.
2. Risikovurderingene samt redegjørelse for akseptanse av restrisiko som ble lagt til grunn da det ble besluttet å legge disse tjenestene til Bulgaria.
3. En oversikt for hvor mange eksterne leverandører som har tilgang til sykehusenes informasjonssystem, hvilke land leverandørene har tilgang fra, hvilke type tilganger de har til hvilke systemer og til hvilke personopplysninger (omfang, sensitivitet), samt formålet med tilgangene.

Vedrørende tidligere oversendt dokumentasjon fra Helse Sør-Øst og Sykehuspartner
Tidligere oversendt dokumentasjon er ikke tilfredsstillende i denne sammenhengen, da den ikke gjør det klart hvordan helseforetakene har ivarettatt plikten til å gjennomføre risikovurdering for tjenesteutsettingen på tidspunktet for beslutningen, og etter vår vurdering ikke dekker omfanget av den besluttede endringen.

Videre fremdrift

Frist for redegjørelsene er satt til **15.juni 2017**.

Hjemmelsgrunnlag

Etter pasientjournalloven § 26 har vi myndighet til å kreve de opplysningene som trengs for at vi skal kunne gjennomføre oppgavene våre.

Det står i §§ 26 og 27 at vi skal kontrollere at lover og forskrifter som gjelder behandling av personopplysninger blir fulgt, og at feil eller mangler blir rettet.

Klageadgang

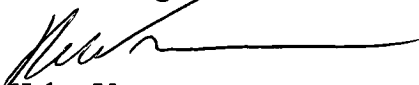
Dere kan klage på pålegget om å gi oss informasjon. En eventuell klage må sendes til oss **innen tre dager** etter at dette brevet er mottatt (jf. forvaltningsloven § 14). Dersom vi opprettholder vårt vedtak vil vi sende saken videre til Personvernemnda for klagebehandling.

Innsyn og offentlighet

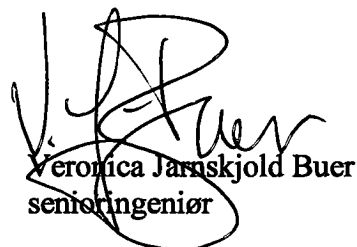
Dere har rett til innsyn i sakens dokumenter (jf. forvaltningsloven § 18). Vi vil også informere dere om at alle dokumentene i utgangspunktet er offentlige (jf. offentlighetsloven § 3), men understreker samtidig at sikkerhetsdokumentasjon som hovedregel er unntatt offentlighet (jf. offentlighetsloven § 13, jf. forvaltningsloven § 13 første ledd nr. 2).

Hvis dere har spørsmål, kan dere ta kontakt med Veronica Jarnskjold Buer på telefon 22 39 69 53.

Med vennlig hilsen



Helge Veum
avdelingsdirektør



Veronica Jarnskjold Buer
senioringeniør

Kopi til: Helse Sør-Øst RHF, Postboks 404, 2303 HAMAR
Personvernombudene til helseforetakene (e-post)

| Mottaker | Kontaktperson | Adresse | Post |
|------------------------------------|---------------|--------------------------|------------------------|
| Sykehuset Telemark HF | | | 3710 SKIEN |
| Sykehuset i Vestfold HF | | Postboks 2168 | 3103 TØNSBERG |
| Sykehuset Østfold HF | | Postboks 50 | 1603 FREDRIKSTAD |
| Sørlandet Sykehus HF | | Postboks 416 | 4604 KRISTIANSAND S |
| Akershus universitetssykehus HF | | Postboks 1000 | 1478 LØRENSKOG |
| Sykehuset Innlandet HF | | Postboks 104 | 2381 BRUMUNDDAL |
| Vestre Viken HF | | Postboks 800 | 3004 DRAMMEN |
| Sunnaas sykehus HF | | Bjørnemyrveien 11 | 1450 NESODDTANGEN |
| OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF | | Postboks 4956 Nydalen | 0424 OSLO |